

## SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN SALDO

### PARA LOS TIPOS DE CRÉDITO: PPD / CDD

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

#### Características del Seguro

DATOS DEL CONTRATANTE			
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)
DATOS DEL COMERCIALIZADOR			
Nombre o Razón social	Diners Club Perú S.A.	RUC	20100118760
Dirección	Av. Canaval y Moreyra 535		
Distrito	San Isidro	Provincia	Lima
Departamento	Lima	Teléfono	(01) 615-1111
ASEGURADO			
<p>Persona Natural que en sí 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.</p>			
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO			
<p>Para los créditos: PPD / CDD.            Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años.            Edad máxima de ingreso al seguro: 74 años y 364 días.            Edad máxima de permanencia: 79 años y 364 días.</p>			
MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)			
<p>Coberturas principales:            Saldo no pagado del capital, es decir, saldo de la deuda sin considerar intereses, moras, comisiones o gastos; a la fecha de ocurrencia del evento asegurado.            Monto máximo: S/ 120,000.</p>			
VIGENCIA DEL SEGURO			
<p><b>Inicio de vigencia:</b> Fecha del desembolso, en los términos indicados en el contrato financiero con el CONTRATANTE.  <b>Fin de vigencia:</b> 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.</p>			
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO) <sup>1</sup>			
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.</p> <p>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 <b>accidente</b> ocurrido durante la vigencia de este certificado, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente y que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza y que implique:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fractura incurable de la columna vertebral.</li> <li>Pérdida total de la visión de ambos ojos.</li> <li>Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos.</li> <li>Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.</li> <li>Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.</li> <li>Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie.</li> <li>Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.</li> </ol> <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</p>		

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”.

<sup>1</sup> Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.

### CLÁUSULAS ADICIONALES

El ASEGURADO tiene la facultad de contratar la(s) Cláusula(s) Adicional(es) indicada(s) en el presente documento, debiendo para ello brindar su expreso consentimiento: No aplica

### PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

**Prima comercial:** La prima comercial es única y se calcula como la sumatoria de los valores presentes del desgravamen por cada cuota, con una tasa de descuento anual del 2.5%, según lo establecido en el cronograma de pagos. El valor del desgravamen en cada cuota corresponde a la tasa prima mensual multiplicada por el saldo insoluto de capital a la fecha de cobro.

CRÉDITO	Tasa Prima Mensual	
	Asegurado Titular	Asegurado Titular y adicional
PPD / CDD	0.69%	No aplica

**Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor:** Cero punto cero uno por ciento del saldo deudor. J-0513

**Cargos por la comercialización de promotores de seguros:** No aplica.

**Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador:** No aplica.

**Cargos por recaudación de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador:** Cero punto cincuenta y nueve por ciento del saldo deudor.

**Bonificaciones / Premios / Utilidades u otros beneficios (en caso corresponda):** Sí aplica, detallados en el Condicionado Particular.

La prima comercial no incluye IGV cuando el comprobante es emitido a nombre de una Persona Natural residente en el Perú, las Pólizas de vida están inafectas de IGV. El cálculo de la prima comercial máxima a cobrar a EL ASEGURADO se basará en el equivalente a 24 meses, en caso corresponda de acuerdo a su cronograma de pagos, y para créditos mayores a 24 meses EL CONTRATANTE asumirá el pago de la prima por la diferencia del plazo hasta 36 meses. En caso de pago anticipado del crédito y solicitud de resolución del seguro, LA COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima no devengada con base al cálculo de la prima asumida por EL ASEGURADO.

**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 Creceer Seguros.

**Gastos administrativos:** No aplica.

### 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)	Ninguno.

### 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. 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 pero no limitando, 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 deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que implican 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 solo a la cobertura de invalidez total permanente).

**Exclusiones de las coberturas adicionales:**

La Compañía de Seguros no pagará el siniestro cuando este ocurra como consecuencia de las exclusiones antes indicadas aplicables para todas las coberturas y adicionalmente en los siguientes supuestos: No aplica.

**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 de más de: No aplica Declaración Personal de Salud.
- 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.
- 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.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO (incluido ASEGURADO ADICIONAL) y/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, autorizo para que, en caso, LA COMPAÑÍA decida su utilización, el Certificado y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus modificaciones o futuras renovaciones, puedan ser remitidas y/o puestas a mi disposición por vía electrónica. Para tal efecto, declaro haber sido informado por LA COMPAÑÍA que el Certificado será puesto a mi disposición bajo cualquiera de las modalidades siguientes:

- (i) por correo electrónico, incluyendo un Link donde podré visualizar el certificado en formato digital PDF,
- (ii) por correo electrónico, incluyendo un documento adjunto en PDF o
- (iii) dentro del plazo de 15 días de aprobado el seguro, acceder a la “Zona Clientes”, ubicada al lado derecho de la página principal de la web [www.crecerseguros.pe](http://www.crecerseguros.pe) y seguir lo siguientes paso:
  - 1) 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.
  - 2) Ingresar a la sección “Mis pólizas” y seleccionar el Certificado o la Póliza que desea revisar.

LA COMPAÑÍA garantiza la integridad y autenticidad del Certificado electrónico puesto a disposición del Asegurado conforme a la regulación establecida en la materia. En caso no se pueda acceder, abrir o leer el Certificado puesto a disposición, el ASEGURADO deberá informarlo a: [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe), o la Central Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440. 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 del Certificado 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 seguro, que contrato por medio de este documento.

LA COMPAÑÍA entregará los Certificados de la forma prevista en un plazo de quince (15) días desde que se suscribe la presente Solicitud; salvo que dentro del mismo plazo se comunique el rechazo o se requiera información adicional para evaluar el otorgamiento del seguro, en cuyo caso el plazo se extenderá, de conformidad con el Artículo 24 de la Resolución SBS 4143-2019.

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

Crecer Seguros con RUC Nro. 20600098633, situado en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro (en lo sucesivo, la Compañía), en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para la protección de los datos personales proporcionados a la Compañía, entendiéndose por estos a la información que permita identificarte o hacerte identificable a través de cualquier medio que razonablemente pueda emplearse, incluyendo aquellos que tengan la categoría de sensibles (en lo sucesivo, “Los Datos”).

“Los Datos” serán tratados por la Compañía para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios contratados, lo cual implicará la prestación de los servicios que a continuación se listan, los mismos que ante determinados supuestos resultarán necesarios para la ejecución del contrato que ha suscrito y que podrán ser brindados por terceras empresas domiciliadas en territorio nacional o

extranjero, cuya relación consta en la opción “Nuestros proveedores”<sup>1</sup> en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por La Compañía:

Centros de contacto telefónico	Atención médica
Notariales	Telecomunicaciones
Mensajería	Consultoría legal
Seguridad	Asistencia
Archivo y custodia de documentos	Plataformas tecnológicas
Auditoría y consultoría	Procesamiento de datos

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros<sup>2</sup>; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

I. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirte publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores” de su portal Web.

SI

NO

II. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico<sup>3</sup>, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI

NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado.

<sup>1</sup> <https://www.crecerseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

<sup>2</sup> **Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos**  
Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años

<sup>3</sup> **EMPRESA** **DIRECCION**  
Banco Pichincha Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores  
Diners Club Perú S.A. Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

Documento de identidad \_\_\_\_\_

Documento de identidad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**SOLICITANTE**

**FIRMANTE ADICIONAL DEL  
CRÉDITO**

Entidad Financiera	Agencia	Nombres y Apellidos del Funcionario	Correo electrónico del Funcionario
--------------------	---------	-------------------------------------	------------------------------------

extranjero, cuya relación consta en la opción “Nuestros proveedores”<sup>1</sup> en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por La Compañía:

Centros de contacto telefónico	Atención médica
Notariales	Telecomunicaciones
Mensajería	Consultoría legal
Seguridad	Asistencia
Archivo y custodia de documentos	Plataformas tecnológicas
Auditoría y consultoría	Procesamiento de datos

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros<sup>2</sup>; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario que consta en nuestro portal Web.

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

I. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirte publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores” de su portal Web.

SI

NO

II. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico<sup>3</sup>, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros.

SI

NO

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado.

<sup>1</sup> <https://www.crecerseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

<sup>2</sup> **Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos**  
Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años

<sup>3</sup> **EMPRESA** **DIRECCION**  
Banco Pichincha Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores  
Diners Club Perú S.A. Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

Documento de identidad \_\_\_\_\_

Documento de identidad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**SOLICITANTE**

**FIRMANTE ADICIONAL DEL  
CRÉDITO**

Entidad Financiera	Agencia	Nombres y Apellidos del Funcionario	Correo electrónico del Funcionario
--------------------	---------	-------------------------------------	------------------------------------