

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN MONTO ORIGINAL

PARA LOS TIPOS DE CRÉDITO: PRÉSTAMO NEGOCIO, CONVENIOS, VEHICULAR GNV, PRÉSTAMO PERSONAL

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

Características del Seguro

ASEGURADO	
Persona Natural que en si misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza. Para créditos con más de un firmante, se registrará a un asegurado titular (el titular del crédito asociado al seguro) y un asegurado adicional (el firmante adicional del crédito asociado al seguro). Los datos personales del asegurado o asegurados son los mismos que se consignan en el Contrato de Crédito firmado con la Entidad Financiera.	
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO	
Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años Edad máxima de ingreso al seguro: Préstamo Negocio: 69 años y 364 días. Convenios, Vehicular GNV y Préstamo Personal: 70 años y 364 días. Edad máxima de permanencia: 74 años y 364 días	
MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)	
Monto original del crédito del asegurado titular.	
VIGENCIA DEL SEGURO	
Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del crédito. Fin de vigencia: El fin de vigencia se produce en la fecha de cancelación total del crédito; fecha en la que cualquiera de los asegurados (titular o adicional) cumple la edad máxima de permanencia en el seguro; o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.	
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO) ¹	
Muerte Natural	Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.
Muerte Accidental	Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.
Invalidez total permanente (ITP)	<p>La ITP consiste en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado ocasionada por una enfermedad o un accidente, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia. Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor que seis (6) meses. También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza y que implique:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fractura incurable de la columna vertebral. 2. Pérdida total de la visión de ambos ojos. 3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. 4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies. 5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. 6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie. 7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro. <p>La invalidez debe estar sustentada por un Dictamen o Certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP). La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas anteriormente), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la directiva sanitaria "Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF".</p>
Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.	
CLAUSULAS ADICIONALES	
Aplican Cláusulas adicionales siempre y cuando el Contratante del seguro las haya suscrito. En este caso, se otorgan las siguientes coberturas adicionales: No aplica.	

COD SBS N° V1178740002

08/2021 GRAFINDUSTRIA V7

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Tasa prima mensual: La tasa prima mensual estándar se detalla en la tabla adjunta. Según la condición de salud específica del ASEGURADO (titular o adicional), la tasa prima mensual que le corresponde podría ser diferente a la tasa estándar indicada.

Tipo de crédito	Tasa prima mensual Asegurado titular	Tasa prima mensual Asegurado titular y adicional
Préstamo Negocio	0.083%	0.146%
Convenios	0.090%	No aplica
Vehicular GNV	0.070%	0.120%
Préstamo Personal	0.180%	0.278%

La prima comercial no incluye IGV dado que, cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las pólizas de vida están inafectas de IGV. Además no existen cargos por la contratación de comercializadores. La COMPAÑÍA pagará a EL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR una comisión por servicio de recaudación de primas que no se carga a la prima comercial que paga el ASEGURADO.

Prima comercial: Equivale a la Tasa prima mensual multiplicada por la suma asegurada. En el cronograma de pagos del crédito se encontrará la prima comercial por Seguro de Desgravamen, separada y sumada a la cuota del préstamo tal y como se señala en el Certificado de Seguro.

Frecuencia, lugar y forma de pago: Según lo indicado en los documentos contractuales del crédito. Los pagos efectuados por el ASEGURADO al Comercializador serán considerados como pagados a Crecer Seguros.

BENEFICIARIOS

Beneficiario	La Entidad Financiera que concede el crédito, por el saldo insoluto de la deuda del asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro (sin intereses, moras, comisiones o gastos).
Beneficiario(s) adicional(es)	El asegurado en caso de ITP o los herederos legales en caso de muerte, por la diferencia que exista entre el monto original del crédito y el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro (sin intereses, moras, comisiones o gastos). Se podrá designar beneficiario(s) adicional(es) distintos a los herederos legales, en la presente Solicitud o durante la relación contractual, según lo señalado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

No se pagará la suma asegurada cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) ocurra como consecuencia de:

1. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
2. **Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
3. **Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias o constituyan delito.**
4. **Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias o constituyan delito.**
5. **Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.**
6. **Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.**
7. **Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).**

PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley No 29733 – DS N° 003-2013-JUS)

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

1. EL ASEGURADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción del presente documento, 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, entre otros tratamientos necesarios para la ejecución de la relación contractual y/o el procesamiento de la solicitud del producto y/o servicio); y
 - (ii) Para la evaluación y gestión mencionada en (i), sus datos personales podrán ser transferidos y/o encargados a terceros (vinculados o no vinculados) a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de dicha información en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA 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 solicitados.

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. 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 de EL 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 de EL 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 DE SEGURO DE DESGRAVAMEN MONTO ORIGINAL

Moneda solicitada	<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	Fecha		
Tipo de crédito solicitado (marcar con una "X")					
<input type="checkbox"/> Préstamo Negocio	<input type="checkbox"/> Convenios	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal		

Apellido paterno del solicitante						Apellido materno del solicitante					
Nombre(s) del solicitante						Tipo de documento			Nº documento		
						<input type="checkbox"/> D.N.I.			<input type="checkbox"/> C.E.		

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen de Crecer Seguros.
- He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito.
- He decidido solicitar el Seguro de Desgravamen de Crecer Seguros; es así que acepto pasar por el proceso de evaluación, en caso de que sea requerido.
- **He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o a la aseguradora sobre el estado de salud de los asegurados podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguros, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable. El estado de salud de los asegurados se consigna en una Declaración Personal de Salud de llenado obligatorio para todos los créditos, según lo siguiente: Préstamo Personal y Vehicular GNV: Desde USD 21 mil o S/70 mil / Préstamo Negocio y Convenios: Desde USD 15 mil o S/50 mil.**
- Autorizo expresamente a Crecer Seguros 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.
- **Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifique mi certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.**
- Autorizo expresamente a Crecer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la Póliza de Seguro de Desgravamen.
- He sido informado de los pasos para acceder al Certificado de la póliza electrónica del Seguro de Desgravamen, que será enviada por Crecer Seguros, los cuales son:
 1. Ingresar a la página web de Crecer Seguros: www.creckerseguros.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 de que no se encuentre registrado, seleccionar la opción "¿cliente nuevo?" y crear el usuario y la contraseña siguiendo los pasos indicados en la página web.
 4. Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.
- La COMPAÑÍA entregará los certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud; de conformidad con el Artículo 14 de la resolución 3199-2013.
- He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que Crecer Seguros utilizará para remitir comunicaciones, al asegurado titular, al asegurado adicional y/o beneficiario será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, Crecer Seguros 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 su solicitud.

Completar si desea que sus beneficiarios sean distintos a sus herederos legales				
Beneficiario (Apellidos y Nombres)	DNI/CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco	Fecha de Nacimiento

(*) Campo obligatorio

Apellido paterno del firmante adicional al crédito						Apellido materno del firmante adicional al crédito					
Nombre(s) del firmante adicional al crédito						Tipo de documento			Nº documento		
						<input type="checkbox"/> D.N.I.			<input type="checkbox"/> C.E.		

Firma del solicitante

Firma del firmante adicional del crédito

Entidad Financiera

Agencia

Nombres y Apellidos del Funcionario

Correo electrónico del Funcionario



SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN MONTO ORIGINAL

Moneda solicitada	<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	Fecha			
Tipo de crédito solicitado (marcar con una "X")						
<input type="checkbox"/> Préstamo Negocio	<input type="checkbox"/> Convenios	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal			

Apellido paterno del solicitante				Apellido materno del solicitante			
Nombre(s) del solicitante				Tipo de documento		Nº documento	
				<input type="checkbox"/> D.N.I.	<input type="checkbox"/> C.E.		

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen de Crecer Seguros.
- He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito.
- He decidido solicitar el Seguro de Desgravamen de Crecer Seguros; es así que acepto pasar por el proceso de evaluación, en caso de que sea requerido.
- **He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o a la aseguradora sobre el estado de salud de los asegurados podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguros, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable. El estado de salud de los asegurados se consigna en una Declaración Personal de Salud de llenado obligatorio para todos los créditos, según lo siguiente: Préstamo Personal y Vehicular GNV: Desde USD 21 mil o S/70 mil / Préstamo Negocio y Convenios: Desde USD 15 mil o S/50 mil.**
- Autorizo expresamente a Crecer Seguros 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.
- **Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifique mi certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.**
- Autorizo expresamente a Crecer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la Póliza de Seguro de Desgravamen.
- He sido informado de los pasos para acceder al Certificado de la póliza electrónica del Seguro de Desgravamen, que será enviada por Crecer Seguros, los cuales son:
 1. Ingresar a la página web de Crecer Seguros: www.creckerseguros.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 de que no se encuentre registrado, seleccionar la opción "¿cliente nuevo?" y crear el usuario y la contraseña siguiendo los pasos indicados en la página web.
 4. Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.
- La COMPAÑIA entregará los certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud; de conformidad con el Artículo 14 de la resolución 3199-2013.
- He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que Crecer Seguros utilizará para remitir comunicaciones, al asegurado titular, al asegurado adicional y/o beneficiario será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, Crecer Seguros 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 su solicitud.

Completar si desea que sus beneficiarios sean distintos a sus herederos legales				
Beneficiario (Apellidos y Nombres)	DNI/CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco	Fecha de Nacimiento

(*) Campo obligatorio

Apellido paterno del firmante adicional al crédito				Apellido materno del firmante adicional al crédito			
Nombre(s) del firmante adicional al crédito				Tipo de documento		Nº documento	
				<input type="checkbox"/> D.N.I.	<input type="checkbox"/> C.E.		

Firma del solicitante

Firma del firmante adicional del crédito

COD SBS N° V178740002

08/2021 GRAFINDUSTRIA V7

Entidad Financiera

Agencia

Nombres y Apellidos del Funcionario

Correo electrónico del Funcionario



SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN MONTO ORIGINAL

Moneda solicitada	<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	Fecha		
Tipo de crédito solicitado (marcar con una "X")					
<input type="checkbox"/> Préstamo Negocio	<input type="checkbox"/> Convenios	<input type="checkbox"/> Vehicular GNV	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal		

Apellido paterno del solicitante						Apellido materno del solicitante					
Nombre(s) del solicitante						Tipo de documento			Nº documento		
						<input type="checkbox"/> D.N.I.			<input type="checkbox"/> C.E.		

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen de Crecer Seguros.
- He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de crédito.
- He decidido solicitar el Seguro de Desgravamen de Crecer Seguros; es así que acepto pasar por el proceso de evaluación, en caso de que sea requerido.
- **He sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada al Comercializador y/o a la aseguradora sobre el estado de salud de los asegurados podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguros, siempre y cuando hayan sido efectuadas con dolo o culpa inexcusable. El estado de salud de los asegurados se consigna en una Declaración Personal de Salud de llenado obligatorio para todos los créditos, según lo siguiente: Préstamo Personal y Vehicular GNV: Desde USD 21 mil o S/70 mil / Préstamo Negocio y Convenios: Desde USD 15 mil o S/50 mil.**
- Autorizo expresamente a Crecer Seguros 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.
- **Autorizo al CONTRATANTE a autorizar modificaciones en la póliza y en mi certificado (excepto en temas de exclusiones y riesgos cubiertos), de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, cuando se produzcan incrementos en la siniestralidad prevista o cambios en las condiciones de asegurabilidad. En caso se modifique mi certificado me asiste el derecho a resolver el mismo.**
- Autorizo expresamente a Crecer Seguros a enviarme por medios electrónicos el Certificado correspondiente a la Póliza de Seguro de Desgravamen.
- He sido informado de los pasos para acceder al Certificado de la póliza electrónica del Seguro de Desgravamen, que será enviada por Crecer Seguros, los cuales son:
 1. Ingresar a la página web de Crecer Seguros: www.creckerseguros.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 de que no se encuentre registrado, seleccionar la opción "¿cliente nuevo?" y crear el usuario y la contraseña siguiendo los pasos indicados en la página web.
 4. Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.
- La COMPAÑIA entregará los certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud; de conformidad con el Artículo 14 de la resolución 3199-2013.
- He sido informado y acepto que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que Crecer Seguros utilizará para remitir comunicaciones, al asegurado titular, al asegurado adicional y/o beneficiario será el mismo consignado por el solicitante del seguro ante la Entidad Financiera, al momento de la contratación del crédito. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, Crecer Seguros 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 su solicitud.

Completar si desea que sus beneficiarios sean distintos a sus herederos legales				
Beneficiario (Apellidos y Nombres)	DNI/CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco	Fecha de Nacimiento

(*) Campo obligatorio

Apellido paterno del firmante adicional al crédito						Apellido materno del firmante adicional al crédito					
Nombre(s) del firmante adicional al crédito						Tipo de documento			Nº documento		
						<input type="checkbox"/> D.N.I.			<input type="checkbox"/> C.E.		

Firma del solicitante

Firma del firmante adicional del crédito

Entidad Financiera

Agencia

Nombres y Apellidos del Funcionario

Correo electrónico del Funcionario