

SOLICITUD DE SEGURO – ONCO INDEMNIZATORIO

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

Características del Seguro

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
Razón social	Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros	RUC	20600098633
Dirección	Av. Jorge Basadre 310, Piso 2.	Distrito	San Isidro.
Provincia	Lima.	Departamento	Lima.
Teléfono	Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.	Correo electrónico	gestionalcliente@crecerseguros.pe
VIGENCIA DEL SEGURO			
Inicio de vigencia: Desde la fecha indicada en esta solicitud de este seguro.			
Fin de vigencia: Hasta la fecha en que se cumpla 1 año 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	Consejeros y Corredores de Seguros S.A.		
Dirección	Av. Javier Prado Este 488, int. 602 - San Isidro	Teléfono	(01) 200 4200
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO			
Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años.			
Edad máxima de ingreso al seguro: 64 años y 364 días.			
Edad máxima de permanencia: 69 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 BENEFICIARIO 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.</p> <p>Deberá tratarse de una pérdida o disminución que implique:</p> <ol style="list-style-type: none"> Fractura incurable de la columna vertebral. Pérdida total de la visión de ambos ojos. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro. 	<p>Suma asegurada: S/ 2,000</p> <p>Periodo de carencia: No aplica</p> <p>Deducible: No aplica</p>	
	<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</p>		

COD SBS N° AE1786100016

	<p>enmarcados dentro de la definición del artículo 1° de las Condiciones 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.</p> <p>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>	
--	---	--

COBERTURAS ADICIONALES DEL SEGURO

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
Indemnización por cáncer	<p>LA COMPAÑÍA pagará una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares y o Solicitud de Seguro, según corresponda, a EL ASEGURADO que 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.</p> <p>No se encuentra dentro de la cobertura de esta cláusula adicional, el diagnóstico de cáncer de piel, a excepción de los Melanomas Malignos invasivos.</p> <p>La presente cobertura quedará sin efecto en caso de fallecimiento de EL ASEGURADO, por cualquier causa diferente al hecho cubierto en esta cláusula adicional.</p> <p>El otorgamiento de la cobertura de la presente cláusula adicional no genera la extinción de la póliza principal, ni de la cláusula adicional de sobrevivencia, en caso esta última se hubiera contratado.</p>	<p>Suma Asegurada: S/ 22,000</p> <p>Periodo de carencia: 90 días</p> <p>Deducible: No aplica</p> <p>Eventos: 01 evento</p>

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA COMERCIAL SEGÚN PLAN ELEGIDO)

	<input type="checkbox"/> Plan Mensual	<input type="checkbox"/> Plan Anual	Frecuencia: Mensual o Anual según el plan elegido en esta Solicitud.
Prima Comercial	S/ 5.08	S/ 57.63	Lugar y forma de pago: Con cargo automático autorizado en la cuenta de ahorros de Caja Arequipa a nombre del Contratante.
Prima Comercial + IGV	S/ 6.00	S/ 68.00	

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: 10% de la prima neta / 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: 20% de la prima neta
En caso corresponda, los datos del COMERCIALIZADOR: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO AREQUIPA - 20100209641
El pago efectuado por EL CONTRATANTE, a EL COMERCIALIZADOR será considerado como pagado a LA COMPAÑÍA.

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 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 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, 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.

COD SBS N° AE1786100016

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).

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (Ley N° 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”¹ 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 seguros²; 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.

SOLICITUD DE SEGURO – ONCO INDEMNIZATORIO

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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 económico³, 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. Para más información revise nuestra política de privacidad publicada en www.creceseguros.pe.

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

² **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

EMPRESA	DIRECCIÓN
Banco Pichincha	Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
Diners Club Perú S.A.	Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro
Carsa	Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

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.
- LA COMPAÑÍA comunicará 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.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO 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, otorgo mi consentimiento para que, en caso la compañía decida su utilización, la presente Póliza y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus modificaciones o futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio, del uso de los datos de contacto autorizados en párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío del certificado electrónico:

- La Póliza 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.
- La integridad y autenticidad de la Póliza se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital) y su entrega se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
- Esta forma de envío tiene como ventajas que es inmediata, segura y, eficiente.

Entiendo que el uso indebido de la clave de mi 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: gestionalcliente@creceseguros.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 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.

COD SBS N° AE1786100016

SOLICITUD DE SEGURO – ONCO INDEMNIZATORIO

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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 económico³, 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. Para más información revise nuestra política de privacidad publicada en www.creceseguros.pe.

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

² **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

EMPRESA	DIRECCIÓN
Banco Pichincha	Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores
Diners Club Perú S.A.	Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro
Carsa	Av. República de Panamá Nro. 3647, San Isidro

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.
- LA COMPAÑÍA comunicará 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.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO 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, otorgo mi consentimiento para que, en caso la compañía decida su utilización, la presente Póliza y las comunicaciones relacionadas a esta, incluyendo sus modificaciones o futuras renovaciones, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en este documento, sin perjuicio, del uso de los datos de contacto autorizados en párrafo anterior, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío del certificado electrónico:

- La Póliza 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.
- La integridad y autenticidad de la Póliza se acreditará a través de un Certificado Digital (firma digital) y su entrega se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
- Esta forma de envío tiene como ventajas que es inmediata, segura y, eficiente.

Entiendo que el uso indebido de la clave de mi 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: gestionalcliente@creceseguros.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 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.

COD SBS N° AE1786100016

SOLICITUD DE SEGURO – ONCO INDEMNIZATORIO

DATOS DEL CONTRATANTE / SOLICITANTE											
Nombre											
Tipo y N° de Documento de Identidad											
Domicilio											
Distrito		Provincia				Departamento					
Correo electrónico											
Fecha de Nacimiento		/ /		Teléfono				Género		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Datos del ASEGURADO (En caso sea persona distinta al Contratante): El Asegurado es el Contratante del presente seguro.											
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 Cuenta Bancaria / Tarjeta de Crédito/Tarjeta Débito, en favor de LA COMPAÑÍA:											
Tipo de Cuenta / Tarjeta		Moneda de la cuenta				N° de Cuenta / Tarjeta					
		<input checked="" type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares									
Nombre de Titular de la Cuenta / Tarjeta											
El cargo automático se efectuará a partir de las 24 horas/días 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 el 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 INFORMACIÓN 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? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> 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				
				<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											
BENEFICIARIOS (Aplica solo para Cobertura Principal)											
Apellidos y Nombres (*)		DNI/CE (*)		Porcentaje		Parentesco / Vínculo		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.											

COD SBS N° AE1786100016

Firma del solicitante/Asegurado

_____ , _____ de _____ 20_____

SOLICITUD DE SEGURO – ONCO INDEMNIZATORIO

DATOS DEL CONTRATANTE / SOLICITANTE											
Nombre											
Tipo y N° de Documento de Identidad											
Domicilio											
Distrito		Provincia				Departamento					
Correo electrónico											
Fecha de Nacimiento		/ /		Teléfono		Género		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
Datos del ASEGURADO (En caso sea persona distinta al Contratante): El Asegurado es el Contratante del presente seguro.											
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 Cuenta Bancaria / Tarjeta de Crédito/Tarjeta Débito, en favor de LA COMPAÑÍA:											
Tipo de Cuenta / Tarjeta		Moneda de la cuenta		N° de Cuenta / Tarjeta							
		<input checked="" type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares									
Nombre de Titular de la Cuenta / Tarjeta											
El cargo automático se efectuará a partir de las 24 horas/días 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 el 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 INFORMACIÓN 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? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> 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				
				<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											
BENEFICIARIOS (Aplica solo para Cobertura Principal)											
Apellidos y Nombres (*)		DNI/CE (*)		Porcentaje		Parentesco / Vínculo		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.											

COD SBS N° AE1786100016

Firma del solicitante/Asegurado

_____ de _____ 20____