Crecer Seguros
Más simple, más cerca

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

DPS-0007-001

DECLARACIÓN DE SALUD (DPS)
Seguro de Desgravamen con Devolución

Moneda Solicitada	☐Soles ☐Dólares	Fecha (dd-mm-aa)			

Tipo de Crédito solicitado (marca con una "X")

☐ **Hipotecario** Desde S/ 135,000	☐ **Nuevo Mi Vivienda** Desde S/ 135,000	☐ **Techo propio** Desde S/ 135,000	☐ **Vehicular** Desde S/ 70,000	☐ **Vehicular GNV** Desde S/ 70,000
☐ **Pyme** Desde S/ 135,000	☐ **Préstamo Negocio** Desde S/ 90,000	☐ **Préstamo Personal** Desde S/ 70,000	☐ **Convenios** Desde S/ 90,000	

Apellido paterno del solicitante	Apellido materno del solicitante

Nombre(s) del solicitante	Tipo de documento	Nº documento
	☐ **DNI** ☐ **C.E.**	

Género	Fecha de nacimiento	Monto solicitado	Plazo (indicar años / meses)
☐ **F** ☐ **M**	__ __		

Dirección (avenida / calle / pasaje)	Nº	Dpto. / int.	Piso

Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento

Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico

La presente Declaración Personal de Salud (DPS) tiene carácter de declaración jurada, forma parte de la Solicitud de Seguro y por tanto debe ser respondida con todo el conocimiento y la información de la que dispone el declarante de esta DPS. Cualquier omisión, inexactitud o falsedad efectuadas con dolo o culpa inexcusable pueden generar la nulidad del Certificado de Seguro.

Declaraciones y autorizaciones

Completar la siguiente información: Estatura:_____cms Peso:_____kgs

¿Cuántos cigarrillos fumas al mes? (Marque con una "X") ☐Ninguno ☐Menos de 5 ☐ Entre 5 - 25 ☐Más de 25

Marque con una "X" según corresponda su estado de salud:

☐ Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: cáncer, 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.

☐ He sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. Las enfermedades referidas son las siguientes:

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución médica tratante	Médico tratante
☐Cáncer	Cáncer de Mama SI ☐ NO ☐				
	Cáncer de Colon SI ☐ NO ☐				
	Cáncer de Pulmón SI ☐ NO ☐				
	Otro. Especifique:				
☐Cardio Vascular	Cardiopatía Coronaria SI ☐ NO ☐				
	Insuficiencia Cardiaca SI ☐ NO ☐				
	Otro. Especifique:				
☐Renal					
☐Diabetes					
☐Neurológicas					
☐Psiquiátricas					
☐Enfermedades Respiratorias					
☐SIDA					
☐Otras enfermedades					

*: ET= En tratamiento, S = Sano (curado de esa enfermedad) o ST = Sin tratamiento.

COPIA COMPAÑIA

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

DPS-0007-001

DECLARACIÓN DE SALUD (DPS)
Seguro de Desgravamen con Devolución

Moneda Solicitada	☐ Soles ☐ Dólares	Fecha (dd-mm-aa)			

Tipo de Crédito solicitado (marca con una "X")

☐ **Hipotecario** Desde S/ 135,000	☐ **Nuevo Mi Vivienda** Desde S/ 135,000	☐ **Techo propio** Desde S/ 135,000	☐ **Vehicular** Desde S/ 70,000	☐ **Vehicular GNV** Desde S/ 70,000
☐ **Pyme** Desde S/ 135,000	☐ **Préstamo Negocio** Desde S/ 90,000	☐ **Préstamo Personal** Desde S/ 70,000	☐ **Convenios** Desde S/ 90,000	

Apellido paterno del solicitante	Apellido materno del solicitante

Nombre(s) del solicitante	Tipo de documento	Nº documento
	☐ **DNI** ☐ **C.E.**	

Género	Fecha de nacimiento	Monto solicitado	Plazo (indicar años / meses)
☐ **F** ☐ **M**	__ __		

Dirección (avenida / calle / pasaje)	Nº	Dpto. / int.	Piso

Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento

Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico

La presente Declaración Personal de Salud (DPS) tiene carácter de declaración jurada, forma parte de la Solicitud de Seguro y por tanto debe ser respondida con todo el conocimiento y la información de la que dispone el declarante de esta DPS. Cualquier omisión, inexactitud o falsedad efectuadas con dolo o culpa inexcusable pueden generar la nulidad del Certificado de Seguro.

Declaraciones y autorizaciones

Completar la siguiente información: Estatura:_____cms Peso:_____kgs

¿Cuántos cigarrillos fumas al mes? (Marque con una "X") ☐Ninguno ☐Menos de 5 ☐ Entre 5 - 25 ☐Más de 25

Marque con una "X" según corresponda su estado de salud:

☐ Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: cáncer, 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.

☐ He sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. Las enfermedades referidas son las siguientes:

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución médica tratante	Médico tratante
☐Cáncer	Cáncer de Mama SI ☐ NO ☐				
	Cáncer de Colon SI ☐ NO ☐				
	Cáncer de Pulmón SI ☐ NO ☐				
	Otro. Especifique:				
☐Cardio Vascular	Cardiopatía Coronaria SI ☐ NO ☐				
	Insuficiencia Cardiaca SI ☐ NO ☐				
	Otro. Especifique:				
☐Renal					
☐Diabetes					
☐Neurológicas					
☐Psiquiátricas					
☐Enfermedades Respiratorias					
☐SIDA					
☐Otras enfermedades					

*: ET= En tratamiento, S = Sano (curado de esa enfermedad) o ST = Sin tratamiento.

COPIA BANCO

Crecer Seguros
Más simple, más cerca

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

DPS-0007-001

DECLARACIÓN DE SALUD (DPS)
Seguro de Desgravamen con Devolución

Moneda Solicitada	☐Soles ☐Dólares	Fecha (dd-mm-aa)			

Tipo de Crédito solicitado (marca con una "X")

☐ **Hipotecario** Desde S/ 135,000 ☐ **Nuevo Mi Vivienda** Desde S/ 135,000 ☐ **Techo propio** Desde S/ 135,000 ☐ **Vehicular** Desde S/ 70,000 ☐ **Vehicular GNV** Desde S/ 70,000

☐ **Pyme** Desde S/ 135,000 ☐ **Préstamo Negocio** Desde S/ 90,000 ☐ **Préstamo Personal** Desde S/ 70,000 ☐ **Convenios** Desde S/ 90,000

Apellido paterno del solicitante	Apellido materno del solicitante

Nombre(s) del solicitante	Tipo de documento	Nº documento
	☐ DNI ☐C.E.	

Género	Fecha de nacimiento	Monto solicitado	Plazo (indicar años / meses)
☐ F ☐ M	__ __		

Dirección (avenida / calle / pasaje)	Nº	Dpto. / int.	Piso

Urbanización	Distrito	Provincia	Departamento

Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico

La presente Declaración Personal de Salud (DPS) tiene carácter de declaración jurada, forma parte de la Solicitud de Seguro y por tanto debe ser respondida con todo el conocimiento y la información de la que dispone el declarante de esta DPS. Cualquier omisión, inexactitud o falsedad efectuadas con dolo o culpa inexcusable pueden generar la nulidad del Certificado de Seguro.

Declaraciones y autorizaciones

Completar la siguiente información: Estatura:_____cms Peso:_____kgs

¿Cuántos cigarrillos fumas al mes? (Marque con una "X") ☐Ninguno ☐Menos de 5 ☐ Entre 5 - 25 ☐Más de 25

Marque con una "X" según corresponda su estado de salud:

☐ Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: cáncer, 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.

☐ He sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. Las enfermedades referidas son las siguientes:

Grupo de enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Fecha de diagnóstico	Estado*	Institución médica tratante	Médico tratante
☐Cáncer	Cáncer de Mama SI ☐ NO ☐				
	Cáncer de Colon SI ☐ NO ☐				
	Cáncer de Pulmón SI ☐ NO ☐				
	Otro. Especifique:				
☐Cardio Vascular	Cardiopatía Coronaria SI ☐ NO ☐				
	Insuficiencia Cardiaca SI ☐ NO ☐				
	Otro. Especifique:				
☐Renal					
☐Diabetes					
☐Neurológicas					
☐Psiquiátricas					
☐Enfermedades Respiratorias					
☐SIDA					
☐Otras enfermedades					

*: ET= En tratamiento, S = Sano (curado de esa enfermedad) o ST = Sin tratamiento.

COPIA CLIENTE

Acepto que CRECER SEGUROS (la compañía) pueda:

- Requerir que pase por exámenes médicos en los laboratorios o centros de salud que la compañía indique y acceder a sus resultados para completar la evaluación de mi solicitud de seguro, como paso previo a que se decida la celebración del contrato de seguro.
- 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 materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación de crédito.

Protección de Datos Personales (Ley N° 29733 - DS N° 003-2013-JUS)

Declaro que mis datos personales y sensibles (incluye información de salud) brindados en esta DPS son verdaderos, los cuales serán registrados en el banco de datos de CRECER SEGUROS. Asimismo, he sido informado que, CRECER SEGUROS, en virtud del producto y/o servicio solicita- do, podrá realizar lo siguiente:

Compartir mis datos personales y sensibles con entidades de salud, laboratorios, profesionales de la salud, auditores médicos, entre otros; para la evaluación del riesgo de vida o salud, investigación y evaluación del siniestro, entre otras actividades propias del seguro solicitado. Ello incluye la posibilidad de transferir dicha información a las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales y a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional con los que opera CRECER SEGUROS.

Firma del declarante													
Nombres y Apellidos													
Documento	DNI ☐ C.E. ☐												
Número													

Fecha

Nombres y apellidos del funcionario receptor

Firma del funcionario receptor

Correo electrónico del funcionario receptor

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros – RUC: 20600098633
Av. Jorge Basadre 310, piso 2, San Isidro, Lima – Perú
T: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440
gestionalcliente@crecerseguros.pe

Acepto que CRECER SEGUROS (la compañía) pueda:

- Requerir que pase por exámenes médicos en los laboratorios o centros de salud que la compañía indique y acceder a sus resultados para completar la evaluación de mi solicitud de seguro, como paso previo a que se decida la celebración del contrato de seguro.
- 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 materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación de crédito.

Protección de Datos Personales (Ley N° 29733 - DS N° 003-2013-JUS)

Declaro que mis datos personales y sensibles (incluye información de salud) brindados en esta DPS son verdaderos, los cuales serán registrados en el banco de datos de CRECER SEGUROS. Asimismo, he sido informado que, CRECER SEGUROS, en virtud del producto y/o servicio solicita- do, podrá realizar lo siguiente:

Compartir mis datos personales y sensibles con entidades de salud, laboratorios, profesionales de la salud, auditores médicos, entre otros; para la evaluación del riesgo de vida o salud, investigación y evaluación del siniestro, entre otras actividades propias del seguro solicitado. Ello incluye la posibilidad de transferir dicha información a las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales y a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional con los que opera CRECER SEGUROS.

Firma del declarante	
Nombres y Apellidos	
Documento	DNI ☐ C.E. ☐
Número	

Fecha

Nombres y apellidos del funcionario receptor

Firma del funcionario receptor

Correo electrónico del funcionario receptor

COPIA BANCO

Acepto que CRECER SEGUROS (la compañía) pueda:

- Requerir que pase por exámenes médicos en los laboratorios o centros de salud que la compañía indique y acceder a sus resultados para completar la evaluación de mi solicitud de seguro, como paso previo a que se decida la celebración del contrato de seguro.
- 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 materialice.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación de crédito.

Protección de Datos Personales (Ley N° 29733 - DS N° 003-2013-JUS)

Declaro que mis datos personales y sensibles (incluye información de salud) brindados en esta DPS son verdaderos, los cuales serán registrados en el banco de datos de CRECER SEGUROS. Asimismo, he sido informado que, CRECER SEGUROS, en virtud del producto y/o servicio solicita- do, podrá realizar lo siguiente:

Compartir mis datos personales y sensibles con entidades de salud, laboratorios, profesionales de la salud, auditores médicos, entre otros; para la evaluación del riesgo de vida o salud, investigación y evaluación del siniestro, entre otras actividades propias del seguro solicitado. Ello incluye la posibilidad de transferir dicha información a las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales y a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional con los que opera CRECER SEGUROS.

Firma del declarante	
Nombres y Apellidos	
Documento	DNI ☐ C.E. ☐
Número	

Fecha

Nombres y apellidos del funcionario receptor

Firma del funcionario receptor

Correo electrónico del funcionario receptor