

SOLICITUD DE SEGURO CRECE ESTUDIANDO SUPERIOR

El solicitante requiere la contratación del seguro cuyas características se resumen a continuación:

Características del Seguro

ASEGURADO		
Persona Natural residente en el Perú, cuya vida se asegura con esta Póliza. Es el padre, madre, tutor o curador legal responsable de la educación del beneficiario del seguro.		
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO		
Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años Edad máxima de ingreso al seguro: 64 años y 364 días Edad máxima de permanencia: 69 años y 364 días		
VIGENCIA DEL SEGURO		
Inicio de vigencia: Fecha de emisión del Certificado de seguro. Fin de vigencia: Fecha en la que el asegurado cumple la edad máxima de permanencia en el seguro o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero. Renovación: Anual automática.		
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO)		
Cobertura	Beneficios¹	Suma asegurada y condiciones³
Muerte natural o accidental	Pago por fallecimiento: Se otorgará un pago único al beneficiario en caso de fallecimiento del asegurado.	S/ 5,000
	Renta estudiantil mensual: El beneficio equivale a una renta mensual para asegurar la continuidad de la educación superior del beneficiario, en caso de fallecimiento del asegurado. Se otorgará la cantidad de rentas mensuales que le falten al beneficiario para culminar el año de estudios en curso, con un máximo de 12 rentas en total ² .	PLAN 1: S/ 1,000 PLAN 2: S/ 2,000 PLAN 3: S/ 3,000
¹ Los beneficios serán abonados al tutor o representante legal acreditado del beneficiario menor de edad o al curador del beneficiario mayor de edad que sea interdicto. ² Siempre y cuando el alumno se encuentre cursando estudios al momento del fallecimiento del asegurado o los inicie dentro del año del siniestro. ³ No aplican deducibles, franquicias o periodos de carencia.		
Importante: este seguro presenta obligaciones a cargo del asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.		
CLÁUSULAS ADICIONALES		
Aplican Cláusulas adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito. En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales:		
Cobertura Adicional	Descripción	
Educación superior	En caso de fallecimiento del asegurado, LA COMPANIA extenderá el beneficio de la renta estudiantil mensual contratada hasta la culminación de los estudios de EL BENEFICIARIO en una institución de Educación Superior (*) . Se otorgará la renta estudiantil mensual correspondiente al plan seleccionado por EL ASEGURADO en la Solicitud de seguro o en la Solicitud-Certificado. a) A partir del fallecimiento del asegurado, se determinará el periodo de tiempo que le falte cursar al beneficiario para culminar sus estudios superiores; con un máximo de 6 años consecutivos. Durante este periodo, el beneficiario tiene derecho a recibir rentas mensuales, siempre que el siniestro haya sido consentido y se cumpla con presentar la constancia de matrícula correspondiente al inicio de cada periodo de estudios. b) Los beneficios serán abonados al padre, madre o tutor del beneficiario menor de edad, al beneficiario mayor de edad o al curador del beneficiario mayor de edad interdicto. PLAN 1: S/ 1,000 PLAN 2: S/ 2,000 PLAN 3: S/ 3,000 Deducible y Periodo de Carencia: No aplica (*) Universidad, instituto, escuela u otro centro de educación superior que cuenta con reconocimiento del Estado Peruano. Puede ser una institución pública o privada.	
ASISTENCIAS (*)		
Para solicitar alguna asistencia podrá comunicarse con LA COMPANIA por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) – opción 4.		
ASISTENCIAS	DESCRIPCIÓN	EVENTOS
Orientación Nutricional	Orientación nutricional, plan de alimentación personalizado y seguimiento. Vía telefónica.	6 eventos
Orientación Psicológica	Orientación psicológica telefónica o virtual (ansiedad, estrés, conflictos familiares, depresión)	8 eventos
Clases virtuales de música	Clases virtuales de música: guitarra, flauta y piano, 60 min por clase	6 eventos
Clases virtuales de inglés	Clases virtuales de inglés, 60 min por clase.	6 eventos

CÓDIGO SBS N° V11787200008

Artículos olvidados	Recojo en domicilio de EL BENEFICIARIO, de artículos olvidados y entrega en el centro de estudios superiores. Máximo S/ 60 por evento	6 eventos
(*) Las Asistencias aplican para EL BENEFICIARIO y no son coberturas, sino beneficios adicionales que de brindarse no afectarían la prima pagada por el Asegurado.		
PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)		
Prima Comercial: Es un pago anual anticipado o un pago mensual. No incluye TCEA.		
	Prima comercial anual	Prima comercial mensual
PLAN 1	No aplica	S/ 25.00
PLAN 2	No aplica	S/ 48.00
PLAN 3	No aplica	S/ 68.00
La prima comercial no incluye IGV dado que, cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV. Además, no existen cargos por la contratación de comercializadores. La compañía pagará al Contratante/Comercializador una comisión por servicios de recaudación primas que no se carga a la prima comercial que paga el Asegurado. Todo pago que se haga al COMERCIALIZADOR se entiende como recibido por LA COMPAÑIA.		
Frecuencia de pago: Mensual.		
Lugar y forma de pago: Se cargará el importe de la prima correspondiente al Plan elegido en la Tarjeta de Crédito Diners Club del ASEGURADO.		
BENEFICIARIOS		
Beneficiario	El alumno inscrito/matriculado en una institución de educación superior reconocida por el Estado Peruano, designado por el asegurado (padre, madre, tutor o curador legal) en la Solicitud de Seguro.	
EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)		
No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) ocurra como consecuencia de:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado. 2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada). 3. Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito. 4. Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito. 5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que implican una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican. 6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito. 		
CLÁUSULAS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley No 29733 – DS N° 003-2013-JUS)		
Para los efectos de este artículo se considera como EL ASEGURADO a la parte que proporciona la información (<i>cliente sujeto a cobertura</i>), en tanto que será LA COMPAÑIA la parte que recibe y realiza el tratamiento de la información.		
<ol style="list-style-type: none"> 1. EL ASEGURADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción del presente documento, que: <ol style="list-style-type: none"> (i) Los datos personales y sensibles (inclusive información de salud) que proporciona quedan incorporados en el banco de datos de LA COMPAÑIA, la cual utilizará dicha información para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (procesamiento de datos, aprobaciones de cobertura, formalizaciones contractuales, remisión de correspondencia, entre otros tratamientos necesarios para la ejecución de la relación contractual y/o el procesamiento de la solicitud del producto y/o servicio); y (ii) Para la evaluación y gestión mencionada en (i), sus datos personales podrán ser transferidos y/o encargados a terceros (vinculados o no vinculados) a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de dicha información en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑIA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud. LA COMPAÑIA se compromete a guardar la confidencialidad y dar un tratamiento seguro a los datos personales que recibe, y se asegurará de que los terceros a quienes transfiera los mismos se ajusten igualmente a tales deberes. 2. EL ASEGURADO autoriza en forma libre, expresa, informada e inequívoca a LA COMPAÑIA, para que utilice sus datos personales y sensibles (incluye información de salud) para el desarrollo de sus actividades empresariales, tales como: <ol style="list-style-type: none"> (i) Campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado y cualquier otro uso referido a los productos y/o servicios presentes y futuros que ofrece LA COMPAÑIA, distintos a los contratados como consecuencia de la celebración del presente documento. La autorización comprende además - siempre dentro de las actividades que desarrolla LA COMPAÑIA - la posibilidad de transferir la información a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de los datos personales de EL ASEGURADO en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑIA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud; y Transferencia de datos personales y sensibles de EL ASEGURADO a otras empresas del grupo económico al que pertenece LA COMPAÑIA, y a sus socios comerciales, con la finalidad de que cada uno de ellos puedan informarle de los distintos productos y servicios que ofrecen. 		
Se establece que la autorización detallada en el numeral 2 precedente es facultativa para EL ASEGURADO, es decir, el otorgamiento de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados en el presente documento no se encuentra condicionado a la obtención de dicho consentimiento; en consecuencia, si EL ASEGURADO no desea otorgarlo, únicamente deberá solicitar a LA COMPAÑIA, en este mismo acto, el formato de "Negación al consentimiento", de conformidad con lo previsto en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley No. 29733) y su Reglamento (Decreto Supremo No. 003-2013-JUS). En caso EL ASEGURADO suscriba el presente documento sin negarse a otorgar su consentimiento, se reafirma la autorización brindada en el numeral 2 de la presente cláusula. Adicionalmente, EL ASEGURADO se encuentra facultado a ejercer, en cualquier momento, los derechos previstos en dichas normas (información, acceso, rectificación, oposición y cancelación, respecto de la utilización de sus datos), para ello, EL ASEGURADO podrá presentar su solicitud mediante comunicación escrita en cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑIA.		

SOLICITUD DE SEGURO CRECE ESTUDIANDO SUPERIOR

Fecha			
Plan solicitado (marcar con una "X")			
<input type="checkbox"/> PLAN 1	<input type="checkbox"/> PLAN 2	<input type="checkbox"/> PLAN 3	

Apellido paterno del Asegurado		Apellido materno del asegurado		
Nombres del asegurado		Tipo de documento	N° documento	
		<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.		
Nacionalidad	Género	Fecha de nacimiento	Estado civil	Ocupación
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /		
Dirección del domicilio		No / Mz. / Lt.	Distrito	Provincia
Departamento	Teléfono celular	Teléfono fijo	Correo electrónico	
Relación con el Beneficiario				
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador				

Frecuencia, lugar y forma de pago solicitada	
Frecuencia:	<input checked="" type="checkbox"/> Mensual
Lugar y forma de pago:	Se cargará el importe de la prima en la Tarjeta de Crédito Diners Club del ASEGURADO correspondiente al Plan elegido.

Beneficiario (Nombres y apellidos)	Tipo de documento	N° de documento	Fecha de nacimiento
	<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.		/ /
Institución de educación superior	Grado / año		

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • He sido informado sobre las principales características del Seguro Crece Estudiante de Creceer Seguros. • Autorizo expresamente a Creceer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la póliza de Seguro. • He sido informado de los pasos para acceder al Certificado del Seguro Crece Estudiante, <u>que será enviado por Creceer Seguros</u>, los cuales son: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingresar a la página web de Creceer Seguros: www.creceseguros.pe 2. Acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal. 3. Digitar el usuario y la contraseña para "Iniciar sesión". En caso que no se encuentre registrado, seleccionar la opción "¿cliente nuevo?" y crear el usuario y la contraseña siguiendo los pasos indicados en la página web. 4. Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar. <p>LA COMPAÑÍA entregará los Certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud.</p> • En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, autorizo expresamente a Creceer Seguros a solicitar y acceder a mi Historia Clínica en cualquier Centro de Salud privado o público, en el momento que lo requiera. • Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifique mi certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.

Firma del solicitante	
------------------------------	--

Nombres y Apellidos del Vendedor

Correo electrónico del Vendedor

SOLICITUD DE SEGURO CRECE ESTUDIANDO SUPERIOR

Fecha			
Plan solicitado (marcar con una "X")			
<input type="checkbox"/> PLAN 1	<input type="checkbox"/> PLAN 2	<input type="checkbox"/> PLAN 3	

Apellido paterno del Asegurado		Apellido materno del asegurado	
Nombres del asegurado		Tipo de documento	N° documento
		<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.	
Nacionalidad	Género	Fecha de nacimiento	Estado civil
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	
Dirección del domicilio		No / Mz. / Lt.	Distrito
Departamento	Teléfono celular	Teléfono fijo	Correo electrónico
Relación con el Beneficiario			
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador			

Frecuencia, lugar y forma de pago solicitada	
Frecuencia:	<input checked="" type="checkbox"/> Mensual
Lugar y forma de pago:	Se cargará el importe de la prima en la Tarjeta de Crédito Diners Club del ASEGURADO correspondiente al Plan elegido.

Beneficiario (Nombres y apellidos)	Tipo de documento	N° de documento	Fecha de nacimiento
	<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.		/ /
Institución de educación superior	Grado / año		

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • He sido informado sobre las principales características del Seguro Crece Estudiando de Creceer Seguros. • Autorizo expresamente a Creceer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la póliza de Seguro. • He sido informado de los pasos para acceder al Certificado del Seguro Crece Estudiando, <u>que será enviado por Creceer Seguros</u>, los cuales son: <ol style="list-style-type: none"> 5. Ingresar a la página web de Creceer Seguros: www.creceseguros.pe 6. Acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal. 7. Digitar el usuario y la contraseña para "Iniciar sesión". En caso de que no se encuentre registrado, seleccionar la opción "¿cliente nuevo?" y crear el usuario y la contraseña siguiendo los pasos indicados en la página web. 8. Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar. • LA COMPAÑÍA entregará los Certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud. • En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, autorizo expresamente a Creceer Seguros a solicitar y acceder a mi Historia Clínica en cualquier Centro de Salud privado o público, en el momento que lo requiera. • Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifique mi certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.

Firma del solicitante	
------------------------------	--

Nombres y Apellidos del Vendedor

Correo electrónico del Vendedor