

**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE DESGRAVAMEN
MONTO ORIGINAL**



**CONDICIONES GENERALES – SEGURO DE DESGRAVAMEN
MONTO ORIGINAL****TABLA DE CONTENIDO**

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

| | |
|---|----|
| ARTÍCULO N° 29: REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA | 20 |
| ARTÍCULO N° 30: PLAZO DE PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES | 20 |
| ARTÍCULO 31: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA Y MODIFICACIONES CON OCASIÓN DE LA RENOVACIÓN..... | 20 |

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 accidentes 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. La referencia a Asegurado en la presente póliza, incluirá tanto al Asegurado titular como al adicional.

Asegurado adicional: Se trata del Asegurado que es firmante adicional del crédito asociado a este seguro. Aquel cuya firma aparece en la solicitud de seguro como firmante adicional del crédito, que una vez emitido el Certificado ocupa la posición de Asegurado adicional.

Asegurado titular: Se trata del Asegurado que firmó la solicitud de seguro, en calidad de solicitante. Es el cliente titular del crédito asociado a este seguro, que luego de emitido el Certificado ocupa la posición de Asegurado titular.

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 Contratante 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 que otorga al solicitante del seguro, el crédito asociado al Seguro de Desgravamen, el cual es condición para el otorgamiento del crédito.

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

Declaración Personal de Salud (DPS): Descripción veraz, completa y exacta de EL ASEGURADO respecto a su estado de salud al momento en que se solicita el seguro.

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 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.

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.

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 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 máximo que está obligada a pagar LA COMPAÑÍA en caso de siniestro.

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. DPS.
6. 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 o accidental) y la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente). En este caso, las coberturas son excluyentes; es decir, que solo se podrá utilizar una de las coberturas 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 pagará el monto de la suma asegurada, distribuido entre los beneficiarios en las proporciones señaladas en la Solicitud de Seguro y en el Certificado de Seguro, 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.

b) Muerte accidental

Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza.

c) Invalidez total permanente (ITP) por enfermedad

Se cubre la ITP de EL ASEGURADO consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o intelectuales, que le impidan desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.

Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor que seis (6) meses.

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. Deberá tratarse de 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 N° 058-94-EF/SAFP).

La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique que la naturaleza de la incapacidad es permanente y que su grado es 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”.

d) Invalidez total permanente (ITP) por accidente

Se cubre la Invalidez total permanente de EL ASEGURADO, consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o intelectuales, que le impida desempeñar cualquier ocupación para la que esté preparado por su educación, capacidad o experiencia.

Este seguro cubre la ITP que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza. Deberá tratarse de una pérdida o disminución que implique:

| Invalidez total permanente (ITP) por accidente |
|---|
| 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. |

La invalidez puede 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 indique el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos detallados en el cuadro anterior, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).

La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique un diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas en el cuadro anterior), 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”.

ARTÍCULO N° 6: EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no pagará el siniestro 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 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 del beneficiario en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.**
- 5. Práctica de actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican, deportes extremos, deportes de contacto físico y competición de vehículos de cualquier naturaleza.**
- 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 invalidez total permanente).**

ARTÍCULO N° 7: TITULAR DE LA PÓLIZA

Todos los derechos y obligaciones señalados bajo esta Póliza y que no pertenecen a la COMPAÑÍA, estarán reservados a EL ASEGURADO, a menos que se señale que corresponden a EL CONTRATANTE o al 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 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 EL ASEGURADO al momento de solicitar el seguro, las cuales incluyen también aquellas contenidas en la DPS. 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: 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° 12: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO

La prima es la contraprestación del ASEGURADO titular 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 al ASEGURADO titular.

El COMERCIALIZADOR se encargará de recaudar la prima del ASEGURADO titular, a través del canal que se defina para ese fin y que se señala en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro. 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 de 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 de pago de la prima, así como sobre el plazo del que dispone para pagar antes que se 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° 13: REHABILITACIÓN

La cobertura de seguro que se encuentre suspendida podrá ser rehabilitada por LA COMPAÑÍA siempre y cuando se 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.

El Certificado podrá ser rehabilitado únicamente si LA COMPAÑÍA no ha comunicado su deseo de resolver el Certificado o si este último no se ha extinguido.

ARTÍCULO N° 14: 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 CONTRATANTE y EL ASEGURADO. Si las declaraciones 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° 15 de este documento.

Si la declaración inexacta o reticente no obedece a dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE o 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. ASEGURADO titular 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° 15: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

a) Causales de resolución

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

1. **Por incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 12 de las presentes Condiciones Generales.**
2. **Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del ASEGURADO titular 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° 14 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.**
3. **Por presentar una solicitud de pago de siniestro fraudulenta, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo N° 18 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.**
4. **Por ejercicio por parte del ASEGURADO titular, de su derecho legal de resolver el seguro sin expresión de causa, previsto en el artículo 50 de la Ley 29946 y artículo 20 de la Resolución SBS 3199-2013; utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó para la contratación del seguro. En este caso deberán devolverse al ASEGURADO titular, de ser el caso, las primas pagadas no consumidas.**

La resolución del Certificado deberá posteriormente ser comunicada al CONTRATANTE. Asimismo, LA COMPAÑÍA devolverá –sin gestión adicional alguna por parte del 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 del 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 muerte natural o accidental de cualquiera de los ASEGURADOS.
2. Por invalidez total permanente por enfermedad o por accidente de cualquiera de los ASEGURADOS.
3. Por cancelación total del crédito que motiva la contratación del presente seguro.
4. 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° 12 de las presentes Condiciones Generales.
5. Al cumplir, cualquiera de los ASEGURADOS la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares.

Como consecuencia de la resolución o extinción del presente Certificado de Seguro (excepto los supuestos b.1 y b.2 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° 14 de las presentes Condiciones Generales.
2. Si EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso a la fecha de contratación del seguro e hizo una declaración inexacta de su verdadera 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 c.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 (7) días desde que se declaró la nulidad.

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

ARTÍCULO N° 16: 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 tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

En caso de ITP por enfermedad, ésta deberá existir de un modo continuo por no menos de seis (6) meses. El plazo de siete (7) días para dar aviso a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro se iniciará luego de pasados los seis (6) meses mencionados anteriormente.

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 LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios requeridos para solicitar el pago del siniestro:

| Documentos Obligatorios | Muerte Natural | Muerte Accidental | ITP por Enfermedad | ITP por Accidente |
|--|----------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). | ✓ | ✓ | | |

| Documentos Obligatorios | Muerte Natural | Muerte Accidental | ITP por Enfermedad | ITP por Accidente |
|--|----------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| Partida o Acta de Defunción (original o copia simple). | ✓ | ✓ | | |
| Certificado de Necropsia ¹ (original o certificación de reproducción notarial). | | ✓ | | |
| Protocolo de Necropsia ¹ (copia simple). | | ✓ | | |
| Atestado Policial Completo ¹ (copia simple). | | ✓ | | ✓ |
| Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ¹ (copia simple). (Puede estar incluido en el Atestado policial). | | ✓ | | ✓ |
| Dictamen o certificado médico 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), en original o en certificación de reproducción notarial. | | | ✓ | ✓ |
| Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada (Para créditos mayores a S/.100,000 o USD.35,000). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Monto original y saldo insoluto de la deuda sin incluir intereses, moras, comisiones o gastos, emitido por la entidad titular del derecho de crédito (Original o Copia simple). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Testamento o declaratoria de herederos, o Sucesión intestada (original o certificación de reproducción notarial), salvo que el ASEGURADO haya designado beneficiarios específicos. | ✓ | ✓ | | |

¹ Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

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 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.

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 (previsto en el párrafo anterior) 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° 17: 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° 18: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTA

En caso de que se presente documentos falsos, dolosos o engañosos para sustentar la solicitud de pago de siniestro, se aplicará el Artículo N° 15 de las presentes Condiciones Generales y se procederá a resolver el contrato. 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° 19: 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 EL BENEFICIARIO, salvo que la Ley declare de manera expresa que son de cargo exclusivo de LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO N° 20: 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 riesgos cubiertos). 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, si desea, manifestar su voluntad de resolver su certificado de seguro.

ARTÍCULO N° 21: 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
- Teléfono: (01) 4174400

ARTÍCULO N° 22: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

a) Vía administrativa

En caso de que EL ASEGURADO y/o el BENEFICIARIO no estén 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
- Teléfono: (01) 2247800

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

- Dirección: Avda. Dos de mayo 1475, San Isidro, Lima, Perú.
- Página Web: www.sbs.gob.pe
- Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)

b) Vía judicial

Toda disputa, controversia, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre LOS ASEGURADOS, EL BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE 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 mismo, 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° 23: 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 los Asegurados 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: Calle Amador Merino Reyna, N° 307, piso 9, San Isidro, Lima, Perú.**
- **Página Web: www.defaseg.com.pe**
- **Teléfono: (01) 4210614**

ARTÍCULO N° 24: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre LA COMPAÑÍA, EL ASEGURADO, el BENEFICIARIO y/o EL CONTRATANTE con motivo de este contrato, deberá efectuarse por escrito mediante carta o correo electrónico, dirigida al domicilio de LA COMPAÑÍA o al 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° 25: 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° 26: AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA

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

ARTÍCULO N° 27: AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA

EL CONTRATANTE autoriza a LA COMPAÑÍA a enviar la Póliza y/o el Certificado de Seguro a los ASEGURADOS a través de medios electrónicos como la página web y/o el correo electrónico. Asimismo EL ASEGURADO, a través de su firma en la solicitud de seguro autoriza a LA COMPAÑÍA a enviarle el certificado de seguro a través de los medios electrónicos allí indicados.

La COMPAÑÍA entregará los Certificados de la forma prevista en la Solicitud de Seguro en un plazo de quince (15) días desde que ésta se suscribió; salvo que dentro de un 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 3199-2013.

ARTÍCULO N° 28: 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° 29: 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.

ARTÍCULO N° 30: PLAZO DE PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES.

Las acciones fundadas en el presente seguro prescriben en el plazo de diez años desde que ocurrió el siniestro. Cuando el siniestro sea el de fallecimiento del asegurado, el plazo de prescripción anterior para el beneficiario, se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

ARTÍCULO 31: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA Y MODIFICACIONES CON OCASIÓN DE LA RENOVACIÓN.

La presente póliza es de renovación anual automática. En principio el contrato se renueva en las mismas condiciones vigentes en el periodo anterior. Cuando LA COMPAÑÍA considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. EL CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA COMPAÑÍA. En este último caso LA COMPAÑÍA debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.