

MICROSEGURO SALUD PLUS
CONDICIONES GENERALES



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, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. **No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.**

Accidente de Tránsito: Accidente que cause daño a personas, mientras estas se encuentran viajando, descendiendo o subiendo de cualquier medio de transporte terrestre privado o público, bajo la condición de pasajero o conductor.

Asegurado: Persona Natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza, que cumple con los requisitos de edad establecidos en la póliza y se encuentra debidamente identificado en la Solicitud – Certificado.

Beneficiario: Persona Natural o Persona Jurídica determinada en la Solicitud-Certificado que tiene derecho a cobrar la suma asegurada tras la ocurrencia del siniestro.

Cobertura: Riesgo(s) cubierto(s) por la Póliza de seguro y que se encuentran detallados en la Solicitud-Certificado.

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 de EL 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 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 con la que LA COMPAÑÍA suscribe un contrato de comercialización y que, tratándose de seguros de grupo o colectivos, asumen las funciones de comercializadores, cuando el marco regulatorio permita dicha comercialización. Se encuentra identificado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado.

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

Establecimiento Hospitalario: Establecimiento de Salud que cuente con las instalaciones y las autorizaciones pertinentes para el internamiento de los pacientes para pernoctar en él.

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, Anexos, Declaración Personal de Salud y Solicitud-certificado 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 no relacionada al producto o servicio adquiridos, sino relativa a la atención o trato recibidos.

Reclamo: Cualquier disconformidad respecto del producto o servicio adquirido.

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 presente Póliza.

Suma asegurada: Monto máximo indicado en la Solicitud- Certificado y en las Condiciones Particulares, que deberá pagar LA COMPAÑÍA a favor de EL BENEFICIARIO, en caso de siniestro, conforme a los límites indicados en la póliza.

ARTÍCULO N° 2: 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° 3: COBERTURAS

a) Hospitalización por Accidente:

LA COMPAÑÍA otorgará la suma asegurada determinada en la Solicitud-Certificado a EL ASEGURADO cuando este sufra un accidente por el que deba ser internado por lo menos X días calendarios, de forma continua e ininterrumpida, en un establecimiento hospitalario por cualquier causa derivada de un accidente. El internamiento debe efectuarse máximo dentro de las 72 horas de producido el accidente a fin de obtenerse la cobertura. Se cubre solo un internamiento por evento (accidente).

Para acceder a esta cobertura, el establecimiento hospitalario y el accidente deben enmarcarse dentro de las definiciones estipuladas en el Artículo N°1 del presente documento.

Se cubrirá X evento(s) durante toda la vigencia de la presente Solicitud-Certificado al constatarse las condiciones de la presente póliza.

b) Muerte Accidental:

LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO el importe señalado en la Solicitud-Certificado cuando EL ASEGURADO fallezca como consecuencia de un Accidente, según la definición establecida en el Artículo N°1 de la presente póliza.

c) Invalidez Total y Permanente por Accidente:

LA COMPAÑÍA pagará a EL ASEGURADO el importe señalado en la Solicitud-Certificado cuando se le determine un 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 Invalidez total permanente 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:

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° 4: EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

- a) Preexistencia: condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia a las secuelas producidas por un accidente previo a la contratación del seguro, independientemente de si el fallecimiento como consecuencia de este se produce durante la vigencia del seguro.**
- b) Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
- c) Participación del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.**
- d) Participación del beneficiario en actos ilegales que constituyan delito relacionado o que haya causado el siniestro de EL ASEGURADO.**
- e) 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.**
- f) 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.**
- g) Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.**

ARTÍCULO N° 5: 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 Solicitud-Certificado de Seguro.

ARTÍCULO N° 6: VIGENCIA DEL SEGURO

Las fechas de inicio y de fin de vigencia de la Póliza se indican en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado del 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.

Esto no impide que facultativamente LA COMPAÑÍA y EL ASEGURADO decidan renovar la Solicitud-Certificado.

ARTÍCULO N° 7: MONEDA

El monto de la prima a pagar, la suma asegurada y demás valores indicados en esta Póliza se expresarán en moneda nacional, conforme se indica en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado.

ARTÍCULO N° 8: 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 la Solicitud-Certificado. 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 del ASEGURADO. Todo pago que se haga a EL COMERCIALIZADOR se entiende como recibido por LA COMPAÑÍA.

El incumplimiento de pago de la prima origina la suspensión automática de la cobertura del seguro, sin necesidad de comunicación previa, desde la fecha de vencimiento de la obligación. LA COMPAÑÍA no es responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentre suspendida. Para rehabilitar la cobertura, se tendrá que proceder al pago del total de las primas adeudadas. Con el pago total de las cuotas vencidas, la cobertura se rehabilitará a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente en el que se efectuó el pago.

Si la cobertura se encuentra suspendida por incumplimiento de pago de la prima en la fecha de su vencimiento, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver la Solicitud-Certificado. Para tal efecto, LA COMPAÑÍA comunicará a EL ASEGURADO su decisión de resolver la Solicitud- Certificado por falta de

pago de prima en la fecha de su vencimiento, y la resolución operará desde el día en que se reciba la comunicación.

ARTÍCULO N° 9: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

a) Causales de resolución:

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

Por incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 8 de las presentes Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo anterior a la suspensión de la cobertura.

Por presentar una solicitud de pago de siniestro fraudulenta. La resolución procederá previo aviso al Asegurado con una anticipación no menor a cinco (5) días hábiles. En este supuesto, LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la parte proporcional de la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta la solicitud de pago del siniestro fraudulenta.

Por ejercicio de su derecho de arrepentimiento, según corresponda.

Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL ASEGURADO, debiendo comunicarlo a LA COMPAÑÍA con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución. Para tales efectos, es necesario una comunicación de EL ASEGURADO en tal sentido, adjuntando copia de su DNI, pudiendo usarse los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro.

LA COMPAÑÍA devolverá a EL ASEGURADO—en un plazo de quince (15) días calendario de resuelta la solicitud —certificado para los numerales a.1 y a.2 y para los numerales a.3 y a.4 de recibida la solicitud, sin gestión adicional alguna por parte de este y/o CONTRATANTE- la prima correspondiente al periodo no devengado, en caso de existir, según la forma de pago de la prima determinada en la Solicitud-Certificado de Seguro.

b) Causales de extinción

La Solicitud-Certificado se extinguirá si ocurren los siguientes eventos:

Cuando LA COMPAÑÍA pague las coberturas contratadas, según corresponda.

Al cumplir, EL ASEGURADO, la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado.

Como consecuencia de la resolución o extinción de la Solicitud-Certificado (excepto el supuesto b.1 anterior, 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, la Solicitud-Certificado será nula desde el inicio de su vigencia en los siguientes casos:

Si se comprueba que EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso, a la fecha de contratación del seguro e hizo una declaración inexacta de su verdadera edad.

En ausencia de interés asegurable al momento de la celebración del Contrato de Seguro.

Si al momento de contratar el seguro, se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, salvo que EL ASEGURADO y LA COMPAÑÍA acuerden expresamente que la Solicitud-Certificado comprende un período anterior a su celebración. En este último caso, la Solicitud-Certificado es nula solo si al tiempo de su conclusión LA COMPAÑÍA conoce la imposibilidad de que ocurra el siniestro o EL ASEGURADO conoce que se ha producido.

En caso de que se produzca alguno de los supuestos de nulidad, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada por EL ASEGURADO, sin intereses. La devolución mencionada se efectuará en un plazo de quince (15) días desde que se declaró la nulidad.

La nulidad de la Solicitud-Certificado será notificada a EL ASEGURADO e informada a EL CONTRATANTE con posterioridad.

ARTÍCULO N° 10: AVISO DEL SINIESTRO, SOLICITUD Y PAGO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO 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.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, si EL ASEGURADO, EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho

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

Para solicitar la cobertura, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO 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 ³	Muerte Accidental	ITP por Accidente	Hospitalización por Accidente
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	X	-	-
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada expedida por la RENIEC o certificación de reproducción notarial)	X	-	-
Certificado de Necropsia – es el documento que contiene las conclusiones finales del fallecimiento de la persona (original o certificación de reproducción notarial). ¹	X	-	-
Protocolo de Necropsia – es el documento donde se detallan los exámenes que se realizaron al cadáver en base a los hallazgos encontrados en el cuerpo (copia simple). ¹	X	-	-
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple). ¹	X	X	X
Dosaje Etilico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Atestado policial). ¹	X	X	X
Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado, según corresponda, expedida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos	X ²	-	-
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.	-	X	-
Boleta o Factura del centro de salud privado o público, que indique el nombre completo del Asegurado y el período de hospitalización (original o certificación de reproducción notarial).	-	-	X
Informe Médico de la Institución médica membretado que indique los días de hospitalización, diagnóstico o causas relacionadas. (original)	-	-	X

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

²Siempre y cuando en la Solicitud-Certificado no se haya designado beneficiario.

³Los 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.

LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa antes señalada a **LA COMPAÑÍA** o al Comercializador.

El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente a **EL ASEGURADO** o beneficiario. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de **EL ASEGURADO** o beneficiario, según el caso, comunicándosele la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviados al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud-Certificado.

ARTÍCULO N° 11: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTA

En caso de que se presente documentos falsos, se exageren los daños o se actúe fraudulentamente, para sustentar la solicitud de pago de siniestro, se procederá a resolver la Solicitud-Certificado. **LA COMPAÑÍA** deberá comunicar a **EL ASEGURADO** o al **BENEFICIARIO**, su decisión de resolver la Solicitud-Certificado en un plazo no mayor a 30 días calendarios desde conocida la solicitud fraudulenta. La presente causal de resolución produce la liberación **LA COMPAÑÍA** de la obligación de cobertura de todos los siniestros ocurridos, incluido aquel fraudulentamente solicitado, en adelante.

ARTÍCULO N° 12: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS, QUEJAS Y RECLAMOS

Las consultas, 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. Las respuestas a estas comunicaciones serán respondidas por **LA COMPAÑÍA** en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.

Los datos de **LA COMPAÑÍA** para la presentación de consultas, quejas y/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.crecerseguros.pe
- Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia: (0801) 17440

ARTÍCULO N° 13: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

a) Vía administrativa

En caso EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no estén de acuerdo con la respuesta de LA COMPAÑÍA a un reclamo o al pronunciamiento sobre la solicitud de un siniestro podrán acudir a:

Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI

- 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 CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO requieran orientación y/o formular denuncias podrán acudir a:

Departamento de Servicio al Ciudadano - 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 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.

ARTÍCULO N° 14: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS tienen derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307, piso 9, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima, teléfono 01-4210614 y con página web www.defaseg.com.pe; 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.

Ello, sin perjuicio del derecho de El CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(s) de acudir a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes.

ARTÍCULO N° 15: 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 vía telefónica y/o mediante carta al domicilio físico o correo electrónico de LA COMPAÑÍA o vía telefónica y/o mediante carta al correo electrónico o domicilio físico de EL ASEGURADO, el BENEFICIARIO o EL CONTRATANTE. Las comunicaciones mediante llamada telefónica serán posible, salvo que la ley establezca expresamente que la comunicación deba realizarse por escrito.

Las comunicaciones de LA COMPAÑÍA realizadas mediante envío físico al domicilio, al correo electrónico y/o a través de una llamada telefónica o cualquier otro medio, son válidas y debidamente notificadas, en tanto LA COMPAÑÍA mantenga una constancia del envío de las mismas (cargo, grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación).

Los domicilios, correo electrónico y/o número telefónico mencionados se encuentran registrados en la Solicitud-Certificado respectiva y/o en los datos de contacto que EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO hayan proporcionado a través de EL CONTRATANTE.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO, 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° 16: COPIA DE LA PÓLIZA

EL ASEGURADO tiene 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, contados desde la fecha de recepción de la solicitud.

ARTÍCULO N° 17: AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA

En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, EL ASEGURADO autoriza expresamente, mediante su firma en la respectiva Solicitud-Certificado, a LA COMPAÑÍA y a EL COMERCIALIZADOR, para que en su representación soliciten y accedan a su Historia Clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

ARTÍCULO N° 18: PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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.

En ese sentido, cumplimos con informarle lo siguiente:

(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 el párrafo anterior, 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.

(iii) El tratamiento de los datos personales, tal como se establece en esta cláusula, es necesario para la aprobación y/o gestión de los productos solicitados.

ARTÍCULO N° 19: 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° 20: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de comercializadores a distancia y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, EL ASEGURADO podrá resolver la Solicitud-Certificado sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud.

Para tal fin, EL ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la Solicitud-Certificado podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

ARTÍCULO N° 21: MODIFICACIÓN DE CONDICIONES

A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación de LA COMPAÑÍA por medio de los mecanismos de comunicación pactados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

EL CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por LA COMPAÑÍA; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

En caso la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la póliza.

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 a analizar la propuesta remitida por LA COMPAÑÍA 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 hasta el término de su vigencia.

LA COMPAÑÍA deberá proporcionar la información suficiente a EL CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de LOS ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el Contrato.