

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON RETORNO

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

Características del Seguro

VIGENCIA DEL SEGURO					
Inicio de vigencia: Desde: Desde la fecha de contratación (emisión) de este seguro.					
Fin de vigencia: Hasta: La fecha en que se cumpla 3 años desde el inicio de vigencia o en la fecha que EL ASEGURADO alcance la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.					
Renovación: No aplica.					
DATOS DEL CORREDOR					
Denominación Social		America Brókers Corredores de Seguros S.A.		Registro Oficial	
Dirección		Av. Jorge Basadre 310, piso 3, San Isidro		Teléfono	
				(511) 612-3636	
				Comisión	
				Plan 1: 5.60%	
				Plan 2: 7.34%	
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO					
Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años					
Edad máxima de ingreso al seguro: 69 años y 364 días.					
Edad máxima de permanencia: 74 años y 364 días.					
COBERTURAS PRINCIPALES DEL SEGURO					
Cobertura	Descripción				Suma Asegurada y Condiciones
Muerte Accidental	<p>Fallecimiento del ASEGURADO como consecuencia de un accidente; entendido esto último como un suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo del ASEGURADO y le ocasione la muerte. No se considera accidente el fallecimiento del ASEGURADO como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.</p> <p>Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de 90 días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.</p>				<p>Suma Asegurada: Plan 1: S/ 25,000 Plan 2: S/ 50,000</p> <p>Periodo de carencia: No aplica</p> <p>Deducible: No aplica</p>
CLAUSULAS ADICIONALES (Según corresponda)					
Cobertura	Descripción				Suma Asegurada y Condiciones
Indemnización por cáncer	<p>LA COMPANIA pagará una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro, según corresponda, a EL ASEGURADO que, durante la vigencia de la Cláusula Adicional, sea diagnosticado con cáncer; lo cual implica un tumor maligno de crecimiento y desarrollo incontrolado, que sea confirmado por análisis histológico. Esta definición incluye la leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin.</p> <p>No se encuentra dentro de la cobertura de esta cláusula adicional, el diagnóstico de cáncer de piel, a excepción de los Melanomas Malignos invasivos.</p> <p>La presente cobertura quedará sin efecto en caso de fallecimiento de EL ASEGURADO, por cualquier causa diferente al hecho cubierto en esta cláusula adicional.</p> <p>El otorgamiento de la cobertura de la presente cláusula adicional no genera la extinción de la póliza, ni de la cláusula adicional de sobrevivencia, en caso esta última se hubiera contratado.</p>				<p>Suma Asegurada: Plan 1: S/ 12,500 Plan 2: S/ 25,000</p> <p>Periodo de carencia: No aplica</p> <p>Deducible: No aplica</p>
Sobrevivencia	<p>LA COMPANIA devolverá a EL ASEGURADO el 50% de la totalidad de las primas netas pagadas (no incluye IGV), cuando el mismo mantuviera vigente su póliza por 3 años, computados desde la fecha de contratación del seguro, sin que se verifique fallecimiento del ASEGURADO por cualquier causa.</p> <p>Dicha devolución solo aplica ante la solicitud del ASEGURADO, siendo el pago del beneficio efectuado al fin de la vigencia de la póliza de seguro principal, determinado en las Condiciones Particulares, luego de verificados los requisitos del párrafo anterior.</p> <p>La cobertura de la presente cláusula adicional implica la extinción de la póliza principal.</p>				<p>Suma Asegurada: Plan 1: S/ 633.06 Plan 2: S/ 915.30</p> <p>Periodo de carencia: No aplica</p> <p>Deducible: No aplica</p>
EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)					
No se pagará la suma asegurada cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:					
1. Preexistencia: condición de salud o condición física diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia a toda condición de salud o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia del mismo durante la vigencia del seguro.					
2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).					
3. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.					
4. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.					
5. Práctica de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos: automovilismo, motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, buceo profesional o de recreo, canotaje y practica de surf, navegación en alta mar en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, esquí y deportes afines, tabla hawaiana, hipica, corridas de toros, alpinismo, andinismo, escalamiento y caminata en alta montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades y artes marciales.					
6. Uso voluntario de alcohol, drogas o sustancias tóxicas, por parte del Asegurado, que ocasionen el siniestro. Cuando se trate de accidentes de tránsito, deberá implicar el uso de alcohol por parte del Asegurado, por encima del límite legal vigente.					



SCS-0018-004

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES CON RETORNO

SOLICITANTE / CONTRATANTE				
Nombres y Apellidos			Genero	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Tipo de documento		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE	N° de Documento	Fecha de Nacimiento
Envío de comunicaciones	Dirección			
	Correo electrónico			
	N° de Teléfono			
ASEGURADO (Completar solo en caso sea distinta a EL CONTRATANTE)				
Nombres y Apellidos			Genero	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Tipo de documento		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE	N° de Documento	Fecha de Nacimiento
Envío de comunicaciones	Dirección			
	Correo electrónico			
	N° de Teléfono			
PRECIO DEL SEGURO (PRIMA COMERCIAL SEGUN PLAN ELEGIDO) Marcar con X el plan elegido				
	<input type="checkbox"/> Plan 1	<input type="checkbox"/> Plan 2	Frecuencia	Mensual
Prima Comercial	S/ 35.17	S/ 50.85	Lugar y forma de pago	Con cargo automático en su Tarjeta de Crédito Dineros.
Prima Comercial + IGV	S/ 41.50	S/ 60.00		
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: Plan 1: 5.60% y Plan 2: 7.34% de la prima neta mensual / J0513				
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: No aplica				
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: Plan 1: 37.10 % y Plan 2: 26.78 % de la prima neta mensual				
En caso corresponda, los datos del COMERCIALIZADOR: DINERS CLUB PERU S A – RUC: 20100118760				
El pago efectuado por EL CONTRATANTE, a EL COMERCIALIZADOR será considerado como pagado a LA COMPAÑÍA.				
AUTORIZACIÓN DE CARGO (Cuando EL CONTRATANTE elija forma de pago el débito automático)				
EL CONTRATANTE, solicita de forma expresa que la prima generada como consecuencia de la contratación de la presente póliza sea cargada en la siguiente Cuenta Bancaria / Tarjeta de Crédito / Tarjeta Débito, en favor de LA COMPAÑÍA:				
Tipo de Cuenta / Tarjeta	Moneda de la cuenta	N° de Cuenta / Tarjeta		
DINERS	<input type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares			
Nombre de Titular de la Cuenta / Tarjeta				
<p>El cargo automático se efectuará en su próximo estado de cuenta, luego de suscrito este documento.</p> <p>EL CONTRATANTE podrá, a sola instrucción y sin expresión de causa, suspender el servicio de cargo automático, asumiendo con ello el riesgo y costo de dicho acto. La solicitud debe hacerse, mediante documento escrito y de fecha cierta, hasta cuarenta y ocho (48) horas antes a la fecha de vencimiento del pago de la prima correspondiente.</p> <p>EL CONTRATANTE podrá modificar el monto máximo de cargo automático, en caso haya asignado uno, mediante documento de fecha cierta, hasta cuarenta y ocho (48) horas antes a la fecha de vencimiento del pago de la prima correspondiente.</p> <p>EL CONTRATANTE declara que es de su entera responsabilidad mantener vigente la cuenta declarada para el cargo del cargo automático. Dicha cuenta podrá ser modificada en cualquier momento, debiendo para ello el CONTRATANTE informar por escrito a LA COMPAÑÍA nuevo número de cuenta. La mencionada modificación entrará en vigencia a los 15 días hábiles siguientes a la fecha de envío de la comunicación por parte de EL CONTRATANTE.</p> <p>EL CONTRATANTE declara que ha tomado conocimiento de que puede establecer un monto máximo para el cargo automático. Asimismo, declara que la presente autorización de cargo automático no enerva su responsabilidad sobre la realización de los pagos de la prima que correspondan a la presente póliza.</p>				
DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS) - SOLO SE REGISTRA INFORMACION EN CASO DE COBERTURA ADICIONAL DE CÁNCER (Marcar con una "X" su respuesta, según corresponda)				
1. ¿Padece, ha padecido o se encuentra en tratamiento por Cáncer en los últimos 10 años? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO.				
2. Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades renales, enfermedades respiratorias, VIH/SIDA y otras enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO.				
En caso haya marcado la opción "SI" en una de las preguntas deberá detallar la siguiente información:				
Diagnóstico	Fecha de Diagnóstico	Estado*		Institución y Médico Tratante
		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> ST	
		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> ST	
		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> ST	
* Sano: S En Tratamiento: T Sin Tratamiento: ST				
BENEFICIARIOS (Aplica solo para Cobertura Principal)				
Apellidos y Nombres (*)	DNI / CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco / Vinculo	Fecha de Nacimiento
(*) Campos obligatorios.				
En caso no se designen BENEFICIARIOS, las coberturas correspondientes serán otorgadas los herederos legales del ASEGURADO, en partes iguales, previa presentación de la copia certificada de la Partida Registral donde esté inscrita la Resolución de Declaración de Herederos (judicial o notarial); o el contenido del testamento del ASEGURADO.				



SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES CON RETORNO

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (Ley N° 29733-DS N° 003-2013-JUS)

Crecer Seguros con RUC Nro. 20600098633, situado en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro (en lo sucesivo, la Compañía), en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para la protección de los datos personales que le han sido proporcionados, entendiéndose por estos a la información que permita identificarte o hacerte identificable a través de cualquier medio que razonablemente pueda emplearse, incluyendo aquellos que tengan la categoría de sensibles (en lo sucesivo, “Los Datos”).

“Los Datos” serán tratados por la Compañía para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios contratados, lo cual implicará la prestación de los servicios que a continuación se listan, los mismos que ante determinados supuestos resultarán necesarios para la ejecución del contrato que ha suscrito y que podrán ser brindados por terceras empresas domiciliadas en territorio nacional o extranjero, cuya relación consta en la opción “Nuestros proveedores”¹ en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por La Compañía:

Centros de contacto telefónico	Atención médica
Notariales	Telecomunicaciones
Mensajería	Consultoría legal
Seguridad	Asistencia
Archivo y custodia de documentos	Plataformas tecnológicas
Auditoría y consultoría	Procesamiento de datos

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros²; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, revocación e información en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirme publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores” de su portal Web.

SI NO

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico³, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado. Para más información revise nuestra política de privacidad publicada en www.creceseguros.pe.

¹ <https://www.creceseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

² Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos

Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años

³

EMPRESA	DIRECCIÓN
Banco Pichincha	Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
Diners Club Perú S.A.	Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro
Carsa	Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales de la póliza del seguro, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: www.creceseguros.pe.
- He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o



SCS-0018-004

a LA COMPAÑÍA podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguro, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable.

- Autorizo expresamente a LA COMPAÑÍA y/o AL COMERCIALIZADOR a solicitar mi Historia Clínica en cualquier institución de salud privada o pública y acceder a su contenido, con el objetivo de desarrollar las funciones propias de una aseguradora de vida y salud, entre ellas la verificación de la causa del siniestro, en caso de que se materialice.
- LA COMPAÑÍA comunicará a través de cualquier de los datos de contacto brindados en este documento, al SOLICITANTE, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo. He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones tanto a mí, en mi calidad de ASEGURADO, al CONTRATANTE y/o al BENEFICIARIO será el mismo que he declarado en esta solicitud y/o los indicados en el Condicionado Particular. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO, el CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud.

Las comunicaciones mediante llamada telefónica serán posible, salvo que la ley establezca expresamente que la comunicación deba realizarse por escrito.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL ASEGURADO, EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO, deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

De igual forma, otorgo mi consentimiento para que, en caso la compañía decida su utilización, la póliza y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio de los demás datos de contacto autorizados en párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío del Certificado electrónico:

1. La Póliza de Seguro podrá ser enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) Incluyendo un Link donde podré visualizar la Póliza en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándome a la parte privada de la web www.creceseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
2. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un Firma digital), y su entrega se probará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
3. Entiendo que el uso indebido de la clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave y debo utilizar niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumplir con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a los datos de contacto de LA COMPAÑÍA señalados en este documento. LA COMPAÑÍA garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

La Compañía podrá prescindir del envío electrónico de la póliza y remitirla en físico, así como las comunicaciones al domicilio del ASEGURADO, en caso la normativa vigente lo exija o, no se consigne dirección electrónica o, a decisión expresa de LA COMPAÑÍA.

Habiendo tomado conocimiento de la información relevante descrita precedentemente, declaro mi aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Seguro que solicito por medio de este documento.

Lima, _____, de _____ 20_____

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Completar únicamente si el asegurado es distinto a EL CONTRATANTE:

Firma del Asegurado: -

Fecha: -



SCS-0018-004

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES CON RETORNO

SOLICITANTE / CONTRATANTE				
Nombres y Apellidos			Genero	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Tipo de documento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE	N° de Documento	Fecha de Nacimiento	
Envío de comunicaciones	Dirección			
	Correo electrónico			
	N° de Teléfono			
ASEGURADO (Completar solo en caso sea distinta a EL CONTRATANTE)				
Nombres y Apellidos			Genero	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Tipo de documento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE	N° de Documento	Fecha de Nacimiento	-
Envío de comunicaciones	Dirección			
	Correo electrónico			
	N° de Teléfono			
PRECIO DEL SEGURO (PRIMA COMERCIAL SEGUN EL PLAN ELEGIDO) Marcar con X el plan elegido				
	<input type="checkbox"/> Plan 1	<input type="checkbox"/> Plan 2	Frecuencia	Mensual
Prima Comercial	S/ 35.17	S/ 50.85	Lugar y forma de pago	Con cargo automático en su Tarjeta de Crédito Dinners.
Prima Comercial + IGV	S/ 41.50	S/ 60.00		
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: Plan 1: 5.60% y Plan 2: 7.34% de la prima neta mensual / J0513				
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: No aplica				
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: Plan 1: 37.10 % y Plan 2: 26.78 % de la prima neta mensual				
En caso corresponda, los datos del COMERCIALIZADOR: DINERS CLUB PERU S A – RUC: 20100118760				
El pago efectuado por EL CONTRATANTE, a EL COMERCIALIZADOR será considerado como pagado a LA COMPAÑÍA.				
AUTORIZACIÓN DE CARGO (Cuando EL CONTRATANTE elija forma de pago el débito automático)				
EL CONTRATANTE, solicita de forma expresa que la prima generada como consecuencia de la contratación de la presente póliza sea cargada en la siguiente Cuenta Bancaria / Tarjeta de Crédito / Tarjeta Débito, en favor de LA COMPAÑIA:				
Tipo de Cuenta / Tarjeta	Moneda de la cuenta	N° de Cuenta / Tarjeta		
DINERS	<input type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares			
Nombre de Titular de la Cuenta / Tarjeta				
El cargo automático se efectuará en su próximo estado de cuenta, luego de suscrito este documento.				
EL CONTRATANTE podrá, a sola instrucción y sin expresión de causa, suspender el servicio de cargo automático, asumiendo con ello el riesgo y costo de dicho acto. La solicitud debe hacerse, mediante documento escrito y de fecha cierta, hasta cuarenta y ocho (48) horas antes a la fecha de vencimiento del pago de la prima correspondiente.				
EL CONTRATANTE podrá modificar el monto máximo de cargo automático, en caso haya asignado uno, mediante documento de fecha cierta, hasta cuarenta y ocho (48) horas antes a la fecha de vencimiento del pago de la prima correspondiente.				
EL CONTRATANTE declara que es de su entera responsabilidad mantener vigente la cuenta declarada para el cargo del cargo automático. Dicha cuenta podrá ser modificada en cualquier momento, debiendo para ello el CONTRATANTE informar por escrito a LA COMPAÑIA nuevo número de cuenta. La mencionada modificación entrará en vigencia a los 15 días hábiles siguientes a la fecha de envío de la comunicación por parte de EL CONTRATANTE.				
EL CONTRATANTE declara que ha tomado conocimiento de que puede establecer un monto máximo para el cargo automático. Asimismo, declara que la presente autorización de cargo automático no enerva su responsabilidad sobre la realización de los pagos de la prima que correspondan a la presente póliza.				
DECLARACION PERSONAL DE SALUD (DPS) - SOLO SE REGISTRA INFORMACION EN CASO DE COBERTURA ADICIONAL DE CÁNCER (Marcar con una "X" su respuesta, según corresponda)				
1. ¿Padece, ha padecido o se encuentra en tratamiento por Cáncer en los últimos 10 años? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO.				
2. Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades renales, enfermedades respiratorias, VIH/SIDA y otras enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO.				
En caso haya marcado la opción "SI" en una de las preguntas deberá detallar la siguiente información:				
Diagnóstico	Fecha de Diagnóstico	Estado*		Institución y Médico Tratante
		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> ST
		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> ST
		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> ST
* Sano: S En Tratamiento: T Sin Tratamiento: ST				
BENEFICIARIOS (Aplica solo para Cobertura Principal)				
Apellidos y Nombres (*)	DNI / CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco / Vínculo	Fecha de Nacimiento
(*) Campos obligatorios. En caso no se designen BENEFICIARIOS, las coberturas correspondientes serán otorgadas los herederos legales del ASEGURADO, en partes iguales, previa presentación de la copia certificada de la Partida Registral donde esté inscrita la Resolución de Declaración de Herederos (judicial o notarial); o el contenido del testamento del ASEGURADO.				



SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES CON RETORNO

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (Ley N° 29733-DS N° 003-2013-JUS)

Crecer Seguros con RUC Nro. 20600098633, situado en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro (en lo sucesivo, la Compañía), en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para la protección de los datos personales que le han sido proporcionados, entendiéndose por estos a la información que permita identificarte o hacerte identificable a través de cualquier medio que razonablemente pueda emplearse, incluyendo aquellos que tengan la categoría de sensibles (en lo sucesivo, “Los Datos”).

“Los Datos” serán tratados por la Compañía para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios contratados, lo cual implicará la prestación de los servicios que a continuación se listan, los mismos que ante determinados supuestos resultarán necesarios para la ejecución del contrato que ha suscrito y que podrán ser brindados por terceras empresas domiciliadas en territorio nacional o extranjero, cuya relación consta en la opción “Nuestros proveedores”¹ en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por La Compañía:

Centros de contacto telefónico	Atención médica
Notariales	Telecomunicaciones
Mensajería	Consultoría legal
Seguridad	Asistencia
Archivo y custodia de documentos	Plataformas tecnológicas
Auditoría y consultoría	Procesamiento de datos

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros²; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, revocación e información en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirme publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores” de su portal Web.

SI NO

Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico³, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado. Para más información revise nuestra política de privacidad publicada en www.creceseguros.pe.

¹ <https://www.creceseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

² Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos

³ Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años

EMPRESA	DIRECCIÓN
Banco Pichincha	Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
Diners Club Perú S.A.	Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro
Carsa	Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales de la póliza del seguro, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que se encuentran a mi disposición en la página web: www.creceseguros.pe.
- He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o



SCS-0018-004

a LA COMPAÑÍA podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguro, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable.

- Autorizo expresamente a LA COMPAÑÍA y/o AL COMERCIALIZADOR a solicitar mi Historia Clínica en cualquier institución de salud privada o pública y acceder a su contenido, con el objetivo de desarrollar las funciones propias de una aseguradora de vida y salud, entre ellas la verificación de la causa del siniestro, en caso de que se materialice.
- LA COMPAÑÍA comunicará a través de cualquier de los datos de contacto brindados en este documento, al SOLICITANTE, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo. He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones tanto a mí, en mi calidad de ASEGURADO, al CONTRATANTE y/o al BENEFICIARIO será el mismo que he declarado en esta solicitud y/o los indicados en el Condicionado Particular. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO, el CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a la solicitud.

Las comunicaciones mediante llamada telefónica serán posible, salvo que la ley establezca expresamente que la comunicación deba realizarse por escrito.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL ASEGURADO, EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO, deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

De igual forma, otorgo mi consentimiento para que, en caso la compañía decida su utilización, la póliza y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio de los demás datos de contacto autorizados en párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío del Certificado electrónico:

1. La Póliza de Seguro podrá ser enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) Incluyendo un Link donde podré visualizar la Póliza en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándome a la parte privada de la web www.creceseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
2. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un Firma digital), y su entrega se probará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
3. Entiendo que el uso indebido de la clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave y debo utilizar niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumplir con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a los datos de contacto de LA COMPAÑÍA señalados en este documento. LA COMPAÑÍA garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

La Compañía podrá prescindir del envío electrónico de la póliza y remitirla en físico, así como las comunicaciones al domicilio del ASEGURADO, en caso la normativa vigente lo exija o, no se consigne dirección electrónica o, a decisión expresa de LA COMPAÑÍA.

Habiendo tomado conocimiento de la información relevante descrita precedentemente, declaro mi aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Seguro que solicito por medio de este documento.

Lima, _____, de _____ 20_____

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Completar únicamente si el asegurado es distinto a EL CONTRATANTE:

Firma del Asegurado: -

Fecha: -