

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES CON RETORNO

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

Características del Seguro

VIGENCIA DEL SEGURO

Inicio de vigencia: Desde: Desde la fecha de contratación (emisión) de este seguro.

Fin de vigencia: Hasta: La fecha en que se cumpla 3 años desde el inicio de vigencia o en la fecha que EL ASEGURADO alcance la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

Renovación: No aplica.

DATOS DEL CORREDOR

Denominación Social	America Brókers Corredores de Seguros S.A.	Registro Oficial	J0513
Dirección	Av. Jorge Basadre 310, Piso 6, San Isidro	Teléfono	(511) 612-3636
		Comisión	Plan 1: 5.60% Plan 2: 7.34%

CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO

Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años

Edad máxima de ingreso al seguro: 69 años y 364 días.

Edad máxima de permanencia: 74 años y 364 días.

COBERTURAS PRINCIPALES DEL SEGURO

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
Muerte Accidental	Fallecimiento del ASEGURADO como consecuencia de un accidente; entendido esto último como un suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo del ASEGURADO y le ocasione la muerte. No se considera accidente el fallecimiento del ASEGURADO como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de 90 días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.	Suma Asegurada: Plan 1: S/ 25,000 Plan 2: S/ 50,000 Periodo de carencia: No aplica Deducible: No aplica

CLAUSULAS ADICIONALES (Según corresponda)

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
Indemnización por cáncer	LA COMPANIA pagará una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro, según corresponda, a EL ASEGURADO que, durante la vigencia de la Cláusula Adicional, sea diagnosticado con cáncer; lo cual implica un tumor maligno de crecimiento y desarrollo incontrolado, que sea confirmado por análisis histológico. Esta definición incluye la leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin. No se encuentra dentro de la cobertura de esta cláusula adicional, el diagnóstico de cáncer de piel, a excepción de los Melanomas Malignos invasivos. La presente cobertura quedará sin efecto en caso de fallecimiento de EL ASEGURADO, por cualquier causa diferente al hecho cubierto en esta cláusula adicional. El otorgamiento de la cobertura de la presente cláusula adicional no genera la extinción de la póliza, ni de la cláusula adicional de sobrevivencia, en caso esta última se hubiera contratado.	Suma Asegurada: Plan 1: S/ 12,500 Plan 2: S/ 25,000 Periodo de carencia: No aplica Deducible: No aplica
Sobrevivencia	LA COMPANIA devolverá a EL ASEGURADO el 50% de la totalidad de las primas netas pagadas (no incluye IGV), cuando el mismo mantuviera vigente su póliza por 3 años, computados desde la fecha de contratación del seguro, sin que se verifique fallecimiento del ASEGURADO por cualquier causa. Dicha devolución solo aplica ante la solicitud del ASEGURADO, siendo el pago del beneficio efectuado al fin de la vigencia de la póliza de seguro principal, determinado en la Condiciones Particulares, luego de verificados los requisitos del párrafo anterior. La cobertura de la presente cláusula adicional implica la extinción de la póliza principal.	Suma Asegurada: Plan 1: S/ 633.06 Plan 2: S/ 915.30 Periodo de carencia: No aplica Deducible: No aplica

ASISTENCIAS

Las asistencias no son coberturas, sino beneficios o servicios adicionales que de brindarse no afectarían la prima pagada por el Asegurado:

ASISTENCIAS	DESCRIPCION	EVENTOS
Coordinación Telemédico (medicina general)	Asesoría telefónica para atender inquietudes menores que no requieran un diagnóstico final, disponible las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año. El Asegurado y/o Beneficiario podrá contactarse con la central telefónica de la empresa proveedora de la asistencia, y su consulta será atendida por un médico general, sin la necesidad de asistir a un consultorio físico. Hasta un máximo de treinta (30) minutos por evento. Costo del beneficio: No aplica	Sin límite de eventos
Coordinación de médico a domicilio	El beneficio se podrá solicitar las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, llamando a la central de emergencias de la empresa proveedora de la asistencia. La atención de médico a domicilio se brindará solo para urgencias médicas. Para ello, la central de emergencias comunicará el requerimiento a un auditor médico de la empresa proveedora, quien bajo su criterio, determinará si corresponde el beneficio de médico a domicilio, de acuerdo con la sintomatología presentada. Monto límite del beneficio: Hasta S/ 60 por evento.	4 eventos por año

Coordinación de sesiones de fisioterapia a domicilio	En caso de que el Asegurado, o un miembro de su familia, hubiese sufrido un accidente, podrá comunicarse con la central telefónica de la empresa proveedora de la asistencia para solicitar el agendamiento de fisioterapias a domicilio, para dar cumplimiento al tratamiento recomendado por un médico. Este servicio estará disponible solo de lunes a viernes y dentro del horario laboral (desde las 9:00 am hasta las 6:00 pm). Costo del servicio: Será informado al momento de la solicitud, debiendo ser aceptado y asumido por el cliente, en caso corresponda.	Sin límite de eventos
Coordinación de niñera en caso de accidente de la madre	En caso de que el Asegurado o su esposa, dependiendo de quién ocupe el rol de madre de familia, hubiese sufrido un accidente, podrá comunicarse con la central telefónica de la empresa proveedora de la asistencia, para solicitar el servicio de cuidado para sus hijos, a cargo de una niñera a domicilio. Este beneficio estará disponible solo de lunes a viernes y dentro del horario laboral (desde las 9:00 am hasta las 6:00 pm). Monto límite del beneficio: Hasta S/ 60 por evento.	4 evento por año
Coordinación de traslado a centro médico (ambulancia)	Beneficio de ambulancia las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año. En caso de que el Asegurado hubiese sufrido una urgencia, emergencia o accidente, podrá comunicarse a la central de emergencias de la empresa proveedora de la asistencia, la cual le brindará orientación y remitirá la ambulancia requerida al lugar en el que el Asegurado haya sufrido la urgencia, emergencia o accidente, para ser trasladado al centro hospitalario más cercano e idóneo de acuerdo a la incapacidad o lesión sufrida. Monto límite del beneficio: Hasta S/ 150 por evento.	Sin límite de eventos

Manual de uso de asistencias:

Para solicitar los beneficios o servicios de las asistencias, o para más información sobre proveedores afiliados, comuníquese al teléfono (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) – opción 4.

Limitaciones de las Asistencias:

Los beneficios o servicios antes descritos no se brindan para los siguientes casos:

- Cuando el ASEGURADO no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita brindar el servicio.
- Los resultantes de los servicios que el ASEGURADO haya contratado sin el previo consentimiento de LA COMPAÑÍA.
- Se excluye todo servicio que no se coordine a través de la central telefónica de LA COMPAÑÍA.
- No se realizan reembolsos por servicios no brindados por LA COMPAÑÍA o no autorizados por LA COMPAÑÍA.
- Zonas peligrosas por delincuencia, ciudades en situación de insurrección, zonas sin acceso de vía pública.
- Se excluyen costos de hospitalización.
- Aplican, además, todas las limitaciones indicadas en el Certificado de Seguro.

Ámbito Geográfico de los Servicios de Asistencia:

Los beneficios o servicios de asistencia presenciales se prestarán a nivel nacional, en Lima y Provincias, según el siguiente rango de acción:

Dentro del perímetro urbano de las principales ciudades capitales de cada provincia del territorio nacional del Perú, de acuerdo con la infraestructura pública y/o privada existente en el lugar del beneficio o servicio a ser brindado. Tampoco se brindarán los beneficios o servicios de asistencias en zonas peligrosas debido a la delincuencia, ni en áreas sin acceso a vías públicas.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

No se pagará la suma asegurada cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

1. Preexistencia: condición de salud o condición física diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia a toda condición de salud o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia del mismo durante la vigencia del seguro.
2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
3. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.
4. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.
5. Práctica de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos: automovilismo, motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, buceo profesional o de recreo, canotaje y practica de surf, navegación en alta mar en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, esquí y deportes afines, tabla hawaiana, hipica, corridas de toros, alpinismo, andinismo, escalamiento y caminata en alta montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades y artes marciales.
6. Uso voluntario de alcohol, drogas o sustancias tóxicas, por parte del Asegurado, que ocasionen el siniestro. Cuando se trate de accidentes de tránsito, deberá implicar el uso de alcohol por parte del Asegurado, por encima del límite legal vigente.

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES CON RETORNO

SOLICITANTE / CONTRATANTE				
Nombres y Apellidos			Genero	☐ F ☐ M
Tipo de documento	☐ DNI ☐ CE	N° de Documento	Fecha de Nacimiento	
Envío de comunicaciones	Dirección			
	Correo electrónico			
	N° de Teléfono			
ASEGURADO (Completar solo en caso sea distinta a EL CONTRATANTE)				
Nombres y Apellidos			Genero	☐ F ☐ M
Tipo de documento	☐ DNI ☐ CE	N° de Documento	Fecha de Nacimiento	
Envío de comunicaciones	Dirección			
	Correo electrónico			
	N° de Teléfono			
PRECIO DEL SEGURO (PRIMA COMERCIAL SEGUN PLAN ELEGIDO) Marcar con X el plan elegido				
	☐ Plan 1	☐ Plan 2	Frecuencia	Mensual
Prima Comercial	S/ 35.17	S/ 50.85	Lugar y forma de pago	Con cargo automático en su Tarjeta de Crédito Diners.
Prima Comercial + IGV	S/ 41.50	S/ 60.00		
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: Plan 1: 5.60% y Plan 2: 7.34% de la prima neta mensual / J0513				
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: No aplica				
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: Plan 1: 36.25% y Plan 2: 26.20% de la prima neta mensual				
En caso corresponda, los datos del COMERCIALIZADOR: DINERS CLUB PERU S A – RUC: 20100118760				
El pago efectuado por EL CONTRATANTE, a EL COMERCIALIZADOR será considerado como pagado a LA COMPAÑÍA.				
AUTORIZACIÓN DE CARGO (Cuando EL CONTRATANTE elija forma de pago el débito automático)				
EL CONTRATANTE, solicita de forma expresa que la prima generada como consecuencia de la contratación de la presente póliza sea cargada en la siguiente Cuenta Bancaria / Tarjeta de Crédito / Tarjeta Débito, en favor de LA COMPAÑÍA:				
Tipo de Cuenta / Tarjeta	Moneda de la cuenta	N° de Cuenta / Tarjeta		
DINERS	☐ Soles ☐ Dólares			
Nombre de Titular de la Cuenta / Tarjeta				
El cargo automático se efectuará en su próximo estado de cuenta, luego de suscrito este documento.				
EL CONTRATANTE podrá, a sola instrucción y sin expresión de causa, suspender el servicio de cargo automático, asumiendo con ello el riesgo y costo de dicho acto. La solicitud debe hacerse, mediante documento escrito y de fecha cierta, hasta cuarenta y ocho (48) horas antes a la fecha de vencimiento del pago de la prima correspondiente.				
EL CONTRATANTE podrá modificar el monto máximo de cargo automático, en caso haya asignado uno, mediante documento de fecha cierta, hasta cuarenta y ocho (48) horas antes a la fecha de vencimiento del pago de la prima correspondiente.				
EL CONTRATANTE declara que es de su entera responsabilidad mantener vigente la cuenta declarada para el cargo del cargo automático. Dicha cuenta podrá ser modificada en cualquier momento, debiendo para ello el CONTRATANTE informar por escrito a LA COMPAÑÍA nuevo número de cuenta. La mencionada modificación entrará en vigencia a los 15 días hábiles siguientes a la fecha de envío de la comunicación por parte de EL CONTRATANTE.				
EL CONTRATANTE declara que ha tomado conocimiento de que puede establecer un monto máximo para el cargo automático. Asimismo, declara que la presente autorización de cargo automático no enerva su responsabilidad sobre la realización de los pagos de la prima que correspondan a la presente póliza.				
DECLARACION PERSONAL DE SALUD (DPS) - SOLO SE REGISTRA INFORMACION EN CASO DE COBERTURA ADICIONAL DE CÁNCER (Marcar con una "X" su respuesta, según corresponda)				
1. ¿Padece, ha padecido o se encuentra en tratamiento por Cáncer en los últimos 10 años? ☐ SI / ☐ NO.				
2. Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades renales, enfermedades respiratorias, VIH/SIDA y otras enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. ☐ SI / ☐ NO.				
En caso haya marcado la opción "SI" en una de las preguntas deberá detallar la siguiente información:				
Diagnóstico	Fecha de Diagnóstico	Estado*		Institución y Médico Tratante
		☐ S ☐ T ☐ ST		
		☐ S ☐ T ☐ ST		
		☐ S ☐ T ☐ ST		
* Sano: S En Tratamiento: T Sin Tratamiento: ST				
BENEFICIARIOS (Aplica solo para Cobertura Principal)				
Apellidos y Nombres (*)	DNI / CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco / Vinculo	Fecha de Nacimiento
(*) Campos obligatorios.				
En caso no se designen BENEFICIARIOS, las coberturas correspondientes serán otorgadas los herederos legales del ASEGURADO, en partes iguales, previa presentación de la copia certificada de la Partida Registral donde esté inscrita la Resolución de Declaración de Herederos (judicial o notarial); o el contenido del testamento del ASEGURADO.				

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES CON RETORNO**CLAUSULA ANTISOBORNO**

La aseguradora mantiene un compromiso de cero tolerancia frente al soborno y la corrupción, en concordancia con las normas legales y los principios de la Norma ISO 37001.

El asegurado y/o sus beneficiarios se obligan a no realizar actos de soborno, corrupción o fraude en relación con la contratación o uso de este seguro. De tomar conocimiento acerca de actos relacionados al mismo se deberá de informar mediante nuestro canal de denuncias que se encuentra en nuestra página web: <https://www.creceseguros.pe/>

Si se comprobara la participación del asegurado o beneficiarios en dichas conductas, la aseguradora podrá rechazar el siniestro correspondiente y resolver la cobertura, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política antisoborno que se encuentra en: <https://www.creceseguros.pe/>

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La aseguradora, en su calidad de titular y responsable del tratamiento de datos personales, informa al asegurado que, conforme a la Ley N° 29733, su Reglamento aprobado por D.S. N.° 016-2024-JUS y la normativa sobre comunicaciones comerciales (Ley Antispam), los datos personales proporcionados durante la contratación, vigencia y ejecución de la presente póliza serán tratados bajo los siguientes lineamientos:

1. Finalidad del tratamiento

Los datos serán tratados para la evaluación y gestión de la póliza, administración de siniestros, cumplimiento de obligaciones contractuales y legales, prevención de fraudes y gestión de riesgos operativos.

2. Transferencias nacionales e internacionales

Los datos podrán ser compartidos con reaseguradores, proveedores de servicios de salud, ajustadores, peritos y autoridades competentes, dentro o fuera del país, cuando sea necesario para la ejecución de la póliza o en cumplimiento de la normativa vigente. En todo caso, se garantizarán estándares adecuados de seguridad y confidencialidad.

3. Comunicaciones comerciales

El uso de los datos para fines de marketing, publicidad o promociones se realizará únicamente con el consentimiento previo, expreso e informado del asegurado, conforme a la Ley Antispam. Dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

4. Derechos del titular de datos

El asegurado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, revocatoria y demás reconocidos por la normativa vigente. Para ello, dispone de los formatos correspondientes en <https://www.creceseguros.pe> presentándolos en nuestra oficina ubicada en Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro – Lima.

5. Conservación y medidas de seguridad

Los datos serán conservados durante la relación contractual y el plazo legal de retención aplicable. Concluido este, serán eliminados o anonimizados, salvo consentimiento expreso para fines comerciales. La aseguradora aplica medidas técnicas, organizativas y legales que garantizan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

Consentimiento para tratamiento de datos personales (opcional)**I. Uso de datos para publicidad y comunicaciones comerciales de seguros:**

☐ Sí, autorizo a la Compañía a tratar mis datos para enviarme publicidad, comunicaciones e información sobre productos y servicios de seguros.

☐ No autorizo.

II. Uso de datos por empresas del grupo económico (productos/servicios financieros):

☐ Sí, autorizo a la Compañía a compartir mis datos con las empresas de su grupo económico para que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

☐ No autorizo.

El otorgamiento de la autorización para las finalidades descritas en esta sección es opcional. En caso de no brindar su consentimiento, la aseguradora solo podrá emplear sus datos para la ejecución de la póliza contratada.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política de privacidad y datos personales que se encuentra en: <https://www.creceseguros.pe/>

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

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

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

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

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

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

1. La Póliza de Seguro podrá ser enviada bajo cualquiera de las modalidades siguientes: (i) Incluyendo un Link donde podré visualizar la Póliza en formato digital PDF, (ii) incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) direccionándome a la parte privada de la web www.creceseguros.pe, donde se incluirá las instrucciones para crear mi usuario y contraseña para el ingreso.

2. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un Firma digital), y su entrega se probará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.

3. Entiendo que el uso indebido de la clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad para evitar este riesgo, no debo compartir mi clave y debo utilizar niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumplir con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.

Consideraciones básicas:

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

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

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

Lima, _____, de _____ 20 _____

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Completar únicamente si el asegurado es distinto a EL CONTRATANTE:

Firma del Asegurado: -

Fecha: -

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES CON RETORNO

SOLICITANTE / CONTRATANTE				
Nombres y Apellidos		Genero		☐ F ☐ M
Tipo de documento	☐ DNI ☐ CE	N° de Documento	Fecha de Nacimiento	
Envío de comunicaciones	Dirección			
	Correo electrónico			
	N° de Teléfono			
ASEGURADO (Completar solo en caso sea distinta a EL CONTRATANTE)				
Nombres y Apellidos		Genero		☐ F ☐ M
Tipo de documento	☐ DNI ☐ CE	N° de Documento	Fecha de Nacimiento	
Envío de comunicaciones	Dirección			
	Correo electrónico			
	N° de Teléfono			
PRECIO DEL SEGURO (PRIMA COMERCIAL SEGUN EL PLAN ELEGIDO) Marcar con X el plan elegido				
	☐ Plan 1	☐ Plan 2	Frecuencia	Mensual
Prima Comercial	S/ 35.17	S/ 50.85	Lugar y forma de pago	Con cargo automático en su Tarjeta de Crédito Dineros.
Prima Comercial + IGV	S/ 41.50	S/ 60.00		
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: Plan 1: 5.60% y Plan 2: 7.34% de la prima neta mensual / J0513				
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: No aplica				
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: Plan 1: 36.25% y Plan 2: 26.20% de la prima neta mensual				
En caso corresponda, los datos del COMERCIALIZADOR: DINERS CLUB PERU S A – RUC: 20100118760				
El pago efectuado por EL CONTRATANTE, a EL COMERCIALIZADOR será considerado como pagado a LA COMPAÑIA.				
AUTORIZACIÓN DE CARGO (Cuando EL CONTRATANTE elija forma de pago el débito automático)				
EL CONTRATANTE, solicita de forma expresa que la prima generada como consecuencia de la contratación de la presente póliza sea cargada en la siguiente Cuenta Bancaria / Tarjeta de Crédito / Tarjeta Débito, en favor de LA COMPAÑIA:				
Tipo de Cuenta / Tarjeta	Moneda de la cuenta	N° de Cuenta / Tarjeta		
DINERS	☐ Soles ☐ Dólares			
Nombre de Titular de la Cuenta / Tarjeta				
El cargo automático se efectuará en su próximo estado de cuenta, luego de suscrito este documento.				
EL CONTRATANTE podrá, a sola instrucción y sin expresión de causa, suspender el servicio de cargo automático, asumiendo con ello el riesgo y costo de dicho acto. La solicitud debe hacerse, mediante documento escrito y de fecha cierta, hasta cuarenta y ocho (48) horas antes a la fecha de vencimiento del pago de la prima correspondiente.				
EL CONTRATANTE podrá modificar el monto máximo de cargo automático, en caso haya asignado uno, mediante documento de fecha cierta, hasta cuarenta y ocho (48) horas antes a la fecha de vencimiento del pago de la prima correspondiente.				
EL CONTRATANTE declara que es de su entera responsabilidad mantener vigente la cuenta declarada para el cargo del cargo automático. Dicha cuenta podrá ser modificada en cualquier momento, debiendo para ello el CONTRATANTE informar por escrito a LA COMPAÑIA nuevo número de cuenta. La mencionada modificación entrará en vigencia a los 15 días hábiles siguientes a la fecha de envío de la comunicación por parte de EL CONTRATANTE.				
EL CONTRATANTE declara que ha tomado conocimiento de que puede establecer un monto máximo para el cargo automático. Asimismo, declara que la presente autorización de cargo automático no enerva su responsabilidad sobre la realización de los pagos de la prima que correspondan a la presente póliza.				
DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS) - SOLO SE REGISTRA INFORMACION EN CASO DE COBERTURA ADICIONAL DE CÁNCER (Marcar con una "X" su respuesta, según corresponda)				
1. ¿Padece, ha padecido o se encuentra en tratamiento por Cáncer en los últimos 10 años? ☐ SI / ☐ NO.				
2. Mi estado de salud es "NORMAL"; es decir, NO he sido diagnosticado por un médico colegiado de una o más de las siguientes enfermedades: diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades renales, enfermedades respiratorias, VIH/SIDA y otras enfermedades que requieren tratamiento por más de treinta (30) días. ☐ SI / ☐ NO.				
En caso haya marcado la opción "SI" en una de las preguntas deberá detallar la siguiente información:				
Diagnóstico	Fecha de Diagnóstico	Estado*		Institución y Médico Tratante
		☐ S	☐ T ☐ ST	
		☐ S	☐ T ☐ ST	
		☐ S	☐ T ☐ ST	
* Sano: S En Tratamiento: T Sin Tratamiento: ST				
BENEFICIARIOS (Aplica solo para Cobertura Principal)				
Apellidos y Nombres (*)	DNI / CE (*)	Porcentaje (*)	Parentesco / Vinculo	Fecha de Nacimiento
(*) Campos obligatorios.				
En caso no se designen BENEFICIARIOS, las coberturas correspondientes serán otorgadas los herederos legales del ASEGURADO, en partes iguales, previa presentación de la copia certificada de la Partida Registral donde esté inscrita la Resolución de Declaración de Herederos (judicial o notarial); o el contenido del testamento del ASEGURADO.				

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES CON RETORNO

CLÁUSULA ANTISOBORNO

La aseguradora mantiene un compromiso de cero tolerancia frente al soborno y la corrupción, en concordancia con las normas legales y los principios de la Norma ISO 37001.

El asegurado y/o sus beneficiarios se obligan a no realizar actos de soborno, corrupción o fraude en relación con la contratación o uso de este seguro. De tomar conocimiento acerca de actos relacionados al mismo se deberá de informar mediante nuestro canal de denuncias que se encuentra en nuestra página web: <https://www.creceseguros.pe/>

Si se comprobara la participación del asegurado o beneficiarios en dichas conductas, la aseguradora podrá rechazar el siniestro correspondiente y resolver la cobertura, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política antisoborno que se encuentra en: <https://www.creceseguros.pe/>

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La aseguradora, en su calidad de titular y responsable del tratamiento de datos personales, informa al asegurado que, conforme a la Ley N° 29733, su Reglamento aprobado por D.S. N° 016-2024-JUS y la normativa sobre comunicaciones comerciales (Ley Antispam), los datos personales proporcionados durante la contratación, vigencia y ejecución de la presente póliza serán tratados bajo los siguientes lineamientos:

1. Finalidad del tratamiento

Los datos serán tratados para la evaluación y gestión de la póliza, administración de siniestros, cumplimiento de obligaciones contractuales y legales, prevención de fraudes y gestión de riesgos operativos.

2. Transferencias nacionales e internacionales

Los datos podrán ser compartidos con reaseguradores, proveedores de servicios de salud, ajustadores, peritos y autoridades competentes, dentro o fuera del país, cuando sea necesario para la ejecución de la póliza o en cumplimiento de la normativa vigente. En todo caso, se garantizarán estándares adecuados de seguridad y confidencialidad.

3. Comunicaciones comerciales

El uso de los datos para fines de marketing, publicidad o promociones se realizará únicamente con el consentimiento previo, expreso e informado del asegurado, conforme a la Ley Antispam. Dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

4. Derechos del titular de datos

El asegurado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, revocatoria y demás reconocidos por la normativa vigente. Para ello, dispone de los formatos correspondientes en <https://www.creceseguros.pe> presentándolos en nuestra oficina ubicada en Av. Ricardo Rivera Navarrete 501 Oficina 1101-A, San Isidro – Lima.

5. Conservación y medidas de seguridad

Los datos serán conservados durante la relación contractual y el plazo legal de retención aplicable. Concluido este, serán eliminados o anonimizados, salvo consentimiento expreso para fines comerciales. La aseguradora aplica medidas técnicas, organizativas y legales que garantizan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

Consentimiento para tratamiento de datos personales (opcional)

I. Uso de datos para publicidad y comunicaciones comerciales de seguros:

- ☐ Sí, autorizo a la Compañía a tratar mis datos para enviarme publicidad, comunicaciones e información sobre productos y servicios de seguros.
- ☐ No autorizo.

II. Uso de datos por empresas del grupo económico (productos/servicios financieros):

- ☐ Sí, autorizo a la Compañía a compartir mis datos con las empresas de su grupo económico para que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.
- ☐ No autorizo.

El otorgamiento de la autorización para las finalidades descritas en esta sección es opcional. En caso de no brindar su consentimiento, la aseguradora solo podrá emplear sus datos para la ejecución de la póliza contratada.

Finalmente, lo invitamos a revisar nuestra política de privacidad y datos personales que se encuentra en: <https://www.creceseguros.pe/>

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

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

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

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

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

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

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

Consideraciones básicas:

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

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

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

Lima, _____, de _____ 20_____

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Completar únicamente si el asegurado es distinto a EL CONTRATANTE:

Firma del Asegurado: -

Fecha: -