

SOLICITUD-CERTIFICADO DE MICROSEGURO ONCOLÓGICO
CÓDIGO SBS N° VI1787200062

Póliza N° 72-000000008 / Solicitud- Certificado N°

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
Denominación o Razón social: Creceer Seguros S.A., Compañía de Seguros			
RUC: 20600098633			
Domicilio: Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima.			
Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.			
Correo electrónico: gestionalcliente@creceerseguros.pe			
DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR			
Nombre o Razón social: Financiera Confianza S.A.A.			
Documento de identidad o RUC: 20228319768			
Distrito: San Isidro	Dirección: Calle Las Begonias 441 Interior 238C		
Departamento: Lima	Provincia: Lima		
Teléfono: -			
DATOS DEL CORREDOR			
Denominación Social	Marsh Perú S.A.C. Corredores de Seguros	Número de Registro Oficial SBS	J0045
Dirección	Calle Las Orquídeas N° 675 Piso 12	Teléfono	-
		Correo:	-
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN EL 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			
EVENTOS ASEGURADOS			
COBERTURAS PRINCIPALES DEL SEGURO			
Cobertura	Descripción		Suma asegurada y condiciones
Muerte Natural	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en esta Solicitud-Certificado, cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de una enfermedad, siempre que no esté incluido dentro de las exclusiones de la póliza.		Suma asegurada: S/ 1,000 Periodo de carencia: 60 días Deducible: No aplica
Indemnización por cáncer	LA COMPAÑÍA pagará una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en esta Solicitud-Certificado, al ASEGURADO que 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. No se encuentra dentro de la cobertura de esta póliza el diagnóstico de cáncer de piel, a excepción de los Melanomas Malignos invasivos.		Suma Asegurada: S/20,000 Periodo de carencia: 60 días Deducible: No aplica Eventos: 01 evento (única vez)
CLAUSULAS ADICIONALES (En caso estas hayan sido contratadas por EL CONTRATANTE)			
Hospitalización por Cáncer	LA COMPAÑÍA otorgará la suma asegurada determinada en esta solicitud-certificado cuando el Asegurado deba ser internado en un establecimiento hospitalario*, como consecuencia de un cáncer cubierto por esta Póliza. Solo se cubre 01 internamiento al año y máximo 15 de días de internamiento. *Establecimiento Hospitalario: Establecimiento de Salud que cuente con las instalaciones y las autorizaciones pertinentes para el internamiento de los pacientes para pernoctar en él.		Suma Asegurada: Renta diaria de S/70, máximo 15 días por año Periodo de carencia: 60 días Deducible: No aplica Eventos: 01 evento por año.

Asistencias: Las Asistencias no son coberturas, sino beneficios adicionales que de brindarse no afectarían la prima pagada por el Asegurado.

Asistencia	Condiciones	Eventos
Asistencia de enfermera a titular o familiar	En caso de que el Asegurado requiera el servicio de atención de una enfermera a domicilio. LA COMPAÑIA gestionará el servicio y enviará sin costo alguno a la enfermera al domicilio donde se encuentre el Asegurado. También se brindará el servicio de acompañamiento de enfermera a un familiar para toma de exámenes, ante la ausencia del titular por accidente o enfermedad.	05 eventos por año

	Este servicio se brindará solo por cuatro horas, como tiempo máximo de permanencia en el domicilio del Asegurado y deberá ser solicitado con mínimo de 24 horas de anticipación. Costo de Servicio: No aplica	
Acompañamiento Emocional (Telefónico)	Servicio de acompañamiento emocional a través de una consulta telefónica proporcionada a los asegurados por parte de psicólogos profesionales, las 24 horas y 7 días de la semana, orientada a brindarle apoyo emocional psicológico oportuno. Este servicio es recomendado para eventos relacionados con ansiedad, depresión, frustración, intolerancia, subordinación, bullying o conflictos personales. En caso, se trate de casos relacionados con adicciones, trastornos graves o cuadros crónicos, el profesional médico procederá a brindar soporte emocional al paciente y procederá a recomendarle una consulta presencial cuyo costo y servicio no es asumido por LA COMPAÑIA. Este servicio no cuenta con límite de monto por evento. Costo de Servicio: No aplica	Sin Límite

Manual de Asistencias:

Para solicitar el servicio de asistencias o para más información sobre proveedores afiliados, comuníquese al teléfono (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) – opción 4

En caso no se cuente con disponibilidad de la “Asistencia de enfermera a titular o familiar” en alguna ciudad donde la requiera el asegurado según el Límite geográfico para el uso de la asistencia descrita, se le ofrecerá la alternativa del reembolso hasta el monto máximo de S/100 por evento de cada asistencia.

Limitaciones de las Asistencias:

Se encuentran excluidos del servicio:

- Los servicios que el Asegurado haya concertado por su cuenta, sin previa coordinación de LA COMPAÑIA.
- No aplica reembolsos para servicios que no se encuentren dentro del límite geográfico.

Límite geográfico de los servicios:

La ASISTENCIA DE ENFERMERA A TITULAR O FAMILIAR se brindará acorde con la disponibilidad del Asegurado y de LA COMPAÑIA. Siempre y cuando la infraestructura del lugar lo permita.

Los alcances del servicio son los siguientes:

- Lima Metropolitana: Callao y Balnearios:
- Por el Norte: hasta Ventanilla.
- Por el Sur: hasta Lurín
- Por el Este: hasta Cieneguilla
- Por el Oeste: La Punta 2. Provincias:

El radio de acción será de 40 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad:

- Arequipa
- Cuzco
- Trujillo
- Chimbote
- Piura

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

LA COMPANIA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

- 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.
- Fallecimiento** a consecuencia de lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
- 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 pero no limitando, 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.**
- 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.**
- 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 comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.**
- 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.**
- Fallecimiento a consecuencia de lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.**
- Cáncer de piel en cualquiera de sus tipos, a excepción de los Melanomas Malignos Invasivos.**

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

En caso de siniestro, EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO deberá informar a LA COMPAÑIA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta de EL COMERCIALIZADOR o podrá comunicarse con LA COMPAÑIA por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, LA COMPAÑIA podría reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro. Si el incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro obedece a culpa inexcusable del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado. Asimismo, cuando el ASEGURADO o el BENEFICIARIO prueben su falta de culpa, o el incumplimiento se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

Para solicitar la cobertura, el ASEGURADO o EL BENEFICIARIO podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑIA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios¹:

1. Muerte Natural

- Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el Asegurado o es emitido por el médico que certifica la muerte en el domicilio.
- Partida o Acta de Defunción. (copia certificada que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial)
- Copia simple del DNI vigente de los beneficiarios o partida de nacimiento de los beneficiarios menores de edad (original que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial), en caso no tuvieran DNI vigente.
- Inscripción expedida por Registros Públicos del Testamento o declaratoria de herederos, o Sucesión intestada (original o certificación de reproducción notarial) del Asegurado, los conceptos indemnizatorios que se paguen a los herederos legales se entregan en partes iguales, salvo que haya designado beneficiarios y porcentajes específicos durante la vigencia del seguro.

2. Indemnización por cáncer

- Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica donde se evidencie el diagnóstico de cáncer o Informe Médico original en formato de LA COMPAÑIA. Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado ha tratado el diagnóstico de la enfermedad.
- Informe Anatomopatológico histológico de biopsia Positivo realizado por el médico oncólogo tratante en original o certificación notarial. Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado ha tratado el diagnóstico de la enfermedad.

Para las coberturas adicionales, siempre y cuando el CONTRATANTE las haya suscrito, deberán presentarse los siguientes documentos obligatorios, según sea la cobertura adicional solicitada:

• Hospitalización por cáncer

Informe médico de la institución médica o establecimiento hospitalario, en formato membretado, que indique las causas de la hospitalización, diagnóstico, tratamiento realizado, médico tratante, fechas de atención, centro de salud (original). Se obtiene en el centro médico donde el Asegurado ha tratado el diagnóstico de la enfermedad.

¹ Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

LA COMPAÑIA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa antes señalada.

El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente a EL ASEGURADO o beneficiario. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL ASEGURADO o beneficiario, según el caso, comunicándosele la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviándose al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en esta solicitud-certificado.

COMUNICACIONES Y ENVÍO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA

He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑIA utilizará para remitir comunicaciones tanto a mí, en mi calidad de ASEGURADO y/o BENEFICIARIO será el mismo que he declarado ante EL CONTRATANTE, al momento de solicitar este seguro. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑIA se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO 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.

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

De igual forma, otorgo mi consentimiento para que la presente Póliza y las comunicaciones relacionadas a esta, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de la solicitud certificado electrónico:

1. Cuando LA COMPAÑÍA se refiera a la Póliza, esta comprende a los documentos que forman parte de esta, así como a las comunicaciones que de ella se deriven y sus futuras renovaciones.
2. Para casos de Seguros Grupales, el término Póliza debe entenderse como Solicitud Certificado. La Póliza podrá ser enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) Incluyendo un Link donde podrá visualizar la Póliza en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándose a la parte privada de la web www.creceseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. Es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
4. La forma de envío inmediato, seguro, eficiente y preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, son las ventajas de este procedimiento.
5. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo. Para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave, utilizaré niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumpliré 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: gestionalcliente@creceseguros.pe, o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónicas, links y archivo adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de “no deseados”), verificar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a gestionalcliente@creceseguros.pe.

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 y Seguros.

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.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por los asegurados y/o beneficiarios a EL COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados al contrato, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.
- Los pagos efectuados por los contratantes o terceros encargados del pago, a EL COMERCIALIZADOR, se entenderán abonados a la empresa en la misma fecha de su realización.
- La Solicitud-certificado resume las condiciones más importantes de la Póliza. EL ASEGURADO tiene derecho a tener acceso o a solicitar copia de la Póliza indicada en el encabezado de esta Solicitud-Certificado de microseguro, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR, la misma que deberá ser entregada en el plazo máximo de 15 días calendario.
- Los requerimientos y/o reclamos podrán ser presentadas a LA COMPAÑÍA por teléfono, por correo electrónico, por carta física o a través de la página web. El teléfono de LA COMPAÑÍA es: (01)417-4400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@creceseguros.pe o a su dirección, Av. Jorge Basadre 310, distrito de San Isidro, Lima. La atención y respuesta a los reclamos y requerimientos se dará en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.
- EL ASEGURADO autoriza expresamente, a través de su firma del presente documento, a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR en su representación, a solicitar y acceder a su Historia Clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.
- Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y éstas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.
- El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental, creado mediante Ley N° 29355.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna. Para este efecto, deberá comunicar su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de comunicación que LA COMPAÑÍA pone a disposición en la Solicitud-Certificado, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios de la presente póliza. El derecho de arrepentimiento es aplicable en tanto la comercialización de los seguros se dé a través de comercializadores, incluyendo la Bancaseguros, y a través del uso de sistemas a distancia.

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

Creceer Seguros con RUC N° 20600098633, situado en Av. Jorge Basadre N° 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 proporcionados a la Compañía, 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 situado 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 N° 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 y revocación 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 formulario³ que consta en nuestro portal Web.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

I. 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

II. 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 económico⁴ 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.

En atención al principio de proporcionalidad, la información requerida por la Compañía siempre resultará imprescindible para cumplir con la finalidad que ameritó la recopilación de “Los Datos”; en este sentido, de no proporcionarlos, la Compañía no podrán prestar el producto y/o servicio solicitado.

Para conocer el resto de las condiciones de tratamiento de información podrá revisar 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 <http://portal.creceseguros.pe/Home/Consulta>

EMPRESA	DIRECCION
Banco Pichincha	Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
Diners Club Perú S.A.	Av. Canaval y Moreyra Nro. 535 – San Isidro

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE MICROSEGURO ONCOLÓGICO

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos				
Tpo de Documento	_ DNI _ CE N°	Genero	_ F _ M	Fecha de Nacimiento
		Estado Civil		
Envío de comunicaciones	Dirección			
	Correo electrónico			
	N° de Teléfono			

DATOS DEL SEGURO

Inicio de vigencia	Desde: __ / __ / __
Fin de vigencia	Hasta: __ / __ / __ o en la fecha que el asegurado alcance la edad máxima de permanencia o en caso ocurra un evento de siniestro, lo que ocurra primero.
Renovación	No aplica

PRIMA

	Plan Único
Prima Comercial	S/ 5.00
Prima Comercial + IGV	S/ 5.00 ^(a)
La prima comercial incluye:	Monto o Porcentaje
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor.	5.20% de la prima neta – J0045
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.	25.60%

En caso de Reprogramación, Refinanciamiento, Prorroga, o el Asegurado culmine de pagar el crédito otorgado por EL COMERCIALIZADOR en un menor tiempo al plazo inicialmente contratado, el seguro se mantendrá vigente durante todo el plazo inicial por el cual contrató el crédito (máximo 60 meses).

Frecuencia de pago: Plan Único: Prima Única Adelantada.

Lugar y forma de pago: EL ASEGURADO autoriza a EL CONTRATANTE a cargar y descontar del desembolso del préstamo N° _____ el importe de S/ _____ correspondiente a la prima comercial ^(a) que se multiplica por el N° de meses del crédito otorgado para determinar la prima final que el cliente pagará por el microseguro optativo y entregar dicho monto a Creceer Seguros S.A. Compañía de Seguros (LA COMPAÑÍA).

EL ASEGURADO declara que tiene conocimiento que este seguro no es obligatorio para el desembolso del préstamo y que puede en cualquier momento dejar sin efecto la contratación del seguro, en caso de aceptarlo, comunicando por escrito su decisión a EL CONTRANTE Y LA COMPAÑÍA según las condiciones establecidas en la póliza, en cuyo caso, se liquidarán a su favor las primas por los meses de cobertura no devengados.

Gastos administrativos: No aplica.

Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en este documento, LA COMPAÑÍA otorga un plazo de gracia adicional de 90 días, y se contabiliza desde el día siguiente al último día que el ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el plazo de gracia adicional, la cobertura de la póliza permanecerá vigente. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPAÑÍA se comunique de forma previa. Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional, se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Aplica para las coberturas donde, según las condiciones generales y/o adicionales, se otorgue la suma asegurada a LOS BENEFICIARIOS designados por EL ASEGURADO en la Solicitud-Certificado.

Nombres y Apellidos (*)	Tipo y N° de documento (*)	Relación con el asegurado	% Participación

(*) Campos obligatorios. En caso el asegurado no haya designado a sus beneficiarios, éstos serán sus herederos legales, los conceptos indemnizatorios que se paguen a los herederos legales se entregan en partes iguales. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se repartirá en partes iguales, sea cual fuera el vínculo de los beneficiarios con el Asegurado.

Así solicito la contratación del seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de 07 páginas.

Emitido el ____ de _____ de _____

 Gerente General	 Vicepresidente Comercial
Firma del Representante de Crecer Seguros	Firma del Asegurado

INTERVENCIÓN DE TESTIGO A RUEGO- (SOLO EN CASO DE ILETRADOS O IMPEDIDOS DE FIRMAR)

A solicitud del ASEGURADO identificado en esta solicitud- certificado, yo _____ identificado con DNI N° _____, firmo a su ruego, declarando conocerlo y que no sabe leer y/o firmar la solicitud-certificado del Microseguro Oncológico y a quien previamente le he explicado de manera detalladamente la operación que realizará, así como le he leído de manera íntegra y detallada el contenido de la Solicitud-Certificado que consta de siete (07) páginas, antes citado. Consultándole si tiene alguna duda, manifestó su expreso y total entendimiento del mismo y voluntad de aceptar todos los términos y condiciones contractuales, por lo que doy fe de lo antes dicho bajo responsabilidad civil, penal y administrativa."

**Firma de Testigo a Ruego
(NOMBRE COMPLETO/ DNI)**

**Huella dactilar del Solicitante
(NOMBRE COMPLETO/ DNI)**

Acepto que la Solicitud-Certificado pueda ser firmada de manera manuscrita¹ o electrónica² para la contratación del Microseguro.

¹ La firma manuscrita es la firma que está escrita a mano, o con la huella digital en caso corresponda.

² La firma electrónica es la que se brinda a través de medio electrónico, como, por ejemplo: el ingreso de claves o contraseñas, clic en dispositivos, grabación de voz o video, datos biométricos (huella dactilar, identificación facial, entre otros)