

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS
CÓDIGO SBS N° RG1785910022 / Póliza N° 0000000021

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
Denominación o Razón social: Crecer 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@crecerseguros.pe			
DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR			
Nombre o Razón social: Banco Pichincha		RUC: 20100105862	
Dirección: Av. Ricardo Palma 278		Distrito: Miraflores	
Provincia: Lima	Departamento: Lima	Teléfono: (01) 612-2222 (Lima) ó 0-801-00222 (Provincias)	
ASEGURADO			
Es la persona natural mayor de dieciocho (18) años de edad, que está expuesta al riesgo Asegurado y a cuyo favor se extiende el seguro.			
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.			
COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS			
Cobertura	Suma Asegurada		
Desempleo involuntario (trabajadores dependientes)	Suma Asegurada: Se pagará hasta un máximo de 05 cuotas dobles del crédito del Asegurado. El monto de la cuota tiene un tope máximo (límite) de S/ 700 por cada cuota, indemnizables por cada 30 días de desempleo: Periodo de carencia: 30 días. Deducible: 30 días. Antigüedad laboral: <ul style="list-style-type: none"> 180 días para personas con contrato laboral indefinido con el mismo empleador. 365 días para personas con contrato laboral a plazo fijo con el mismo empleador. Periodo activo mínimo: 180 días Número máximo de eventos cubiertos: 02 eventos por cada 365 días computados desde el inicio de vigencia del Seguro.		
Incapacidad temporal (trabajadores independientes, miembros de las FFAA, policiales, trabajadores del sector público y jubilados)	Suma Asegurada: Equivalente hasta 05 cuotas dobles del crédito del Asegurado. El monto de la cuota tiene un tope máximo (límite) de S/ 700 por cada cuota, indemnizables por cada 30 días consecutivos de incapacidad laboral. Periodo de carencia: 30 días para los casos de incapacidad temporal a consecuencia de enfermedad. No aplica para los casos de incapacidad temporal por accidente. Deducible 30 días. Periodo activo mínimo: 180 días. Número máximo de eventos: 02 eventos por cada 365 días computados desde el inicio de vigencia del Seguro.		
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	Suma asegurada y condiciones	
Nacimiento de un hijo	LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO la Suma Asegurada establecida en este documento, en el evento que se produzca el Nacimiento de un hijo del Asegurado. 1 evento durante la vigencia de la póliza.	Suma Asegurada: 01 cuota del crédito del asegurado. El monto de la cuota tiene un tope máximo (límite) de S/ 700 por cada cuota. Periodo de Carencia: 9 meses Deducible: No aplica Periodo Activo Mínimo: No aplica Beneficiario: El asegurado	
Matrimonio civil	LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO la Suma Asegurada establecida en este documento, en el evento que se produzca el Matrimonio civil del asegurado	Suma Asegurada: 02 cuotas del crédito del asegurado. El monto de la cuota tiene un tope máximo (límite) de S/ 700 por cada cuota.	

	1 evento durante la vigencia de la póliza.	Periodo de Carencia: 3 meses Deducible: No aplica Periodo Activo Mínimo: No aplica Beneficiario: El asegurado
Titulación	LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO la Suma Asegurada establecida en este documento, en el evento que se produzca la titulación del Asegurado. 1 evento durante la vigencia de la póliza.	Suma Asegurada: 01 cuota del crédito del asegurado. El monto de la cuota tiene un tope máximo (límite) de S/ 700 por cada cuota Periodo de Carencia: 3 meses Deducible: No aplica Periodo Activo Mínimo: No aplica Beneficiario: El asegurado
BENEFICIARIOS		
Nombre completo o denominación o razón social: Relación con el asegurado:	<u>Con crédito vigente:</u> El Contratante (1 cuota) y el asegurado (1 cuota). Banco Pichincha / El asegurado	<u>Con crédito cancelado:</u> El asegurado (cuota doble) El asegurado
COASEGURO	PORCENTAJE CEDIDO	
No aplica	No aplica	
VIGENCIA DEL SEGURO		
Inicio de vigencia: Desde las 00:00 horas del día de desembolso del préstamo Fin de vigencia: Hasta las 24:00 horas del último día del plazo del préstamo personal inicial* o la fecha en la que el asegurado cumple la edad máxima de permanencia en el seguro; lo que ocurra primero. *No incluye reprogramaciones.		
PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)		
	Prima	Monto
	Prima Comercial	2.88% del monto desembolsado
	Prima Comercial + IGV	3.40% del monto desembolsado

Descripción General	Monto / Porcentaje
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor:	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros:	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador:	9% de la prima comercial
Lugar, forma y frecuencia de pago: Prima única adelantada, pagada a través del comercializador al momento del desembolso del crédito.	
EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)	
Crecer Seguros no estará obligada a indemnizar al Contratante y/o Asegurado y/o beneficiario designado, si el Desempleo Involuntario o la Incapacidad temporal, ocurra como consecuencia de:	
EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO. La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador. 2) Por vencimiento del plazo previsto en el contrato de trabajo sujeto a modalidad. 3) Causales de extinción del Contrato de Trabajo: fallecimiento, renuncia o retiro voluntario del trabajador, término de la obra o servicio, cumplimiento de la condición resolutoria y el vencimiento del plazo en los contratos legalmente celebrados bajo modalidad (cuando la antigüedad laboral con el empleador es menor a un año), invalidez absoluta permanente y jubilación. 4) Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público. 5) Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa. 	
EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o consecuencia, directa o indirecta, parcial o totalmente de:	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el periodo de carencia. 2) Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico. 	

- 3) Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puénting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.
- 4) Lesiones que el Asegurado sufra en el servicio militar, actos de guerra internacional (con declaración o no), guerra civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular o terrorismo.
- 5) Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez, o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lt o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15gr/lt. por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.
- 6) Manipulación de explosivos o armas de fuego.
- 7) A consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo; peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa.
- 8) Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.
- 9) Por embarazos, parto, aborto provocado o no provocado.
- 10) A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, tratamientos de origen psiquiátricos o psicológicos, incluyendo los tratamientos por uso o adicción a las drogas, estupefacientes y/o alcohol.
- 11) Hernias y sus consecuencias.
- 12) Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.

La Compañía puede establecer exclusiones adicionales en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante de la Póliza, las cuales únicamente serán consideradas para la cobertura respectiva.

EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE MATRIMONIO CIVIL

LA COMPAÑÍA no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas y adicionalmente en el siguiente supuesto:

- Fraude del asegurado

EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE TITULACIÓN

LA COMPAÑÍA no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas y adicionalmente en el siguiente supuesto:

- Fraude del asegurado en la obtención de la titulación.
- Terminación de carreras técnicas menores de tres (3) años.

¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUNA CONSULTA SOBRE EL SEGURO?

Las consultas y reclamos deberán presentarse a Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe. Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

En caso de siniestro, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier tercero deberá informar a La Compañía 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.

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 Compañía podrá 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.

Para solicitar la cobertura, el Asegurado, el beneficiario o la persona que haya tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro podrá acercarse a cualquier oficina de La Compañía o del Comercializador y presentar los siguientes documentos obligatorios (*) requeridos para solicitar el pago del siniestro:

1. PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

a) Para el primer pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Liquidación de beneficios sociales y constancia del pago del beneficio por despido (original o certificación de reproducción notarial).
- Certificación Laboral (copia simple).
- Documento de Identidad del Asegurado (Copia Simple).
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Convenio de Cese por Mutuo Disenso y/o de la liquidación de beneficios sociales que evidencie el pago de una indemnización, en caso corresponda.
- Carta o resolución de cese emitida por la empresa o institución respectivamente, o en caso de despido de facto o hecho, solo la constatación policial (copia simple).
- Copia del Estado de Cuenta del Crédito, cuando corresponda.

b) Para cada uno de los siguientes pagos:

- Declaración Jurada del Asegurado de encontrarse en situación de Desempleo Involuntario.
- Copia simple del certificado de aportaciones a la AFP o la ONP correspondientes al mes de desempleo reclamado. En caso el Asegurado, se encuentre aportando por su cuenta a la AFP, adjuntar las constancias de pago y/o estado de cuenta emitido por la AFP donde figuren los últimos aportes realizados por el empleador (copia simple).

2. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

a) Para el primer pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia del documento de identidad del Asegurado.
- Copia simple de la constancia de ingresos del Trabajador independiente (copia del certificado de 4ta o 3era categoría para independientes o recibo último de honorarios o factura por servicios prestados).
- Certificado médico o de Hospitalización detallado (días de reposo, causa de incapacidad, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, historia médica, clínica, hospital en donde recibió la asistencia médica, médico colegiado tratante y fecha de atención) en original o certificación de reproducción notarial, emitido por el médico tratante que acredite la situación de Incapacidad Temporal.
- Historia Médica completa del Asegurado (copia fedateada).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito, cuando corresponda.

b) Para cada uno de los siguientes pagos

- Formulario de Declaración de Continuidad de Incapacidad, proporcionado por la Compañía, firmado por el asegurado.
- Certificado médico o de Hospitalización actualizado.

(*) Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

La Compañía deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa; salvo que el consentimiento del siniestro requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización del Asegurado o beneficiario, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro, Ley N° 29946.

Asimismo, La Compañía podrá solicitar documentos adicionales que considere necesarios para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser solicitados dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta La Compañía para consentir o rechazar el siniestro (previsto en el párrafo anterior) hasta que se presente lo solicitado.

Si La Compañía no se pronuncia en los plazos establecidos en este Artículo, se entenderá que el siniestro queda Aprobado.

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

3. PARA LA COBERTURA DE NACIMIENTO DE UN HIJO

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad o la presentación en físico del referido documento del ASEGURADO.
- Original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida de Nacimiento del hijo del ASEGURADO.

4. PARA LA COBERTURA DE MATRIMONIO CIVIL

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad o la presentación en físico del referido documento del ASEGURADO.
- Original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida de Matrimonio.

5. PARA LA COBERTURA DE TITULACIÓN

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad o la presentación en físico del referido documento del ASEGURADO.
- Original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del Grado Académico que se genere como consecuencia de la TITULACIÓN del ASEGURADO.

¿QUÉ PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA RESPUESTA DADA POR CRECER SEGUROS A MI SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO, QUEJA O RECLAMO?

Para la atención de consultas y/o denuncias podrá acudir a la SBS. Para la solución de controversias, podrá acercarse a la Defensoría del Asegurado, Indecopi, la vía judicial o la vía arbitral:

<p>Defensoría del Asegurado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Amador Merina Reyna 307, piso 9, San Isidro, Lima. • Página Web: www.defaseg.com.pe • Teléfono: (01) 4210614 	<p>Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima. • Página Web: www.sbs.gob.pe • Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)
<p>INDECOPI (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima. • Página Web: www.indecopi.gob.pe • Teléfono: (01) 2247800 	<p>Vía Judicial En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.</p> <p>Vía Arbitral Siempre que las partes lo pacten de acuerdo a Ley.</p>

¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS CUALES PUEDE TERMINAR MI CONTRATO DE SEGURO ANTES DE FINALIZAR SU VIGENCIA?

NULIDAD DEL CONTRATO

La presente póliza será nula por causal existente al momento de su celebración, es decir sin valor legal alguno en los siguientes casos:

- (i) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. El contrato es nulo si media dolo o culpa inexcusable del Contratante.

La nulidad no procede cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas en una pregunta expresa que no fue respondida en el cuestionario y La Compañía igualmente celebró el contrato.

La Solicitud-certificado será nula por causal existente al momento de su celebración, es decir sin valor legal alguno en los siguientes casos:

- (ii) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. El contrato es nulo si media dolo o culpa inexcusable del Asegurado.

La nulidad no procede cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas en una pregunta expresa que no fue respondida en el cuestionario y La Compañía igualmente celebró el contrato.

- (iii) Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la póliza para asumir el riesgo. En este caso se procederá a la devolución

de la prima pagada.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de La Compañía se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, La Compañía está obligada a restituir el exceso de la prima percibida, sin intereses.

- (iv) Si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los mismos que serán debidamente sustentados.
- (v) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los mismos que serán debidamente sustentados.

Para todos los supuestos de nulidad, el Contratante, Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado bajo esta Póliza. Asimismo, en los supuestos contemplados en los literales (i) y (ii), por concepto de penalidad, el Contratante o Asegurado perderá todo derecho sobre las primas entregadas a La Compañía durante el primer (1) año de vigencia de la Póliza. A partir del segundo año, La Compañía devolverá al Asegurado las primas pagadas

Si el Asegurado y/o Beneficiarios designados ya hubieran cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a La Compañía el capital percibido, más intereses legales, gastos y tributos a que hubiera lugar. Los gastos serán debidamente sustentados.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN Y EXTINCIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza quedará resuelta, respecto al Contratante perdiendo todo derecho emanado de la póliza, cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 17 del Condicionado General.
- Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12.
- En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante o que no se pronuncie sobre el mismo, cuando el Contratante incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.

La Solicitud-Certificado del Seguro quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- Cuando se reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas en el procedimiento de solicitud de cobertura, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo N° 20 de estas Condiciones Generales.
- Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 17 del Condicionado General.
- Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12 del Condicionado General.
- Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.
- En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado o que no se pronuncie sobre el mismo, cuando el Asegurado incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En caso el Contratante o Asegurado optase por la resolución del Contrato o Solicitud-Certificado, respectivamente, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado. La devolución de la prima se realizará en forma directa por La Compañía, en el caso del Contratante, o a través del Contratante, en el caso del Asegurado.

En los demás casos mencionados, tanto respecto de la póliza como de la Solicitud-Certificado, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada deduciendo los gastos administrativos correspondientes, los mismos que serán debidamente sustentados. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del Contratante.

Para los casos antes mencionados, La Compañía procederá con la devolución de la prima no devengada, teniendo como plazo para la devolución diez (10) días hábiles posteriores a la resolución.

La presente póliza se extinguirá respecto al Contratante perdiendo todo derecho emanado de la póliza, cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- Por término de la vigencia pactada en las Condiciones Particulares.
- Por incumplimiento en el pago de la prima, en caso de que transcurran noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima, según lo establecido en el Artículo N° 12 de las Condiciones Generales.

Asimismo, La Solicitud - Certificado de Seguro se extinguirá si ocurren los siguientes eventos:

- Por fallecimiento del EL ASEGURADO.
- Por el día en que EL ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia.

Como consecuencia de la extinción de la póliza o la Solicitud - Certificado de Seguro ya no tendrán efecto las coberturas otorgadas al titular de la respectiva Solicitud - Certificado y se libera a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad de pago ante la ocurrencia de un siniestro.

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

El Contratante o La Compañía podrán solicitar la resolución sin expresión de causa del presente contrato, para lo cual deberán notificar dicha decisión a la otra parte, con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación:

- a. Carta de resolución sin expresión de causa debidamente suscrita.
- b. Ficha RUC de la empresa.
- c. Copia Literal de los Poderes que acrediten al Representante del Contratante o de la Compañía como tal, así como las facultades expresas para la resolución de vínculos contractuales.
- d. Original y copia del documento de identidad de la persona que suscribe la Carta de resolución sin expresión de causa.

Asimismo, cualquier Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa de su afiliación al contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación:

- a. Carta dirigida al Contratante o a La Compañía en la que se manifieste expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.
- b. Original y copia del Documento Nacional de Identidad.

Dicho trámite podrá efectuarse, en los centros de atención detallados en el presente Artículo N° 21 y que figuran detallados en la web de La Compañía (www.crecersegueros.com.pe), en el domicilio del Contratante, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si la contratación del seguro se realizó a distancia, el Asegurado podrá enviar un correo electrónico a la web de La Compañía adjuntando la documentación señalada digitalizada, con excepción del documento de identidad original. Si el Asegurado tuviese algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado deberá otorgar un poder notarial para que un tercero lo realice en su nombre, a través de una carta poder con firma legalizada.

La Compañía procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada. El contrato terminará una vez transcurridos treinta (30) días de la recepción de la solicitud de resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En caso que la presente póliza sea comercializada a través del uso de sistemas a distancia, o a través de comercializadores, incluyendo bancaseguros, y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, El Asegurado podrá resolver el certificado y/o la solicitud- certificado de seguro, según corresponda, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, debiendo la Compañía devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud. Para tal fin, El Asegurado que quiera hacer valer su derecho de resolver el certificado o solicitud -certificado de seguro, según corresponda podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

Durante la vigencia del contrato, La Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por La Compañía y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de su vigencia.

La Compañía deberá proporcionar la información suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el Contrato.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- El presente documento presenta obligaciones a cargo del CONTRATANTE y ASEGURADO cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Las comunicaciones cursadas por el asegurado al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de Seguro, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a Crecer Seguros.
- El asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro al Comercializador o a Crecer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.
- Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a Crecer Seguros los hechos o circunstancias que agraven el riesgo.
- Crecer Seguros es única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas. Por ello se hace responsable por los errores u omisiones que incurra el Comercializador en la comercialización.

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

Para los efectos de este artículo se considera como EL ASEGURADO a la parte que proporciona la información (*cliente sujeto a cobertura*), en tanto que será LA COMPAÑÍA la parte que recibe y realiza el tratamiento de la información.

1. Declaración respecto al uso de los datos personales

EL ASEGURADO declara tener conocimiento que, con la suscripción del presente documento, acepta que:

- (i) Los datos personales y sensibles (inclusive información de salud) que proporciona quedan incorporados en el banco de datos de LA COMPAÑÍA, 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, evaluación y pago de siniestros, 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 el párrafo anterior, 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 nacionales y/o internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud.

EL ASEGURADO reconoce que el tratamiento de sus datos personales, tal como se establece en este punto, es necesario para la aprobación y/o gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados. LA COMPAÑÍA 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. Consentimiento al Tratamiento de Datos Personales

El Asegurado autoriza en forma libre, expresa, informada e inequívoca a La Compañía, para que utilice sus datos personales y sensibles (incluye información de salud) para el desarrollo de sus actividades empresariales, tales como:

- (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 Compañía, distintos a los contratados como consecuencia de la celebración del presente documento. La autorización comprende además - siempre dentro de las actividades que desarrolla La Compañía - 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 del Asegurado en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera La Compañía, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud; y
- (ii) Transferencia de datos personales y sensibles del Asegurado a otras empresas del grupo económico al que pertenece La Compañía, 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 Compañía, 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 Compañía.

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS
CÓDIGO SBS N° RG1785910022 / Póliza N° 0000000021 / Solicitud- Certificado N° _____

DATOS DEL ASEGURADO					
Apellido Paterno		Apellido Materno			
Primer nombre		Segundo nombre			
Tipo de documento		N° Documento		Sexo	
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro:				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Ocupación		Fecha de nacimiento		/ /	
Dirección			Distrito		
Provincia		Departamento		Teléfono / celular	
Correo Electrónico		Relación del asegurado con el contratante		Cliente del Contratante	
DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES					
<p>Declaro y autorizo expresamente que he sido debida y previamente informado por La Compañía que su Póliza de seguro y demás documentos que en adelante deriven de la misma serán enviados vía correo electrónico, la cual se dará por recibida con el registro de recepción del servidor de destino. La póliza contiene una firma digital y garantiza la autenticidad e integridad del documento. Declaro conocer que el envío por este medio me permitirá obtener más rápido la información de su seguro contribuyendo a preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, y asimismo garantiza haber suministrado un correo válido para la recepción de su póliza electrónica.</p> <p>El procedimiento para acceder a la Solicitud-Certificado de póliza electrónica del Seguro, es el siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingresar a la página web de Crecer Seguros: www.crecerseguros.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 la Solicitud Certificado o la Póliza que desea revisar. <p>En la presente Solicitud-Certificado se encuentra contenido el resumen de la póliza del seguro. El Asegurado declara haber recibido la Solicitud - Certificado.</p> <p>Mediante mi firma en la presente Solicitud – Certificado de Seguro autorizó expresamente a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, sean públicos o privados, así como a los médicos para que a solicitud de LA COMPAÑÍA le suministren cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del ASEGURADO, dispensándolos del secreto médico profesional. De igual forma, autorizó expresamente a la COMPAÑÍA solicitar mi historia clínica y demás documentos médicos antes indicados a las entidades públicas, privadas y médicos correspondientes, con el objetivo que desarrollen las funciones propias de una aseguradora de vida y salud.</p>					

Así solicito la contratación del seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de 9 páginas.

Emitido en _____ el ____ de _____ de 20__

Firma del Solicitante

Nombres: _____

Apellidos: _____

Nro. DNI: _____

Firma de Representante de LA COMPAÑÍA



Gerente General



Gerente Comercial

Nombre y apellidos del vendedor: _____

Correo electrónico vendedor: _____

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS
CÓDIGO SBS N° RG1785910022 / Póliza N° 000000021 / Solicitud- Certificado N° _____

DATOS DEL ASEGURADO					
Apellido Paterno		Apellido Materno			
Primer nombre		Segundo nombre			
Tipo de documento		N° Documento		Sexo	
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro:				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Ocupación		Fecha de nacimiento		/ /	
Dirección			Distrito		
Provincia		Departamento		Teléfono / celular	
Correo Electrónico		Relación del asegurado con el contratante		Cliente del Contratante	
DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES					
<p>Declaro y autorizo expresamente que he sido debida y previamente informado por La Compañía que su Póliza de seguro y demás documentos que en adelante deriven de la misma serán enviados vía correo electrónico, la cual se dará por recibida con el registro de recepción del servidor de destino. La póliza contiene una firma digital y garantiza la autenticidad e integridad del documento. Declaro conocer que el envío por este medio me permitirá obtener más rápido la información de su seguro contribuyendo a preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, y asimismo garantiza haber suministrado un correo válido para la recepción de su póliza electrónica.</p> <p>El procedimiento para acceder a la Solicitud-Certificado de póliza electrónica del Seguro, es el siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ingresar a la página web de Crecer Seguros: www.crecerseguros.pe Acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal. 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. Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar la Solicitud Certificado o la Póliza que desea revisar. <p>En la presente Solicitud-Certificado se encuentra contenido el resumen de la póliza del seguro. El Asegurado declara haber recibido la Solicitud - Certificado.</p> <p>Mediante mi firma en la presente Solicitud - Certificado de Seguro autorizó expresamente a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, sean públicos o privados, así como a los médicos para que a solicitud de LA COMPAÑÍA le suministren cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del ASEGURADO, dispensándolos del secreto médico profesional. De igual forma, autorizó expresamente a la COMPAÑÍA solicitar mi historia clínica y demás documentos médicos antes indicados a las entidades públicas, privadas y médicos correspondientes, con el objetivo que desarrollen las funciones propias de una aseguradora de vida y salud.</p>					

Así solicito la contratación del seguro cuyas características se resumen en la presente Solicitud-Certificado, que consta de 9 páginas.

Emitido en _____ el ____ de _____ de 20__

Firma del Solicitante

Nombres:

Apellidos:

Nro. DNI:

Firma de Representante de LA COMPAÑÍA


Gerente General


Gerente Comercial

Nombre y apellidos del vendedor:

Correo electrónico vendedor: