

**CONDICIONES GENERALES
SEGURO VIDA LEY –
EX TRABAJADORES**



CONDICIONES GENERALES - SEGURO VIDA LEY - EX TRABAJADORES**TABLA DE CONTENIDO**

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

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 por la Póliza. Es el ex trabajador que, dentro de los 30 días calendarios de haber cesado de su centro laboral, solicita a LA COMPAÑÍA mantener su Seguro Vida Ley de forma individual. EL ASEGURADO mantiene dicha condición, en tanto un nuevo empleador no haya contratado otro Seguro Vida Ley en su favor.

Beneficiario: Persona Natural que tiene derecho a cobrar la suma asegurada tras la ocurrencia del siniestro

Cláusulas Adicionales: Son aquellas condiciones especiales y opcionales a una o más pólizas, que permiten extender o ampliar las coberturas principales del producto de seguros, comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

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

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: Persona Natural que se obliga al pago de la prima con LA COMPAÑÍA. Se encuentra identificado en las Condiciones Particulares y la

Solicitud de Seguro. En la presente póliza EL CONTRATANTE siempre es EL ASEGURADO motivo por el cual, para efectos del presente, ambos términos podrán ser utilizados de forma indistinta.

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

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.

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

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

Queja: Disconformidad en la atención no vinculada al producto o servicio contratado.

Reclamo: Disconformidad o malestar en las características, términos o condiciones en las que ha sido prestado un producto o servicio.

Remuneración Mensual Asegurable: Es aquella que fue percibida por el trabajador hasta el momento de su cese, aun cuando sus montos hayan podido variar en razón de incrementos u otros motivos, hasta el límite de la remuneración máxima asegurable establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones. Están excluidas las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se hayan abonado mensualmente. Cuando se trata de trabajadores remunerados a comisión o destajo se

considera el promedio de las remuneraciones percibidas en los últimos tres meses previos a su cese.

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.

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

Suma asegurada: Monto máximo que está obligada a pagar 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 la Solicitud 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. Cláusulas Adicionales
3. Condiciones Especiales.
4. Condiciones Particulares.
5. Condiciones Generales.
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 y permanente 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.

En caso de que ocurra un siniestro, LA COMPAÑÍA pagará el monto de la suma asegurada, a EL ASEGURADO o a sus BENEFICIARIOS, dependiendo de la cobertura solicitada.

a) Muerte natural

LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO la suma asegurada señalada en la Condiciones Particulares cuando EL ASEGURADO fallezca por causas endógenas como vejez o enfermedad y no como consecuencia de factores externos y/o violentos.

b) Muerte accidental

LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares cuando EL ASEGURADO fallezca como consecuencia de un accidente. **No se considera muerte accidental al fallecimiento producido como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, accidentes cerebrovasculares, desvanecimientos o sonambulismo.**

c) Invalidez total y permanente (ITP) por accidente

La Invalidez total y permanente de EL ASEGURADO, consiste 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.

LA COMPAÑÍA pagará a EL ASEGURADO la suma asegurada señalada en la Condiciones Particulares, sólo cuando este acredite haber sido declarado bajo una invalidez total y permanente originada por accidente y que implique lo siguiente:

1. Fractura incurable de la columna vertebral.
2. Descerebramiento que impida efectuar trabajo u ocupación por el resto de la vida.
3. Pérdida total de la visión de ambos ojos.
4. Pérdida total de ambas manos.
5. Pérdida total de ambos pies.
6. Pérdida total de una mano y un pie.

7. Alienación mental absoluta e incurable.

8. Otros que se puedan establecer por Decreto Supremo.

La invalidez total y permanente debe estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez emitido por ESSALUD, por el Ministerio de Salud, por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o por el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC); en el cual se indique un diagnóstico que implique una de las situaciones enumeradas en el cuadro anterior.

ARTÍCULO N° 6: EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de Lesiones auto inferidas.

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 ASEGURADO, a menos que se señale que corresponden al BENEFICIARIO.

ARTÍCULO N° 8: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Se podrá asegurar en esta Póliza a los trabajadores que, al momento de su cese, hubiesen sido asegurados bajo una Póliza Vida Ley Trabajadores contratada con LA COMPAÑÍA, siempre y cuando soliciten el presente seguro dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes al término de su relación laboral.

ARTÍCULO N° 9: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

La Póliza ha sido emitida por LA COMPAÑÍA sobre la base de las declaraciones efectuadas por 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 de la Póliza 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. La cobertura comienza a las 00:00 horas del día en que se inicia la vigencia, inicio que estará condicionado al pago de la prima inicial, y culmina a las 24:00 horas del último día de la vigencia.

La cobertura se mantendrá vigente en tanto (i) La Póliza se mantenga vigente, (ii) EL ASEGURADO efectúe el pago de la prima y no se haya producido la suspensión de la cobertura, resolución o la extinción de seguro por falta de

pago de la prima o (iii) otro empleador no haya contratado un Seguro de Vida Ley a su favor.

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 las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO N° 12: 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, EL ASEGURADO directamente deberá pagar la prima según el monto, frecuencia, lugar y forma de pago indicados en las Condiciones Particulares del Seguro y la Solicitud de Seguro. No obstante, LA COMPAÑÍA no puede rechazar el pago de la prima ofrecido o efectuado por personas distintas a EL ASEGURADO.

La prima será determinada en base a la tasa establecida por LA COMPAÑÍA de acuerdo a la edad de EL ASEGURADO. La tasa se multiplica por la última remuneración mensual asegurable recibida por EL ASEGURADO antes de su cese. El monto de la prima, de acuerdo con lo descrito, se encuentra debidamente detallado en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

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 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. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si la cobertura se encuentra suspendida por incumplimiento de pago, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver la Póliza. Para tal efecto, comunicará por escrito a EL ASEGURADO su decisión de resolver la Póliza 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.

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

Sin perjuicio de lo antes expuesto, en caso de resolución o extinción, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de realizar la cobranza de una o más cuotas

impagas, incluyendo los gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento, a través de un proceso judicial o arbitral.

Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura o de forma previa a la extinción de la póliza de pleno derecho luego de los 90 días antes indicados; se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

ARTÍCULO N° 13: 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 Póliza 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° 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 proporcionadas por 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** de la Póliza, 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 ASEGURADO, se pueden producir las siguientes situaciones:

1. Si no ha ocurrido ningún siniestro: LA COMPAÑÍA podrá presentar una propuesta de revisión de la Póliza en un plazo de treinta (30) días calendarios 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 calendarios de recibida. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se pagará según lo acordado. A falta de aceptación, LA COMPAÑÍA puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida a EL ASEGURADO, en el plazo de treinta (30) días calendarios computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días antes señalado.
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

La presente Póliza 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° 12 de las presentes Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo anterior a la suspensión de la póliza.**
- 2. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte de EL ASEGURADO sobre la propuesta de revisión de la Póliza efectuada por LA COMPAÑÍA, en caso de declaración inexacta o reticente que no obedece 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 Contrato de Seguro.**
- 3. Por solicitud de EL ASEGURADO, la cual podrá efectuarse en cualquier momento y sin expresión de causa, con por lo menos treinta (30) días de anticipación a la fecha efectiva de resolución. 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. La devolución se producirá en un plazo de treinta (30) días calendarios posteriores a la recepción de la solicitud de resolución.**

b) Causales de extinción

La Póliza de Seguro se extinguirá si ocurren los siguientes eventos:

- 1. Por muerte natural o accidental de EL ASEGURADO.**
- 2. Por invalidez total permanente por accidente de EL ASEGURADO.**
- 3. Por término de la vigencia pactada.**
- 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. Por la contratación de un Seguro de Vida Ley, a favor del Asegurado, por parte de un empleador.**

Como consecuencia de la resolución o extinción del presente Contrato 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

Además de las causales de resolución y extinción, el Contrato de Seguro 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 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 a las primas pactadas para el primer año, en calidad de indemnización.

En caso de que se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en el numeral 2 antes citado, 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 calendarios desde que se declaró la nulidad.

ARTÍCULO N° 16: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO

EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO, según corresponda, deberá comunicar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días calendarios siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o comunicarse al teléfono (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, si EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho. Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del ASEGURADO o BENEFICIARIO, se pierde el derecho a la indemnización, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

Para solicitar la cobertura, se deberá presentar en cualquier oficina de LA COMPAÑÍA los siguientes documentos obligatorios:

Documento Obligatorios ¹	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción Completo (original o certificación de reproducción notarial).	✓	✓	
Partida o Acta de Defunción (copia certificada que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial)	✓	✓	
Certificado de Necropsia ² (original o certificación de reproducción notarial)		✓	
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal ² (copia simple).		✓	✓
Dictamen o certificado médico de EL ASEGURADO emitido por COMAFP, COMEC, ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSa), en original o en certificación de reproducción notarial.			✓
Documento nacional de identidad de LOS BENEFICIARIOS (copia simple).	✓	✓	
Tres últimas boletas de pago correspondientes a la última etapa de vida laboral del Asegurado, inmediatamente anterior a la contratación del presente Seguro de Vida.	✓		
Última boleta de pago correspondiente a la última etapa de vida laboral del Asegurado, inmediatamente anterior a la contratación del presente Seguro de Vida.		✓	

¹ Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

² Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

LA COMPAÑÍA podrá pedir, en el más breve plazo posible, documentación adicional para determinar la procedencia de la cobertura, a fin de respetar la inmediatez indicada en el artículo 14 del Decreto Legislativo N° 688 para el pago del beneficio. Así pues, con el fin de descartar la concurrencia de la exclusión por lesiones autoinferidas, para siniestros consistentes en muerte accidental, podrá solicitarse uno siguientes documentos: (1) protocolo de necropsia (copia simple) o (2) acta de levantamiento de cadáver (copia simple); y para siniestros consistentes en ITP por accidente podrá solicitarse uno de los siguientes documentos: (1) informe del médico que sustenta el certificado de invalidez (original) o (2) historia clínica del asegurado desde el ingreso del paciente por accidente (copia foliada y fedateada).

ARTÍCULO N° 17: PAGO DE SINIESTRO

Después de recibidos los documentos señalados en el artículo anterior, “LA COMPAÑÍA” efectuará el pago de la suma asegurada a EL ASEGURADO o a los BENEFICIARIOS señalados en la “Declaración de Beneficiarios”.

A tales efectos, el Asegurado, al momento de solicitar el seguro, deberá entregar a LA COMPAÑÍA una “Declaración de Beneficiarios” con su firma legalizada notarialmente o por el Juez de Paz a falta de Notario en el lugar de su domicilio, señalando como beneficiarios a:

- a) El cónyuge o concubino (a) del Asegurado (según lo estipulado en el artículo 326 del Código Civil).
- b) Los descendientes del Asegurado.

Solo si no existe ninguno de los beneficiarios indicados en los numerales anteriores, podrá nombrarse beneficiario a los ascendientes y hermanos menores de 18 años.

El pago del siniestro se efectuará en un plazo no mayor a 72 horas de presentada la solicitud de cobertura, acompañada de la documentación completa exigida en la presente póliza.

ARTÍCULO N° 18: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTA

El ASEGURADO o BENEFICIARIO, según corresponda, perderá el derecho a ser indemnizado, quedando LA COMPAÑÍA liberada de cualquier responsabilidad, cuando alguno de estos o cualquier tercero que actúe en su representación debidamente facultado, presente documentos falsos, dolosos o engañosos para sustentar la solicitud de pago de siniestro.

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 o EL BENEFICIARIO, según corresponda, salvo que la Ley declare de manera expresa que ello será 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 ASEGURADO.

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL ASEGURADO, 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.

Este producto no podrá ser modificado en sus coberturas o sumas aseguradas.

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, distrito de San Isidro, Lima.
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe
- Página web: www.creceseguros.pe
- Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia: (0801) 17440

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

A su vez, en caso EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIO requieran orientación y/o formular denuncias podrán acudir a:

Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS)

- Dirección: Avenida 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 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 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

EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS tienen derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado (DEFASEG), con el objeto de resolver las controversias que surjan entre ellos y LA COMPAÑÍA sobre la cobertura de un siniestro, de acuerdo al Reglamento de la Defensoría del Asegurado, siendo el fallo final vinculante, definitivo e inapelable para LA COMPAÑÍA.

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, Distrito de San Isidro, Lima, Perú.
- Página Web: www.defaseg.com.pe
- Teléfono: (01) 4210614

Ello, sin perjuicio del derecho de EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIO de acudir a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes, o a un proceso arbitral, de haberse pactado.

ARTÍCULO N° 24: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre LA COMPAÑÍA y EL ASEGURADO 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 domicilio electrónico o físico de EL ASEGURADO. Los domicilios mencionados se encuentran registrados en la Solicitud de Seguro.

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 solicitada.

ARTÍCULO N° 26: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La duración del presente contrato será anual. En caso el Asegurado desee renovar el seguro, deberá comunicarlo a LA COMPAÑÍA con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario a la fecha de vencimiento y manifestar su aceptación a las nuevas condiciones propuestas por LA COMPAÑÍA, en caso esta decida cambios en las condiciones.

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 en 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.

ARTÍCULO N° 27: 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° 28: 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.