

SOLICITUD DE SEGURO ONCOLÓGICO 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: - / - / - La fecha de afiliación.					
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					
DATOS DEL CORREDOR					
Denominación Social		America Brókers Corredores de Seguros S.A.		Registro Oficial	
J0513					
Dirección	Av. Jorge Basadre 310, piso 3, San Isidro	Teléfono	(511) 612-3636	Comisión	8%
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO					
Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años		Si se supera las edades máximas de ingreso al seguro se podrá igualmente solicitar un seguro de este ramo. En dicho caso, LA COMPAÑÍA efectuará la evaluación del riesgo particular y la tarificación de la prima a pagar.			
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			
Invalidez Total y Permanente por Accidente de Tránsito	<p>LA COMPAÑÍA pagará a EL ASEGURADO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, cuando EL ASEGURADO incurra en un supuesto de Invalidez Total y Permanente, consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de EL ASEGURADO, como consecuencia de un accidente de tránsito, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia. Deberá tratarse de una pérdida o disminución 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 deberá estar sustentada en 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).</p> <p>La invalidez también puede estar sustentada en un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que evidencia un accidente de tránsito), 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> <p>Asimismo, se entenderá como accidente de tránsito todos aquellos supuestos enmarcados dentro de la definición del artículo 1° de las presentes Condiciones Generales.</p>	<p>Suma Asegurada: Plan 1: S/ 1,500 Plan 2: S/ 1,500</p> <p>Periodo de carencia: No aplica</p> <p>Deducible: No aplica</p>			

COD SBS N° AE1786100016

03/2018 - PENTAGRAF

SOLICITUD DE SEGURO ONCOLÓGICO CON RETORNO

	<p>Generales. Se cubre la Invalidez Total Permanente acaecida durante la vigencia de la presente póliza y que se manifieste como máximo dentro de los dos (2) años siguientes al accidente de tránsito. En caso el accidente se produzca en transporte público, a efectos de acceder a la cobertura, es condición necesaria que la mencionada unidad de transporte tenga la respectiva licencia para transportar pasajeros.</p>	
--	---	--

CLAUSULAS ADICIONALES (Según corresponda)

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
Indemnización por cáncer	LA COMPAÑÍA pagará una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en esta Solicitud de Seguro, al asegurado que sea diagnosticado con cáncer; lo cual implica un tumor maligno de crecimiento y desarrollo incontrolado, que sea confirmado por análisis histológico (biopsia). Esta definición incluye la leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin. No se encuentra dentro de la cobertura el diagnóstico de cáncer de piel que no fuera un melanoma.	Suma Asegurada: Plan 1: S/ 20,000 Plan 2: S/ 40,000 Periodo de carencia: No aplica Deducible: No aplica
Sobrevivencia	LA COMPAÑÍA 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.	Suma Asegurada: Plan 1: S/ 442.37 Plan 2: S/ 854.23

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 todo accidente o complicación derivada del mismo, producido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia de los mismos durante la vigencia del seguro.
2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
3. Participación del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
4. Participación 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 se 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, drogas o sustancias tóxicas, que conlleve a un actuar negligente del asegurado que ocasione el siniestro. Cuando se trate de accidentes de tránsito deberá implicar el uso de alcohol por encima del límite legal vigente.
7. Lesiones inferidas a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica solo para la cobertura de invalidez total y permanente por accidente de tránsito).

COD SBS N° AE1786100016

03/2018 - PENTAGRAF



SOLICITUD DE SEGURO ONCOLÓGICO CON RETORNO

ASEGURADO				
Nombres y Apellidos			Género	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Tipo de documento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE	N° de Documento	Fecha de Nacimiento	
Envío de comunicaciones	<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono		Detalle: _____	

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA COMERCIAL) Marcar con X el plan elegido				
	<input type="checkbox"/> Plan 1	<input type="checkbox"/> Plan 2	Frecuencia	Mensual
Prima Comercial	S/ 24.58	S/ 47.46	Lugar y forma de pago	Con cargo automático en su Tarjeta de Crédito Diners.
Prima Comercial + IGV	S/ 29.00	S/ 56.00		

Cargos por la intermediación de corredores de seguros: Ocho por ciento de la prima neta mensual.

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: No aplica

El pago efectuado por EL ASEGURADO, a EL COMERCIALIZADOR será considerado como pagado a LA COMPAÑÍA.

AUTORIZACIÓN DE CARGO (Cuando EL CONTRATANTE elija como 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 Tarjeta de Crédito, en favor de LA COMPAÑÍA:

Tipo de Tarjeta	Moneda de la cuenta	N° de Tarjeta
DINERS	<input type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares	
Nombre de Titular de la 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.

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS) (Marcar con una "X" su respuesta, según corresponda)

1. 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

2. ¿Padece, ha padecido o se encuentra en tratamiento por Cáncer en los últimos 10 años? SI / NO

En caso haya marcado la opción "SI" en la pregunta 2 deberá detallar la siguiente información:

Diagnóstico	Fecha de Diagnóstico	Estado*			Institución y Médico Tratante
		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> ST	
		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> ST	
		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> ST	

* Sano: S En tratamiento: T Sin tratamiento: ST

COD SBS N° AE1786100016

03/2018 - PENTAGRAF



SOLICITUD DE SEGURO ONCOLÓGICO CON RETORNO

ASEGURADO				
Nombres y Apellidos			Género	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Tipo de documento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE	N° de Documento		Fecha de Nacimiento
Envío de comunicaciones	<input type="checkbox"/> Dirección de domicilio		<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Teléfono
Detalle: _____				

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA COMERCIAL) Marcar con X el plan elegido				
	<input type="checkbox"/> Plan 1	<input type="checkbox"/> Plan 2	Frecuencia	Mensual
Prima Comercial	S/ 24.58	S/ 47.46	Lugar y forma de pago	Con cargo automático en su Tarjeta de Crédito Diners.
Prima Comercial + IGV	S/ 29.00	S/ 56.00		

Cargos por la intermediación de corredores de seguros: Ocho por ciento de la prima neta mensual.

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: No aplica

El pago efectuado por EL ASEGURADO, a EL COMERCIALIZADOR será considerado como pagado a LA COMPAÑÍA.

AUTORIZACIÓN DE CARGO (Cuando EL CONTRATANTE elija como 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 Tarjeta de Crédito, en favor de LA COMPAÑÍA:																			
Tipo de Tarjeta	Moneda de la cuenta				N° de Tarjeta														
DINERS	<input type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares																		
Nombre de Titular de la 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.

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS) (Marcar con una "X" su respuesta, según corresponda)					
1. 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 <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>					
2. ¿Padece, ha padecido o se encuentra en tratamiento por Cáncer en los últimos 10 años? SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>					
En caso haya marcado la opción "SI" en la pregunta 2 deberá detallar la siguiente información:					
Diagnóstico	Fecha de Diagnóstico	Estado*			Institución y Médico Tratante
		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> ST	
		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> ST	
		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> ST	

* Sano: S En tratamiento: T Sin tratamiento: ST

COD SBS N° AE1786100016

03/2016 - PENTA.GRAF



SOLICITUD DE SEGURO ONCOLÓGICO CON RETORNO

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

Con la firma del presente formato estarás brindando tu consentimiento libre, previo, expreso e informado, a favor de LA COMPAÑÍA, para que esta realice el tratamiento de tus datos personales, entendiéndose como éstos a toda aquella información referida a los datos que permitan identificarte o hacerte identificable por cualquier medio, así como a tus datos sensibles, (en adelante LOS DATOS), conforme a lo establecido en la Ley de . Protección de Datos personales y su Reglamento. La presente autorización implica además que LA COMPAÑÍA podrá:

- 1) Ofrecerte todo tipo de productos y/o servicios de seguros, financieros y demás que puedan resultar afines, inclusive a través de terceros nacionales y/o extranjeros, lo que podría significar el traslado de tu información fuera del país (flujo transfronterizo), pudiendo enviarte;
- 2) Compartir, entregar, trasladar y/o transferir LOS DATOS a las empresas que conforman su Grupo Económico, cuya relación se encuentra a tu disposición en la página web www.smv.gob.pe, así como, a sus socios comerciales, dentro o fuera del país (flujo transfronterizo), con la finalidad de que te ofrezcan sus productos y/o servicios, y adicionalmente puedan realizar campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado, servicios de recaudación, de custodia y/o almacenamiento, entre otros. En caso no autorices el tratamiento de tus datos, LA COMPAÑÍA se encontrará impedida de tratarlos, y sólo podrá utilizarlos para la ejecución del/los contrato/s celebrado/s con esta. LOS DATOS se mantendrán registrados en un Banco de Datos Personales de titularidad de LA COMPAÑÍA bajo altos estándares de seguridad y calidad en observancia de las disposiciones legales vigentes. Podrás revocar la autorización y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) en cualquier momento, para lo cual deberás presentar una solicitud escrita o completar los formularios puestos a tu disposición, en la Oficina Principal de LA COMPAÑÍA, ubicada en Av. Jorge Basadre N° 310, San Isidro. Recuerda que, para mayor información sobre la Política de Protección de Datos Personales, puedes ingresar a la página web www.creceseguros.pe.

No brindo mi consentimiento.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales y Particulares 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 COMERCIALIZADOR respectivamente, 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 expresamente a LA COMPAÑÍA a optar enviarme por medios electrónicos la Póliza del presente Seguro.
- He sido informado de los pasos para acceder a la póliza electrónica del presente Seguro que será enviada por LA COMPAÑÍA, los cuales son:
 - ✓ Ingresar a la página web de Crecer Seguros: www.creceseguros.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 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.
 - ✓ Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar la Póliza que desea revisar.
- En caso EL ASEGURADO sea una persona distinta al contratante de un seguro individual, la póliza de seguro electrónica se enviará también a EL ASEGURADO.
- He sido informado sobre (i) las ventajas y posibles riesgos asociados al envío del presente Seguro, por medios electrónicos; (ii) las medidas de seguridad que me corresponden aplicar y que (iii) a efectos de garantizar la autenticidad e integridad del presente Seguro; estos contarán con la firma electrónica del representante de la compañía y solo se podrá acceder a las mismas mediante el uso de una clave secreta y mi respectivo usuario en la página web de LA COMPAÑÍA.
- LA COMPAÑÍA comunicará al CONTRATANTE, 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, de conformidad con el Artículo 13° de la resolución 3199-2013.
- He sido informado y acepto que el domicilio que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones al ASEGURADO es el declarado en la presente solicitud de seguro.

Firma del asegurado

Lima, _____, de _____ 20__

SOLICITUD DE SEGURO ONCOLÓGICO CON RETORNO

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

Con la firma del presente formato estarás brindando tu consentimiento libre, previo, expreso e informado, a favor de LA COMPAÑÍA, para que esta realice el tratamiento de tus datos personales, entendiéndose como éstos a toda aquella información referida a los datos que permitan identificarte o hacerte identificable por cualquier medio, así como a tus datos sensibles, (en adelante LOS DATOS), conforme a lo establecido en la Ley de . Protección de Datos personales y su Reglamento. La presente autorización implica además que LA COMPAÑÍA podrá:

- 1) Ofrecerte todo tipo de productos y/o servicios de seguros, financieros y demás que puedan resultar afines, inclusive a través de terceros nacionales y/o extranjeros, lo que podría significar el traslado de tu información fuera del país (flujo transfronterizo), pudiendo enviarte;
- 2) Compartir, entregar, trasladar y/o transferir LOS DATOS a las empresas que conforman su Grupo Económico, cuya relación se encuentra a tu disposición en la página web www.smv.gob.pe, así como, a sus socios comerciales, dentro o fuera del país (flujo transfronterizo), con la finalidad de que te ofrezcan sus productos y/o servicios, y adicionalmente puedan realizar campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado, servicios de recaudación, de custodia y/o almacenamiento, entre otros. En caso no autorices el tratamiento de tus datos, LA COMPAÑÍA se encontrará impedida de tratarlos, y sólo podrá utilizarlos para la ejecución del/los contrato/s celebrado/s con esta. LOS DATOS se mantendrán registrados en un Banco de Datos Personales de titularidad de LA COMPAÑÍA bajo altos estándares de seguridad y calidad en observancia de las disposiciones legales vigentes. Podrás revocar la autorización y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) en cualquier momento, para lo cual deberás presentar una solicitud escrita o completar los formularios puestos a tu disposición, en la Oficina Principal de LA COMPAÑÍA, ubicada en Av. Jorge Basadre N° 310, San Isidro. Recuerda que, para mayor información sobre la Política de Protección de Datos Personales, puedes ingresar a la página web www.creceseguros.pe.

No brindo mi consentimiento.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales y Particulares 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 COMERCIALIZADOR respectivamente, 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 expresamente a LA COMPAÑÍA a optar enviarme por medios electrónicos la Póliza del presente Seguro.
- He sido informado de los pasos para acceder a la póliza electrónica del presente Seguro que será enviada por LA COMPAÑÍA, los cuales son:
 - ✓ Ingresar a la página web de Crecer Seguros: www.creceseguros.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 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.
 - ✓ Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar la Póliza que desea revisar.
- En caso EL ASEGURADO sea una persona distinta al contratante de un seguro individual, la póliza de seguro electrónica se enviará también a EL ASEGURADO.
- He sido informado sobre (i) las ventajas y posibles riesgos asociados al envío del presente Seguro, por medios electrónicos; (ii) las medidas de seguridad que me corresponden aplicar y que (iii) a efectos de garantizar la autenticidad e integridad del presente Seguro; estos contarán con la firma electrónica del representante de la compañía y solo se podrá acceder a las mismas mediante el uso de una clave secreta y mi respectivo usuario en la página web de LA COMPAÑÍA.
- LA COMPAÑÍA comunicará al CONTRATANTE, 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, de conformidad con el Artículo 13° de la resolución 3199-2013.
- He sido informado y acepto que el domicilio que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones al ASEGURADO es el declarado en la presente solicitud de seguro.

Firma del asegurado

Lima, _____, de _____ 20__

