

**CONDICIONES GENERALES  
CRECE EMPRENDEDOR**



## CONDICIONES GENERALES – CRECE EMPRENDEDOR

### TABLA DE CONTENIDO

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES .....	2
ARTÍCULO N° 2: DISPOSICIONES GENERALES .....	4
ARTÍCULO N° 3: OBJETO DEL SEGURO .....	4
ARTÍCULO N° 5: COBERTURAS .....	5
ARTÍCULO N° 6: EXCLUSIONES.....	5
ARTÍCULO N° 7: TITULAR DE LA PÓLIZA.....	6
ARTÍCULO N° 8: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO.....	6
ARTÍCULO N° 9: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO .....	6
ARTÍCULO N° 10: VIGENCIA DEL SEGURO .....	6
ARTÍCULO N° 11: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO .....	6
ARTÍCULO N° 12: MONEDA.....	7
ARTÍCULO N° 13: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO.....	7
ARTÍCULO N° 14: REHABILITACIÓN .....	8
ARTÍCULO N° 15: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.....	8
ARTÍCULO N° 16: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO .....	9
ARTÍCULO N° 17: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO .....	11
ARTÍCULO N° 18: PAGO DE SINIESTRO .....	12
ARTÍCULO N° 19: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTO.....	12
ARTÍCULO N° 20: IMPUESTOS .....	13
ARTÍCULO N° 21: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA.....	13
ARTÍCULO N° 22: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS .....	13
ARTÍCULO N° 23: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS .....	14
ARTÍCULO N° 24: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO .....	14
ARTÍCULO N° 25: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES .....	15
ARTÍCULO N° 26: COPIA DE LA PÓLIZA.....	15
ARTÍCULO N° 27: AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA .....	15
ARTÍCULO N° 28: AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA .....	15
ARTÍCULO N° 29: PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES .....	16
ARTÍCULO N° 30: REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA .....	17

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la presente Póliza bajo los siguientes términos y condiciones:

## ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES

**Accidente:** Todo suceso externo, imprevisto, súbito, violento y ajeno a la intencionalidad de EL ASEGURADO, que le ocasione una o más lesiones corporales. No se considera como accidente a sucesos que sean consecuencia de: ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.

**Asegurado:** Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos según la Póliza.

**Beneficiario:** Persona Natural o Persona Jurídica que tiene derecho a cobrar la suma asegurada tras la ocurrencia del siniestro en las proporciones señaladas en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado.

**Certificado de Seguro:** Documento de la Póliza que certifica la incorporación de EL ASEGURADO a una Póliza grupal o colectiva.

**Cobertura:** Riesgo(s) cubierto(s) por la Póliza de seguro.

**Comercializador:** Persona Natural o Jurídica que ofrece los seguros de la COMPAÑÍA a través de su(s) canal(es) de venta. Para este efecto, se celebra con ella un Contrato de Comercialización.

**Corredor:** Persona Natural o Jurídica que por cuenta del potencial ASEGURADO intermedia en la celebración del Contrato de Seguro.

**Condiciones Generales:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por LA COMPAÑÍA que rigen una determinada modalidad o producto de seguros.

**Condiciones Especiales:** Conjunto de estipulaciones que tiene por objeto ampliar, reducir, aclarar o en general, modificar el contenido de las Condiciones Generales o Particulares.

**Condiciones Particulares:** Estipulaciones que especifican aspectos concretos relativos al riesgo individualizado que se asegura. Por ejemplo: nombre y domicilio de las partes contratantes, suma asegurada, importe de la prima, vigencia del contrato, entre otros.

**Contratante:** Entidad Financiera de la que es cliente el solicitante de seguro. Se encuentra identificado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

**Culpa inexcusable:** Actitud descuidada, negligente o imprudente de EL ASEGURADO por la cual no cumple con alguna de las obligaciones establecidas en la Póliza.

**Deducible:** Cantidad o porcentaje o periodo de tiempo establecido en la Póliza, que debe de superarse para que se pague un siniestro. EL ASEGURADO asume la responsabilidad por el pago correspondiente al deducible; es decir, ante la ocurrencia de un siniestro, LA COMPAÑÍA paga la suma asegurada descontando el deducible.

**Días:** Días calendario, salvo que se indique lo contrario.

**Endoso:** Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO. Surte efecto una vez suscrito y/o aprobado por LA COMPAÑÍA y/o EL CONTRATANTE, según corresponda.

**Exclusiones:** Circunstancias o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro, pero que no están cubiertas por la Póliza.

**Incapacidad Total Temporal (ITT) por Accidente:** Consiste en la pérdida o disminución de las funciones físicas o intelectuales de EL ASEGURADO por accidente que le impide ejecutar las tareas propias de su profesión o actividad económica. Esta condición requiere de descanso médico recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud como parte del tratamiento que recibe EL ASEGURADO para su recuperación. Es así que su certificación es la consecuencia de un acto médico, realizado de acuerdo con las normas legales peruanas y se considera como una prescripción médica. Esta incapacidad implica que si EL ASEGURADO continúa con sus actividades profesionales normales, repercutiría negativamente sobre la evolución favorable de su condición, tratamiento y recuperación.

**Interés Asegurable:** Deseo sincero que existe al momento de celebrar el Contrato de Seguro y durante toda su vigencia, de que no se materialice ninguno de los riesgos cubiertos, ya que ello le originaría un perjuicio económico.

**La Compañía:** Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros.

**Medios electrónicos:** Uso de equipos electrónicos para la transmisión, procesamiento y almacenamiento de la información.

**Periodo de carencia:** Periodo comprendido entre el momento inicial en que se formaliza una Póliza y una fecha posterior predeterminada por la aseguradora, durante el cual todavía no surten efecto las coberturas previstas en la Póliza.

**Póliza:** Contrato de Seguro suscrito entre LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE. Está compuesto por las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos, Anexos, Solicitud de Seguro, Declaración Personal de Salud y Certificado de Seguro.

**Póliza de seguro electrónica:** Es la versión digital de la Póliza de seguro, regulada por la Ley de Contrato de Seguro y demás normas vigentes, y que es transmitida y almacenada en medios electrónicos.

**Prima Comercial:** Valor monetario determinado por LA COMPAÑÍA en contraprestación por las coberturas otorgadas en la Póliza. Es el precio del seguro.

**Reticencia:** Omitir declarar estados, hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO y que hubiesen impedido la celebración del contrato o podido modificar las condiciones de la Póliza.

**Riesgo:** Se admite dos acepciones del término Riesgo. La primera como suceso futuro e incierto cuya materialización da origen a la obligación de indemnización de LA COMPAÑÍA contenida en la presente Póliza, siempre que se encuentre bajo la cobertura de la misma. La segunda como la materia asegurada u objeto de seguro.

**Seguro grupal o colectivo:** Modalidad de seguro que se caracteriza por cubrir, mediante un solo contrato, a múltiples asegurados que integran una colectividad.

**Siniestro:** Materialización de un riesgo cubierto por la Póliza de seguro.

**Suma asegurada:** Monto que otorga LA COMPAÑÍA a favor de EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO en caso de siniestro. Se encuentra detallada en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Seguro.

## **ARTÍCULO N° 2: DISPOSICIONES GENERALES**

Esta Póliza sólo podrá ser suscrita o modificada por los representantes de LA COMPAÑÍA.

## **ARTÍCULO N° 3: OBJETO DEL SEGURO**

LA COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de una prima y en caso de que se produzca un siniestro objeto de cobertura, a pagar la suma asegurada correspondiente dentro de los límites pactados, según lo estipulado en la Póliza.

## **ARTÍCULO N° 4: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA**

La Póliza de seguro contiene los siguientes documentos:

1. Endosos o Adendas.
2. Condiciones Especiales.
3. Condiciones Particulares.
4. Condiciones Generales.
5. Solicitud de Seguro.

Se precisa que los documentos indicados se encuentran ordenados por jerarquía e importancia. En caso de que exista alguna contradicción o discrepancia al momento de aplicar lo establecido en la Póliza, los documentos que se encuentran primero prevalecen y modifican a los que les siguen, según la numeración presentada.

## **ARTÍCULO N° 5: COBERTURAS**

Los riesgos que están cubiertos por esta Póliza son la muerte (natural y accidental) y la incapacidad total temporal por accidente. LA COMPAÑÍA solo otorgará un beneficio por ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza, de modo que la ocurrencia de un siniestro determina el fin de la relación contractual.

En caso de que ocurra un siniestro, LA COMPAÑÍA otorgará el beneficio asegurado a EL ASEGURADO o a EL BENEFICIARIO, siempre que se cumpla con todos los términos y condiciones establecidos en la Póliza.

a) Muerte natural

Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza, con las prestaciones o hasta el límite del beneficio especificado en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro.

b) Muerte accidental

Se cubre la muerte de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza, con las prestaciones o hasta el límite del beneficio especificado en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro.

c) Incapacidad total temporal por accidente:

Se cubre la ITT de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza. El beneficio se otorgará en forma de renta, hasta el límite especificado en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro.

## **ARTÍCULO N° 6: EXCLUSIONES**

**LA COMPAÑÍA no pagará el siniestro cuando la muerte (natural o accidental) o la incapacidad total temporal 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 de EL ASEGURADO.**
- 2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
- 3. Participación directa o indirecta de EL ASEGURADO en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.**
- 4. Participación directa o indirecta de EL BENEFICIARIO en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito. Esta exclusión no aplicará para la cobertura de muerte.**

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 (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 a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de incapacidad total).**

#### **ARTÍCULO N° 7: TITULAR DE LA PÓLIZA**

Todos los derechos y obligaciones señaladas bajo esta Póliza y que no pertenecen a LA COMPAÑÍA, estarán reservados a EL CONTRATANTE o a EL ASEGURADO, a menos que se señale que corresponden a EL BENEFICIARIO.

#### **ARTÍCULO N° 8: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO**

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a cualquier Persona Natural, residente en el Perú, que cumpla con los siguientes requisitos de asegurabilidad: edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia. Los requisitos de asegurabilidad se encuentran establecidos en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar al ASEGURADO o al BENEFICIARIO que acredite la su edad de EL ASEGURADO a través de un documento oficial, antes de pagar un siniestro cubierto por la Póliza.

#### **ARTÍCULO N° 9: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO**

La Póliza ha sido emitida por LA COMPAÑÍA sobre la base de las declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO al momento de solicitar el seguro. LA COMPAÑÍA se basa en la veracidad y exactitud de dichas declaraciones para definir los términos y condiciones del Certificado de Seguro que se emitirá al ASEGURADO.

#### **ARTÍCULO N° 10: VIGENCIA DEL SEGURO**

Las fechas de inicio y de fin de vigencia de la Póliza se indican en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro. La cobertura comienza a las 00:00 horas del día en que se inicia la vigencia y culmina a las 24:00 horas del último día de la vigencia, siempre que se cumplan los términos y condiciones estipulados en la Póliza.

#### **ARTÍCULO N° 11: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

**Cuando el seguro haya sido adquirido a través de EL COMERCIALIZADOR, promotor de venta o fuera de los establecimientos de LA COMPAÑÍA o del corredor, EL ASEGURADO podrá resolver el Certificado de Seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes de recibido el Certificado**

de Seguro. Es así que, se deberá comunicar la decisión a LA COMPAÑÍA utilizando los medios, lugar y forma en los que se contrató el seguro. Si EL ASEGURADO resuelve el Certificado de Seguro conforme a lo antes indicado, LA COMPAÑÍA devolverá la prima que hubiese sido recibida, sin intereses y sin aplicar ningún tipo de penalidad.

#### **ARTÍCULO N° 12: MONEDA**

El monto de la prima a pagar, la(s) suma(s) asegurada(s) y demás valores indicados en esta Póliza se expresarán en moneda nacional o en moneda extranjera, según lo que se especifique en el Certificado.

#### **ARTÍCULO N° 13: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO**

La prima es la contraprestación de EL ASEGURADO por la cobertura que presta LA COMPAÑÍA. En este tipo de seguro, se deberá pagar la prima según el monto, frecuencia, lugar y forma de pago indicados en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro. No obstante, LA COMPAÑÍA no puede rechazar el pago de la prima ofrecido o efectuado por personas distintas a EL ASEGURADO.

El COMERCIALIZADOR se encargará de recaudar la prima de EL ASEGURADO, a través del canal que se defina para ese fin y que se señala en las Condiciones Particulares y/o Certificado. Todo pago que se haga al COMERCIALIZADOR se entiende como recibido por LA COMPAÑÍA.

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación; siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, LA COMPAÑÍA deberá comunicar de manera cierta a EL ASEGURADO y a EL CONTRATANTE sobre el incumplimiento del pago de la prima, así como sobre el plazo del que dispone para pagar antes que se le suspenda la cobertura del seguro. Dicha comunicación se realizará de forma directa o a través del COMERCIALIZADOR, a la dirección consignada en la Solicitud de Seguro. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura; se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

Si la cobertura se encuentra suspendida por incumplimiento de pago, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver el Certificado de Seguro. Para tal efecto, comunicará por escrito a EL ASEGURADO su decisión de resolver el Certificado por falta de pago de prima, con treinta (30) días calendario de anticipación, contados desde que EL ASEGURADO recibe tal comunicación; pasados los cuales operará la resolución. Una vez resuelto LA COMPAÑÍA deberá notificar la resolución a EL CONTRATANTE.



**Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en el Certificado para el pago de la prima, se entiende que el Certificado queda extinto.**

**En caso de resolución o extinción, LA COMPAÑÍA podrá realizar la cobranza de una o más cuotas impagas, incluyendo los gastos de cobranza debidamente sustentados y/o intereses generados por el incumplimiento, a través de un proceso judicial o arbitral.**

#### **ARTÍCULO N° 14: REHABILITACIÓN**

La cobertura de seguro que se encuentre suspendida podrá ser rehabilitada por LA COMPAÑÍA siempre y cuando EL ASEGURADO realice el pago total de las cuotas vencidas. Con el pago total de las cuotas vencidas, la cobertura se rehabilitará a partir de las cero (00:00) horas del día siguiente al que se efectuó el pago.

La cobertura de seguro que se encuentre suspendida podrá ser rehabilitada únicamente si LA COMPAÑÍA no ha comunicado su deseo de resolver la Póliza o si esta última no se ha extinguido.

#### **ARTÍCULO N° 15: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE**

Según lo indicado en el Artículo N° 9 de las presentes Condiciones Generales, los términos y condiciones de la Póliza se definen basándose en la veracidad y exactitud de las declaraciones de EL ASEGURADO. Si las declaraciones mencionadas fueran inexactas o reticentes, es probable que LA COMPAÑÍA hubiera definido condiciones diferentes bajo conocimiento del verdadero estado del riesgo declarado. Es por ello, que LA COMPAÑÍA tiene derecho a declarar la nulidad del Certificado, siempre y cuando haya habido dolo o culpa inexcusable, como se señala en el Artículo N° 16 de este documento.

Si la declaración inexacta o reticente no obedece a dolo o culpa inexcusable de EL ASEGURADO y no han transcurrido dos años desde la celebración del contrato, se pueden producir las siguientes situaciones:

1. Si no ha ocurrido ningún siniestro: LA COMPAÑÍA podrá presentar una propuesta de revisión del Certificado en lo referente a un ajuste de primas y/o de cobertura, en un plazo de treinta (30) días desde la fecha en que se constató la declaración inexacta o reticente. EL ASEGURADO deberá aceptar o rechazar la propuesta en un plazo máximo de diez (10) días desde que le fue hecha. Si no se pronuncia o rechaza la propuesta, LA COMPAÑÍA podrá resolver el Certificado comunicándoselo a EL ASEGURADO dentro de los treinta (30) días siguientes a los diez (10) días antes mencionados. La resolución del certificado deberá ser informada luego a EL CONTRATANTE.
2. Si ha ocurrido algún siniestro: LA COMPAÑÍA reducirá el monto del pago del siniestro en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la prima que se debió aplicar si se hubiera conocido el verdadero estado del riesgo declarado.

**ARTÍCULO N° 16: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO****a) Causales de resolución**

El Certificado se resolverá en cualquiera de los siguientes escenarios, previa notificación a EL ASEGURADO:

1. Por incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 13 de las presentes Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo anterior a la suspensión de la cobertura.
2. Por ejercicio del derecho de arrepentimiento, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 11 de las presentes Condiciones Generales; devolviéndosele a EL ASEGURADO que ejercita este derecho la prima recibida sin intereses.
3. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte de EL ASEGURADO sobre la propuesta de revisión del Certificado efectuada por LA COMPAÑÍA, en caso de declaración inexacta o reticente que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, según lo indicado en el Artículo N° 15 de las presentes Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido entre la propuesta de ajuste y la resolución del Certificado.
4. Por presentar una solicitud de pago de siniestro fraudulenta, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo N° 19 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la parte proporcional de la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta la solicitud de pago del siniestro.
5. Por ejercicio del derecho de resolución del certificado por modificaciones autorizadas por EL CONTRATANTE en la póliza y en los certificados.
6. Por ejercicio por parte de EL ASEGURADO, de su derecho legal de resolver el seguro sin expresión de causa, previsto en el artículo 50 de la Ley 29946; utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó para la contratación del seguro. En este caso deberán devolverse a EL ASEGURADO titular, de ser el caso, las primas pagadas no consumidas.

La resolución del Certificado deberá posteriormente ser comunicada a EL CONTRATANTE. Asimismo, LA COMPAÑÍA devolverá – sin gestión adicional alguna por parte de EL ASEGURADO- la prima correspondiente al periodo no devengado, en caso de existir el mismo, según la forma de pago de la prima determinada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

La Póliza puede ser resuelta por la sola voluntad de EL CONTRATANTE sin expresión de causa. EL CONTRATANTE deberá notificar a LA COMPAÑÍA por escrito con por lo menos treinta (30) días de anticipación. La resolución deberá ser comunicada por EL CONTRATANTE a los ASEGURADOS.

**b) Causales de extinción**

Asimismo, el Certificado se extinguirá si ocurren los siguientes eventos:

1. Por hacer uso de alguna de las coberturas, puesto que los beneficios son excluyentes.
2. Por término de la vigencia pactada al inicio del contrato de seguro cuyo plazo se señala en las condiciones particulares, solicitud y certificado de seguro.
3. Por incumplimiento en el pago de la prima, en caso de que transcurran noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima, según lo establecido en el Artículo N° 13 de las presentes Condiciones Generales.
4. Al cumplir EL ASEGURADO la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares.

En caso de que se produzca alguno de los supuestos de extinción contenidos en los numerales 3 y 4, esta operará previo notificación de EL CONTRATANTE.

Como consecuencia de la resolución o extinción del presente Certificado de Seguro (excepto los supuestos b.1 anteriores en que se evaluará la cobertura del siniestro ocurrido), ya no tendrán efecto las coberturas otorgadas y se libera a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad de pago ante la ocurrencia de un siniestro.

**c) Causales de nulidad**

El Certificado será nulo desde el inicio de su vigencia en los siguientes casos:

1. Si EL ASEGURADO incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, según lo indicado en el Artículo N° 15 de las presentes Condiciones Generales.
2. Si se comprueba que EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso, a la fecha de contratación del seguro; y existió declaración inexacta de la edad.
3. En ausencia de interés asegurable al momento de la celebración del Contrato de Seguro, de acuerdo con el Artículo N° 2 de la Ley del Contrato de Seguro.
4. Si al momento de contratar el seguro, se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo N° 3 de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable (numeral 1), LA COMPAÑÍA tiene derecho en concepto de indemnización a las primas pactadas para el primer año.

En caso de que se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2, 3 o 4 antes citados, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada por EL ASEGURADO, sin intereses, abonando el monto correspondiente a la cuenta en la que se efectuó el cargo. La devolución

mencionada se efectuará en un plazo de siete (7) días desde que se declaró la nulidad.

La nulidad del certificado de seguro será notificada a EL ASEGURADO e informada a EL CONTRATANTE con posterioridad.

#### ARTÍCULO N° 17: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o cualquier tercero deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo LA COMPAÑÍA podría reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.

Para solicitar la cobertura, EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o la persona que haya tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro podrá acercarse a cualquier oficina de EL COMERCIALIZADOR o de LA COMPAÑÍA y presentar los documentos obligatorios requeridos por LA COMPAÑÍA para solicitar el pago del siniestro<sup>1</sup>:

Documentos Obligatorios	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITT por Accidente
Documento Nacional de Identidad del asegurado (copia simple).	✓ <sup>3</sup>	✓	✓
Atestado Policial Completo (copia simple).			✓ <sup>2</sup>
Dosaje Etilico y Estudio Químico Toxicológico <sup>2</sup> (copia simple – puede estar incluido en el atestado policial).			✓ <sup>2</sup>
Boleta o Factura del centro de salud privado o público, que indique nombre completo de asegurado, periodo y motivo de hospitalización (original).			✓
Certificado Médico en formato oficial, que indique diagnóstico, tratamiento, días de reposo, médico tratante, fecha de atención y centro de salud (original).			✓
Historia clínica (copia foliada) o Informe de evaluación médica (ESSALUD-Anexo N° 6) (original).			✓

<sup>1</sup>Crecer Seguros directamente o a través de las entidades prestadoras del servicio de sepelio, 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 los documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo para liquidar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

<sup>2</sup>Únicamente en caso de accidente de tránsito.

<sup>3</sup>En caso de no contar con el Documento Nacional de Identidad de EL ASEGURADO (copia simple), se solicitará el Certificado de inscripción (Ficha Reniec) o Partida de defunción.

LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria 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 en su defecto de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá solicitar documentos adicionales que considere necesarios 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 con el que cuenta LA COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia en los plazos establecidos en este artículo, se entenderá que el siniestro queda aprobado.

#### **ARTÍCULO N° 18: PAGO DE SINIESTRO**

Una vez aprobado el siniestro, LA COMPAÑÍA cuenta con un plazo de treinta (30) días calendario para realizar el pago del siniestro.

#### **ARTÍCULO N° 19: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTO**

En caso de que se presenten documentos falsos, con dolo o engaño, para sustentar la solicitud de pago de siniestro, se aplicará el Artículo N° 16 de las presentes Condiciones Generales y se procederá a resolver el Certificado. LA COMPAÑÍA deberá comunicar a EL ASEGURADO, o a su BENEFICIARIO, su decisión de resolver el Certificado. La presente causal de resolución produce la liberación de LA COMPAÑÍA al momento que se presente dicha situación.

## **ARTÍCULO N° 20: IMPUESTOS**

Los impuestos que pudieran crearse en el futuro o los eventuales aumentos de los impuestos existentes, aplicables a las primas de seguros o al pago de siniestros, serán de cargo de EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO, salvo que la Ley declare de manera expresa que son de cargo exclusivo de LA COMPAÑÍA.

## **ARTÍCULO N° 21: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA**

**Toda modificación de la Póliza, para que sea válida, deberá ser realizada por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA y por EL CONTRATANTE.**

**Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL CONTRATANTE, quien tiene derecho de analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado. Con su firma en la solicitud de seguro, EL ASEGURADO consiente la cláusula ahí contenida, según la cual a través de este procedimiento puede verse modificado su certificado (excepto en lo que se refiere a exclusiones y cobertura). De proceder la modificación, la COMPAÑÍA entregará a EL CONTRATANTE la documentación necesaria para que éste ponga las referidas modificaciones en conocimiento de los ASEGURADOS con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a que entren en vigencia las modificaciones, a fin de que EL ASEGURADO pueda resolver su certificado de seguro si así lo manifiesta.**

## **ARTÍCULO N° 22: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS**

Las quejas y/o reclamos podrán ser presentadas a LA COMPAÑÍA por teléfono, por correo electrónico, por carta física o a través de la página web. La respuesta al reclamo será comunicada por LA COMPAÑÍA en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

Los datos de LA COMPAÑÍA para la presentación de quejas o reclamos son:

### **CRECER SEGUROS S.A.**

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, Piso 2, San Isidro, Lima, Perú.
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe
- Página web: [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe)
- Teléfono: (01) 4174400

## ARTÍCULO N° 23: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

### a) Vía administrativa

En caso de que EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO y/o EL CONTRATANTE no esté de acuerdo con la respuesta de LA COMPAÑÍA a un reclamo o al pronunciamiento sobre la solicitud de un siniestro (aprobación o rechazo) podrán acudir a las siguientes instancias administrativas:

#### INDECOPI

(Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual)

- Dirección: Calle La Prosa s/n, San Borja, Lima, Perú.
- Página Web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)
- Teléfono: (01) 2247800

Plataforma de atención al usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS)

- Dirección: Av. Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima, Perú.
- Página Web: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)
- Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)

### b) Vía judicial

Toda disputa, controversia, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO y LA COMPAÑÍA que se encuentre relacionada con el Contrato de Seguro o con la interpretación de la Póliza, podrá ser resuelta por los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.

### c) Vía arbitral

Asimismo, cuando se trate de controversias posteriores a la ocurrencia del siniestro, referidas al monto del pago del siniestro, las partes podrán pactar entonces acudir a la Jurisdicción Arbitral, siempre que los daños o pérdidas reclamadas a LA COMPAÑÍA sean superiores o iguales al límite fijado por la SBS.

## ARTÍCULO N° 24: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Cualquier desacuerdo existente entre LA COMPAÑÍA y/o EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO y/o EL CONTRATANTE de la Póliza podrá ser sometida a la competencia de la Defensoría del Asegurado de la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG). Esta entidad privada se encuentra orientada a la protección de los derechos de EL ASEGURADO o Usuarios de los servicios del seguro privado, realizando la solución de las diversas controversias que se generen entre éstos y las Empresas Aseguradoras. Ello, sin perjuicio del derecho de EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO(s) de acudir a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes, o a un proceso arbitral, de haberse pactado.

**Defensoría del Asegurado**

**Por montos de hasta US\$ 50,000.00, y que sean de competencia de la Entidad, según lo detallado en su reglamento.**

- **Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima, Perú.**
- **Página Web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)**
- **Teléfono: (01) 4469158**

**ARTÍCULO N° 25: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre LA COMPAÑÍA y EL ASEGURADO o EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO con motivo de este contrato, deberá efectuarse por escrito mediante carta o correo electrónico, dirigida al domicilio de LA COMPAÑÍA o al último domicilio electrónico o físico de EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o EL CONTRATANTE. Los domicilios mencionados se encuentran registrados en la Solicitud de Seguro y en el Certificado respectivo.

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

Las comunicaciones cursadas por EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO a EL COMERCIALIZADOR, por asuntos relacionados con la Póliza, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a LA COMPAÑÍA.

**ARTÍCULO N° 26: COPIA DE LA PÓLIZA**

EL ASEGURADO tendrá derecho a solicitar una copia de la Póliza a EL COMERCIALIZADOR o a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la fecha de recepción de la solicitud.

**ARTÍCULO N° 27: AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA**

En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, EL ASEGURADO autoriza expresamente a LA COMPAÑÍA, a través de su firma en la solicitud de Seguro, a solicitar y acceder a su Historia Clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

**ARTÍCULO N° 28: AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA**

EL CONTRATANTE autoriza a LA COMPAÑÍA a enviar la Póliza a EL ASEGURADO a través de medios electrónicos como la página web y/o el correo electrónico.

LA COMPAÑÍA entregará los Certificados de la misma forma prevista en la Solicitud de Seguro en un plazo de quince (15) días desde que esta se suscribió; salvo que dentro del mismo plazo se comuniquen 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 13 de la resolución SBS N°3199-2013.



## ARTÍCULO N° 29: PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La aplicación de esta cláusula está condicionada a que los servicios contratados estén vinculados al tratamiento de Bancos de Datos Personales. De lo contrario, sus estipulaciones se entenderán como no puestas.

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 solicitar a LA COMPAÑÍA, en este mismo acto el formato de "Negación al consentimiento", 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.

### **ARTÍCULO N° 30: REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA**

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental, creado mediante Ley N° 29355.