



SCS-0005-001

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO DINERS

Moneda solicitada	<input checked="" type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares	Fecha (dd-mm-aa)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------	--	------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tipo de tarjeta de crédito solicitada (marcar con una "X")

<input type="checkbox"/> Socio Diners Club	<input type="checkbox"/> Socio Diners Club Miles
<input type="checkbox"/> Socio Diners Club Miles Special Edition	<input type="checkbox"/> Socio Carte Blanche

Apellido paterno del solicitante	Apellido materno del solicitante
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre(s) del solicitante	Tipo de documento	Nº documento
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E.	<input type="text"/>

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen Tarjeta de Crédito de Creceer Seguros.
- He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de la Tarjeta de crédito.
- He decidido solicitar el Seguro de Desgravamen Tarjeta de Crédito de Creceer Seguros.
- Declaro conocer que la presente Solicitud-Certificado ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Creceer Seguros.
- Declaro haber sido informado que esta Solicitud-Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro.
- Autorizo expresamente a Creceer 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.
- He sido informado y acepto que: el domicilio que Creceer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones, será el consignado ante la Entidad Financiera para los efectos del Contrato de Tarjeta de Crédito.

El asegurado firma la presente Solicitud-Certificado que consta de 6 páginas.

Firma del solicitante	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------


 Gerente General


 Gerente Comercial

Nombres y Apellidos del Vendedor Correo electrónico del Vendedor

COD SBS N° VI1787400003

01/2019 - PENTAGRAF



SCS-0005-001

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO DINERS

Moneda solicitada	<input checked="" type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares	Fecha (dd-mm-aa)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
--------------------------	--	-------------------------	--

Tipo de tarjeta de crédito solicitada (marcar con una "X")	
<input type="checkbox"/> Socio Diners Club <input type="checkbox"/> Socio Diners Club Miles Special Edition	<input type="checkbox"/> Socio Diners Club Miles <input type="checkbox"/> Socio Carte Blanche

Apellido paterno del solicitante	Apellido materno del solicitante

Nombre(s) del solicitante	Tipo de documento	Nº documento
	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E.	

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
<ul style="list-style-type: none"> He sido informado sobre las principales características del Seguro de Desgravamen Tarjeta de Crédito de Crecer Seguros. He sido informado de la alternativa de endosar un seguro de vida particular para el otorgamiento de la Tarjeta de crédito. He decidido solicitar el Seguro de Desgravamen Tarjeta de Crédito de Crecer Seguros. Declaro conocer que la presente Solicitud-Certificado ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada por el asegurado a Crecer Seguros. Declaro haber sido informado que esta Solicitud-Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro. 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. He sido informado y acepto que: el domicilio que Crecer Seguros utilizará para remitirme comunicaciones, será el consignado ante la Entidad Financiera para los efectos del Contrato de Tarjeta de Crédito.

El asegurado firma la presente Solicitud-Certificado que consta de 6 páginas.

Firma del solicitante	
------------------------------	--



Gerente General



Gerente Comercial

Nombres y Apellidos del Vendedor

Correo electrónico del Vendedor

SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO DINERS

Póliza N° 0000000031

Certificado

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

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR			
Contratante	El emisor de la Tarjeta de Crédito Diners	RUC	20100105862
Dirección	Av. Ricardo Palma 278		
Distrito	Miraflores	Provincia	Lima
Departamento	Lima	Teléfono	(01) 6151111
ASEGURADO			
Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos según la póliza. Los datos personales del asegurado son los mismos que se consignan en el Contrato de Tarjeta de Crédito firmado con la Entidad Financiera.			
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL SEGURO			
Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años. Edad máxima de ingreso al seguro: 74 años y 364 días. Edad máxima de permanencia en el seguro: 79 años y 364 días.		*Si usted supera las edades máximas indicadas, también podrá solicitar un seguro de este ramo. En ese caso, Creceer Seguros efectuará la evaluación de su riesgo y la tarificación individual de la prima a pagar.	
VIGENCIA DEL SEGURO			
Inicio de vigencia: Fecha de otorgamiento de la línea de crédito, con la firma del Contrato de Tarjeta de Crédito.			
Fin de vigencia: Fecha de resolución del Contrato de Tarjeta de Crédito, fecha en la que el asegurado cumple la edad máxima de permanencia del seguro o fecha en la que ocurre un evento asegurado; lo que ocurra primero.			
EVENTOS ASEGURADOS (COBERTURAS DEL SEGURO) ¹			
Muerte Natural	Fallecimiento de un asegurado por causas naturales.		
Muerte Accidental	Fallecimiento de un asegurado por causas accidentales.		
Invalidéz 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 de seis (6) meses.</p> <p>También cubre las ITP que ocurran como consecuencia de un accidente que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza que implique:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fractura incurable de la columna vertebral. 2. Pérdida total de la visión de ambos ojos. 3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos. 4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies. 5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna. 6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie. 7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro. <p>La invalidez debe estar sustentada por un Dictamen o Certificado Médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).</p> <p>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), 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>		
¹ Las coberturas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro. No aplican deducibles, franquicias o similares. Importante: este seguro presenta obligaciones a cargo del asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho			

COD SBS N° VI1787400003

01/2019 - PENTAGRAF

MONTO DEL SEGURO (SUMA ASEGURADA)

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. Hasta un máximo de: Socio Diners Club: S/ 30,000 / Socio Diners Club Miles: S/ 30,000 / Socio Diners Club Miles Special Edition: S/ 30,000 / Socio Carte Blanche: S/ 50,000.

BENEFICIARIOS

Beneficiario	El emisor de la Tarjeta de Crédito Diners, por el saldo insoluto de la deuda del asegurado a la fecha de ocurrencia del evento asegurado (sin intereses, ni moras, comisiones o gastos).
Beneficiario(s) adicional(es)	Ninguno.

PRECIO DEL SEGURO (PRIMA)

Prima comercial: La prima comercial corresponde a un monto fijo que se encuentra detallado en el estado de cuenta de la tarjeta de crédito. No incluye TCEA.

Tipo de Tarjeta de Crédito	Prima Cliente (incluye derecho de emisión)
Socio Diners Club	S/ 8.50
Socio Diners Club Miles	S/ 8.50
Socio Diners Club Miles Special Edition	S/ 8.90
Socio Carte Blanche	S/ 7.00

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

Frecuencia, lugar y forma de pago: Mensual, siempre que se haya usado la Tarjeta de Crédito o que exista saldo de capital pendiente de pago. La prima será cargada a la Tarjeta de Crédito del asegurado, según las condiciones pactadas al momento de suscribir el contrato de Tarjeta de Crédito. Los pagos de la cuota mensual efectuados por el asegurado al Comercializador serán considerados como pagados a Creceer Seguros.

EVENTOS NO ASEGURADOS (EXCLUSIONES)

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

1. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento del asegurado.
2. **Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
3. **Participación directa o indirecta del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.**
4. **Participación directa o indirecta del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.**
5. **Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que 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 incapacidad total).**

¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUNA CONSULTA SOBRE EL SEGURO?

Las consultas y reclamos deberán presentarse a Creceer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@creceerseguros.pe. Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

COD SBS N° V11787400003

01/2019 - PENTAGRAF

¿QUÉ HACER SI SE PRESENTA UN SINIESTRO?

El asegurado, el beneficiario o un tercero deberá comunicar a Creceer Seguros la ocurrencia del evento asegurado (siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de atención de socios Diners (Av. Enrique Canaval y Moreyra 535) o podrá comunicarse con Creceer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@creceerseguros.pe.

Para solicitar el pago del siniestro, se tendrá que presentar en las oficinas del Comercializador o de Creceer Seguros los siguientes documentos obligatorios según el caso²:

Documentos Obligatorios	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Enfermedad	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	✓	✓		
Partida o Acta de Defunción (original o copia simple).	✓	✓		
Certificado de Necropsia ³ (original o certificación de reproducción notarial).		✓		
Protocolo de Necropsia ³ (copia simple).		✓		
Atestado Policial completo ³ (copia simple).		✓		✓
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ³ (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial).		✓		✓
Dictamen o Certificado Médico de Invalidez emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSa), que indique el porcentaje de invalidez y señale si es total permanente, en original o certificación de reproducción notarial.			✓	✓
Original o copia simple de Estado de cuenta de la Tarjeta de Crédito, a la fecha de la ocurrencia del siniestro (emitido por la Entidad financiera).	✓	✓	✓	✓

² Creceer Seguros podrá solicitar la información adicional que considere necesaria para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser solicitados dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo para liquidar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

³ Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

Creceer Seguros atenderá la solicitud de pago de siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde la entrega de la documentación completa, salvo que el consentimiento del siniestro requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL ASEGURADO o beneficiario, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

¿QUÉ PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA RESPUESTA DADA POR CRECEER SEGUROS A MI SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO, QUEJA O RECLAMO?

Para la atención de consultas y denuncias podrá acudir a la SBS. Para la solución de controversias, podrá acercarse a la Defensoría del Asegurado, Indecopi, la vía judicial o la vía arbitral:

Defensoría del Asegurado <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307, piso 9, San Isidro, Lima. • Página Web: www.defaseg.com.pe • Telefax: (01) 4210614 	SBS (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP) <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima. • Página Web: www.sbs.gob.pe • Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)
INDECOPI (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual) <ul style="list-style-type: none"> • Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima. • Página Web: www.indecopi.gob.pe • Teléfono: (01) 2247800 	Vía Judicial En los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley. Vía Arbitral Siempre que las partes lo pacten de acuerdo a Ley.

¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS CUALES PUEDE TERMINAR MI CERTIFICADO DE SEGURO ANTES DE FINALIZAR SU VIGENCIA?

La Solicitud-Certificado puede terminar antes de finalizar su vigencia por las siguientes razones (Artículo N° 15 de las Condiciones Generales):

I. Causales de resolución:

- a) Incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 12 y en el Artículo N° 15 (inciso a, numeral 1) de las Condiciones Generales.
- b) Rechazo o falta de pronunciamiento del asegurado a la revisión de la Solicitud-Certificado efectuada por Creceer Seguros, debido a una declaración inexacta o reticente que no obedece a dolo o culpa inexcusable. Según lo señalado en el Artículo N° 14 y en el Artículo N° 15 (inciso a, numeral 2) de las Condiciones Generales.
- c) Presentación de una solicitud de pago de un siniestro fraudulento, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso a, numeral 3) y el Artículo N° 18 de las Condiciones Generales.
- d) Ejercicio por parte del asegurado de su derecho de resolver la Solicitud-Certificado sin expresión de causa, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso a, numeral 4) de las Condiciones Generales.
- e) Resolución de la Póliza por parte del Contratante, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso a) de las Condiciones Generales.

II. Causales de nulidad:

- a) Declaración inexacta o reticente por dolo o culpa inexcusable, según lo señalado en el Artículo N° 14 y en el Artículo N° 15 (inciso c, numeral 1) de las Condiciones Generales.
- b) Declaración inexacta de la edad a la fecha de contratación del seguro: el asegurado superaba la edad máxima de ingreso. Según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso c, numeral 2) de las Condiciones Generales.
- c) Ausencia de interés asegurable, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso c, numeral 3) de las Condiciones Generales.
- d) Ocurrencia del siniestro o imposibilidad de ocurrencia del mismo a la fecha de contratación del seguro, según lo señalado en el Artículo N° 15 (inciso c, numeral 4) de las Condiciones Generales.

III. Causales de extinción:

- a) Por mora en el pago de la prima por noventa (90) días sin que Creceer Seguros haya requerido su pago, según lo señalado en el Artículo N° 12 y en el Artículo N° 15 (inciso b, numeral 4) de las Condiciones Generales.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por el asegurado al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de Seguro, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a Creceer Seguros.
- El asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro al Comercializador o a Creceer Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.
- **Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a Creceer Seguros los hechos o circunstancias que agraven el riesgo.**
- Creceer Seguros podrá modificar las condiciones del Contrato de Seguro durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE. Este tiene un plazo de treinta (30) días desde que le fueron comunicados los cambios para analizar la propuesta y tomar una decisión. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera resolución del Contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.
- Creceer Seguros es única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas. Por ello se hace responsable por los errores u omisiones que incurra el Comercializador en la comercialización. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
- **El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.**

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

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

1. EL ASEGURADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción del presente documento, que:

- (i) Los datos personales y sensibles (inclusive información de salud) que proporciona quedan incorporados en el banco de datos de LA COMPAÑÍA, la cual utilizará dicha información para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (procesamiento de datos, aprobaciones de cobertura, formalizaciones contractuales, remisión de correspondencia, entre otros tratamientos necesarios para la ejecución de la relación contractual y/o el procesamiento de la solicitud del producto y/o servicio); y
- (ii) Para la evaluación y gestión mencionada en (i), sus datos personales podrán ser transferidos y/o encargados a terceros (vinculados o no vinculados) a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de dicha información en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud.

EL ASEGURADO reconoce que el tratamiento de sus datos personales tal como se establece en este punto es necesario para la aprobación y/o gestión de los productos solicitados.

LA COMPAÑÍA se compromete a guardar la confidencialidad y dar un tratamiento seguro a los datos personales que recibe, y se asegurará de que los terceros a quienes transfiera los mismos se ajusten igualmente a tales deberes.

2. EL ASEGURADO autoriza en forma libre, expresa, informada e inequívoca a LA COMPAÑÍA, para que utilice sus datos personales y sensibles (incluye información de salud) para el desarrollo de sus actividades empresariales, tales como:

- (i) Campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado y cualquier otro uso referido a los productos y/o servicios presentes y futuros que ofrece LA COMPAÑÍA, distintos a los contratados como consecuencia de la celebración del presente documento. La autorización comprende además - siempre dentro de las actividades que desarrolla LA COMPAÑÍA - la posibilidad de transferir la información a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de los datos personales de EL ASEGURADO en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud; y
- (ii) Transferencia de datos personales y sensibles de EL ASEGURADO a otras empresas del grupo económico al que pertenece LA COMPAÑÍA, y a sus socios comerciales, con la finalidad de que cada uno de ellos puedan informarle de los distintos productos y servicios que ofrecen.

3. Se establece que la autorización detallada en el numeral 2 precedente es facultativa para EL ASEGURADO, es decir, el otorgamiento de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados en el presente documento no se encuentra condicionado a la obtención de dicho consentimiento; en consecuencia, si EL ASEGURADO no desea otorgarlo, únicamente deberá marcar el casillero correspondiente al final del presente formulario, de conformidad con lo previsto en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley No. 29733) y su Reglamento (Decreto Supremo No. 003-2013-JUS). En caso EL ASEGURADO suscriba el presente documento sin negarse a otorgar su consentimiento, se reafirma la autorización brindada en el numeral 2 de la presente cláusula. Adicionalmente, EL ASEGURADO se encuentra facultado a ejercer, en cualquier momento, los derechos previstos en dichas normas (información, acceso, rectificación, oposición y cancelación, respecto de la utilización de sus datos), para ello, EL ASEGURADO podrá presentar su solicitud mediante comunicación escrita en cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA.

No autorizo el tratamiento de mis datos personales previsto en el numeral 2

