

# **Protección Financiera**

## **Condiciones Generales**

MICROSEGURO  
PROTECCIÓN FINANCIERA  
CONDICIONES GENERALES

CONDICIONES GENERALES

TABLA DE CONTENIDO

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES 1  
ARTÍCULO N° 2: OBJETO DEL SEGURO 3  
ARTÍCULO N° 3: COBERTURAS 4  
ARTÍCULO N° 4: EXCLUSIONES 5  
ARTÍCULO N° 5: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO 5  
ARTÍCULO N° 7: VIGENCIA DEL SEGURO 6  
ARTÍCULO N° 8: MONEDA 6  
ARTÍCULO N° 9: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO 6  
ARTÍCULO N° 10: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE 7  
ARTÍCULO N° 11: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO 7  
ARTÍCULO N° 12: AVISO DEL SINIESTRO, SOLICITUD Y PAGO DE SINIESTRO 9  
ARTÍCULO N° 13: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTO 10  
ARTÍCULO N° 14: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS 10  
ARTÍCULO N° 15: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS 10  
ARTÍCULO N° 16: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO 12  
ARTÍCULO N° 17: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES 12  
ARTÍCULO N° 18: COPIA DE LA PÓLIZA 13  
ARTÍCULO N° 19: AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA 13  
ARTÍCULO N° 20: PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES 13  
ARTÍCULO N° 21: REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA 15

Crece 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 la muerte o una o más lesiones corporales. **No se considera como accidentes a sucesos que sean consecuencia de: ataques cardiacos, ataques 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 (transporte masivo) debidamente autorizado, bajo la condición de pasajero o conductor.

Asegurado: Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos según la Póliza. Es cliente del Contratante o del Comercializador.

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

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

Culpa inexcusable: Actitud descuidada, negligente o imprudente de EL ASEGURADO por la cual no cumple con alguna de las obligaciones establecidas en la Póliza (por ejemplo no dar aviso del siniestro dentro del plazo establecido en el artículo 12 de la presente póliza).

Declaración Personal de Salud (DPS): Descripción veraz, completa y exacta de EL ASEGURADO respecto a su estado de salud al momento de solicitar 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 EL ASEGURADO. Surte efecto una vez suscrito y/o aprobado por LA COMPAÑÍA y/o EL CONTRATANTE, según corresponda.

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

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.

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.

Reticencia: Omitir declarar estados, hechos o circunstancias relativas al riesgo, consultadas por LA COMPAÑÍA, 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 de grupo o colectivo: Modalidad de seguro que se caracteriza por cubrir, mediante un solo contrato, a múltiples asegurados que integran una colectividad.

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

Suma asegurada: Monto que deberá pagar LA COMPAÑÍA a favor del beneficiario en caso de siniestro. Se encuentra detallada en las Condiciones Particulares de la Póliza y

en la Solicitud-Certificado.

## 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

Los riesgos que están cubiertos por esta Póliza son el diagnóstico de las Enfermedades Graves señaladas en esta póliza, la Incapacidad Total Temporal por accidente y la muerte por accidente de tránsito. En este sentido, están cubiertos por esta póliza los siguientes siniestros:

a) Diagnóstico de Enfermedades Graves: La presente póliza cubre el diagnóstico de las siguientes enfermedades:

- Cáncer: Implica la presencia por lo menos de un tumor maligno de crecimiento y desarrollo imprevisible que debe ser confirmado por análisis histológico.
- Infarto al Miocardio (Ataque al corazón): muerte o necrosis de una parte del músculo cardiaco (miocardio) como consecuencia del deficiente suministro sanguíneo a la zona afectada. El diagnóstico de Infarto al Miocardio debe ser confirmado simultáneamente por los siguientes criterios: historia de dolor torácico típico, nuevos cambios en el electrocardiograma y elevación de las enzimas cardiacas. El infarto debe haber ocurrido después de la fecha de inicio de cobertura.
- Insuficiencia Renal Crónica: Insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones, que exija la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis, o que requiera un trasplante de ambos riñones.
- Coma: Condición clínica grave ocasionada por múltiples causas, accidentales o por enfermedad; caracterizada por una pérdida profunda de conciencia, durante la cual el paciente permanece con los ojos cerrados y no responde a ningún tipo de estímulo externo por intenso que sea. Requiere ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos y el apoyo de un respirador artificial (ventilador). La satisfacción de todas sus necesidades vitales es completamente dependiente de terceros. El diagnóstico de coma se debe haber realizado después de la fecha de inicio de cobertura. Esta cobertura incluye el coma inducido.

La cobertura de estas enfermedades graves entra en vigor pasados 30 días naturales contados desde el inicio de la vigencia del seguro. Se cubre un solo evento durante la vigencia del seguro.

b) Incapacidad Total y Temporal por accidente (ITT)

Consiste en la pérdida o disminución de las funciones físicas o intelectuales de EL ASEGURADO ocasionada por un accidente, que le impide ejecutar las tareas propias de su profesión, oficio o actividad económica.

Esta condición requiere de descanso médico recetado inmediatamente después de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud como parte del tratamiento que recibe EL ASEGURADO para su recuperación. Es así que su certificación es la consecuencia de un acto médico, realizado de acuerdo con las normas legales peruanas y se considera como una prescripción médica. Esta incapacidad implica que si EL ASEGURADO continúa con sus actividades profesionales normales, repercutiría negativamente sobre la evolución favorable de su condición, tratamiento y recuperación.

La ITT debe haber implicado que EL ASEGURADO haya sido hospitalizado por lo menos la cantidad de días que se indica en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado.

Además, para poder aplicar la cobertura se requiere contar con un descanso médico superior a los días señalados en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado

Para el cómputo de este periodo de descanso, se sumaran los días de hospitalización (incluida permanencia en Unidad de Emergencias). El descanso médico debe ser en todos los casos ininterrumpido.

c) Muerte por accidente de tránsito

Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de un accidente de tránsito, es decir mientras este se encuentra viajando, descendiendo o subiendo de cualquier medio de transporte terrestre privado o público (transporte masivo) debidamente autorizado bajo la condición de pasajero o conductor. En caso de que el accidente se produzca en transporte público, es condición necesaria que la mencionada unidad de transporte tenga la respectiva licencia para transportar pasajeros. El fallecimiento debe ocurrir en un periodo de noventa días calendario, contados desde la fecha del accidente y que ser causado por el accidente de tránsito en mención.

En caso ocurra un siniestro, LA COMPAÑÍA pagará al beneficiario la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado de Seguro, siempre que se cumpla con todos los términos y condiciones establecidos en la Póliza.

#### **ARTÍCULO N° 4: EXCLUSIONES**

**LA COMPAÑÍA no pagará el siniestro cuando éste 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 del 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 deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real**

- peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.**
- 6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.**
- 7. Lesiones inferidas a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento.**

#### **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: 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, 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 Seguro que otorga a EL ASEGURADO.

#### **ARTÍCULO N° 7: VIGENCIA DEL SEGURO**

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

#### **ARTÍCULO N° 8: MONEDA**

El monto de la prima a pagar, la suma asegurada 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 y/o Solicitud-Certificado.

#### **ARTÍCULO N° 9: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO**

**La prima es la contraprestación de EL 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 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 titular. 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° 10: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE**

Los términos y condiciones de la Póliza se definen basándose en la veracidad y exactitud de las declaraciones de EL CONTRATANTE y EL ASEGURADO a las preguntas y formularios proporcionados por LA COMPAÑÍA. Si las declaraciones del CONTRATANTE o ASEGURADO fueran inexactas o haya callado información con malicia (a sabiendas de su importancia para valorar el riesgo), es probable que LA COMPAÑÍA hubiera definido condiciones diferentes bajo conocimiento del verdadero estado del riesgo declarado (p.e una prima mayor). Es por ello que LA COMPAÑÍA tiene derecho a declarar la nulidad de la Solicitud-Certificado, siempre y cuando haya habido dolo o culpa inexcusable al declarar.

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 de la Solicitud-Certificado en lo referente a un ajuste de primas y/o de cobertura, en un plazo de treinta (30) días desde la fecha en que se constató la declaración inexacta o reticente. El ASEGURADO 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 al 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° 11: 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:**

- 1. Por incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 9 de las presentes Condiciones. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo anterior a la suspensión de la cobertura.**
- 2. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte de EL 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° 10 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. La resolución procederá previo aviso al Asegurado con una anticipación no menor a 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.**
- 4. Por ejercicio por parte del ASEGURADO de su derecho de resolución sin expresión de causa.**

**Asimismo, LA COMPAÑÍA devolverá – sin gestión adicional alguna por parte de EL ASEGURADO- la prima correspondiente al periodo no devengado, en caso de existir, según la forma de pago de la prima determinada en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado de Seguro.**

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

### **b) Causales de extinción**

**Asimismo, la Solicitud-Certificado se extinguirá si ocurren los siguientes eventos:**

- 1. Por muerte natural o accidental de EL ASEGURADO, previo pago de la correspondiente cobertura.**
- 2. 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 presente 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:

1. Si EL ASEGURADO incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable.
2. 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.
3. En ausencia de interés asegurable al momento de la celebración 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.

En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable (numeral 1 anterior), 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. 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 a EL ASEGURADO e informada a EL CONTRATANTE con posterioridad.

**ARTÍCULO N° 12: AVISO DEL SINIESTRO, SOLICITUD Y PAGO DE SINIESTRO**

En caso de siniestro, 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 o el beneficiario prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

Para solicitar la cobertura, 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:

<b>Documentos Obligatorios</b>	<b>Diagnóstico de enfermedades graves</b>	<b>ITT por accidente</b>	<b>Muerte por accidente de tránsito</b>
--------------------------------	---	--------------------------	---

<b>Copia de la historia clínica donde se evidencien los diagnósticos y procedimientos realizados que sustenten el diagnóstico o condición cubierta por la Póliza (copia foliada y fedateada) o Informe médico original en formato de Crecer Seguros.</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	
<b>Informe anátomo patológico histológico de biopsia positivo, realizado por el médico oncólogo tratante (original o certificación de reproducción notarial)</b>	<b>X(1)</b>		
<b>Certificado Médico en formato oficial que indique: diagnóstico, tratamiento, días de hospitalización, días de reposo, médico tratante, fecha de atención y centro de salud (original)</b>		<b>X</b>	
<b>Atestado Policial Completo (copia simple)</b>		<b>X(2)</b>	<b>X(2)</b>
<b>Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico, en caso de accidente de tránsito (copia simple)</b>		<b>X(2)</b>	<b>X(2)</b>
<b>Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial)</b>			<b>X</b>
<b>Partida o Acta de Defunción (original o copia simple)</b>			<b>X</b>
<b>Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial)</b>			<b>X(2)</b>
<b>Testamento, declaratoria de herederos o Sucesión intestada del asegurado (original o en certificación de reproducción notarial), en caso el asegurado no haya designado beneficiarios específicos en la Solicitud-Certificado.</b>	<b>X(3)</b>	<b>X(3)</b>	<b>X(3)</b>
<b>Documentos nacional de identidad de los beneficiarios (copia simple)</b>	<b>X(3)</b>	<b>X(3)</b>	<b>X(3)</b>

- (1) Aplica únicamente al diagnóstico de cáncer.**
- (2) Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.**
- (3) Aplica para las coberturas en las que se otorgue la suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado en la presente Solicitud-Certificado.**

**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, directamente LA COMPAÑÍA o al Comercializador señalado en la Solicitud-Certificado.**

**Si LA COMPAÑÍA incurre en mora en el pago de la indemnización, deberá pagar a EL ASEGURADO o al beneficiario, un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, de la moneda en que se encuentre expresado el contrato de seguro por todo el tiempo de la mora.**

**El pago de la indemnización correspondiente a la cobertura de muerte por accidente de tránsito de EL ASEGURADO, se pagará a sus beneficiarios señalados en la Solicitud-Certificado o en su defecto a sus herederos.**

**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° 13: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTA**

En caso de que se presente documentos falsos, dolosos o engañosos (p.e. adulterados) para sustentar la solicitud de pago de siniestro, se procederá a resolver la Solicitud-Certificado. LA COMPAÑÍA deberá comunicar a EL ASEGURADO o a su beneficiario, su decisión de resolver la Solicitud-Certificado. La presente causal de resolución produce la liberación LA COMPAÑÍA al momento que se presente dicha situación.

#### **ARTÍCULO N° 14: 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 y/o queja será comunicada por LA COMPAÑÍA en un plazo máximo de quince (15) días calendario o naturales 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, San Isidro, Lima , Perú.
- Correo electrónico: [gestionalcliente@crecerseguros.pe](mailto:gestionalcliente@crecerseguros.pe)
- Página web: [www.crecerseguros.pe](http://www.crecerseguros.pe)
- Teléfono: (01) 4174400

## **ARTÍCULO N° 15: 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 podrán acudir a las siguientes instancias administrativas:**

#### **INDECOPI**

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

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

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

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

### **b) Vía judicial**

**Toda disputa, controversia, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre 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° 16: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO**

**Cualquier desacuerdo existente entre LA COMPAÑÍA y/o EL ASEGURADO y/o el BENEFICIARIO 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 339, San Isidro, Lima, Perú.
- **Página Web:** [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)
- **Teléfono:** (01) 4210614

**ARTÍCULO N° 17: 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° 18: 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 por parte de LA COMPAÑÍA o EL COMERCIALIZADOR del seguro.

#### ARTÍCULO N° 19: AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA

En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, EL ASEGURADO autoriza, con su firma en la Solicitud-Certificado de seguro, a LA COMPAÑÍA o a EL 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° 20: 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 escritas.

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 N°. 29733) y su Reglamento (Decreto Supremo N°. 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° 21: 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.