

RESUMEN

POLIZA DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO - PENSIONES

RIESGOS CUBIERTOS: La **COMPAÑÍA** pagará las coberturas que se detallan a continuación siempre que la causa directa del siniestro sea un accidente de trabajo o enfermedad profesional, tal como se definen en los artículos 1.1 y 1.13 del Condicionado General. Las coberturas son las siguientes:

- Pensión o indemnización de invalidez.
- Pensión de sobrevivencia.
- Gastos de sepelio.

EXCLUSIONES: Este seguro no cubre:

- Invalidez configurada antes del inicio de vigencia de la presente póliza de seguro, la misma que deberá ser amparada por LA COMPAÑÍA que otorgó la cobertura al tiempo de la configuración de la invalidez o, por la Oficina de Normalización Previsional (ONP), en el caso que el Asegurado con calidad de asegurado obligatorio no hubiera estado asegurado.**
- Muerte o invalidez causada por lesiones voluntariamente auto infligidas o auto eliminación o su tentativa.**
- La muerte o invalidez de los trabajadores asegurables que no hubieran sido declarados por el Contratante, cuyas pensiones serán a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP).**
- La muerte del Asegurado producida mientras se encontraba gozando del subsidio de incapacidad temporal a cargo del ESSALUD, por causas distintas a accidente de trabajo o enfermedad profesional.**

LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

Lugar de Pago: El pago de la prima podrá efectuarse virtualmente a través de las cuentas bancarias de la Compañía; o realizando un pago en efectivo en el domicilio físico de LA COMPAÑÍA

Forma de Pago: Según Convenio de Pago

Frecuencia de pago: Según Convenio de Pago

CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA: RESOLUCION O NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.

Son las indicadas en el artículo 16 de las Condiciones Generales de la póliza.

AVISO DE SINIESTROS:

Al producirse un accidente de trabajo o al diagnosticarse una enfermedad profesional dé o no lugar a una reclamación bajo la cobertura de la presente póliza, el Contratante deberá dar aviso a LA COMPAÑÍA dentro del término máximo de 48 horas de la ocurrencia del mismo, utilizando para tal fin el formulario que para tal efecto se le suministra. El Contratante será responsable de la veracidad de los datos y de la información que consigne en el formulario.

En caso de accidentes de trabajo: El Contratante deberá informar lo siguiente:

- Fecha y hora del accidente
- Nombre y apellidos del Trabajador.
- DNI del Trabajador.
- Edad del Trabajador.
- Domicilio del Trabajador
- Labor desempeñada por el Trabajador
- Lugar y circunstancias en que ocurrió el accidente.
- Nombre y domicilio de los testigos.

En caso de una enfermedad profesional: El Contratante deberá comunicar por escrito a **LA COMPAÑÍA** el diagnóstico de la enfermedad profesional o de la ocurrencia que la evidencia, lo que ocurra primero.

Los documentos mencionados serán suministrados por el Contratante, el Trabajador víctima del accidente o de sus Beneficiarios según el caso.

LUGARES AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

Oficina Principal de Crecer Seguros S.A.: Av. Jorge Basadre 310, Piso 2, San Isidro, Lima, Perú.

PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO:

Son las que se indican en el artículo 18 del Condicionado General de la Póliza.

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: Son las indicadas en el artículo 33 de las Condiciones Generales de la póliza.

RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA: Después de un año de vigencia de la cobertura de la póliza, el Contratante podrá darla por terminada, sin expresión de causa, mediante comunicación escrita que deberá cursar a LA COMPAÑÍA con no menos de noventa (90) días calendario de anticipación.

AREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS.

Las quejas y/o reclamos podrán ser presentados 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: gestionolcliente@crecerseguros.pe
- Página web: www.creceseguros.pe
- Teléfono: (01) 4174400

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:

- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP**
Plataforma de Atención al Usuario (PAU) Lima
Av. Dos de Mayo N°1475 – San Isidro
Teléfonos: 0800-10740 / (511)200-1930
www.sbs.gob.pe
- **SUSALUD**
Av. Arequipa N°810 – Cercado de Lima
Teléfonos: 433-0528 / 4330589
www.susalud.gob.pe

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COPAGOS o CARENCIAS. La presente póliza no se encuentra sujeta a ningún deducible, franquicia, copago ni período de carencia que pueda representar una carga para el Asegurado o sus beneficiarios.

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- Durante la vigencia del contrato de seguro, el **Asegurado** se encuentra obligado a informar a **LA COMPAÑÍA** los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- El presente seguro presenta obligaciones a cargo del Asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- El Contratante y/o Asegurado tendrán derecho de aceptar o no las modificaciones a las condiciones contractuales propuestas durante la vigencia del contrato.