

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
ARTÍCULO N° 17: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES
ARTÍCULO N° 18: COPIA DE LA PÓLIZA
ARTÍCULO N° 19: REGISTRO NACIONAL DE INFORMACION DE CONTRATOS DE VIDA
ARTÍCULO N° 20: DERECHO DE ARREPENIMIENTO
ARTÍCULO N° 21: MODIFICACION DE LAS CONDICIONES

ARTICULO N° 22: DERECHO DE REVOCACION DE CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

ARTICULO N° 23: RENOVACION DEL SEGURO

ARTICULO N° 24: PRESCRIPCION

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 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 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 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 estipulaciones que recogen aspectos relativos a la extensión de la cobertura del seguro, riesgos excluidos, procedimiento para la solicitud de cobertura y de liquidación del siniestro, entre otros..

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 relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el convenio de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros.

Contratante: Persona Natural o Jurídica con la que LA COMPAÑÍA, tratándose de seguros de grupo o colectivos, celebra el contrato de seguro. 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: incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores, en caso correspondan, y el beneficio comercial de la empresa.

Reclamo Cualquier disconformidad respecto del producto o servicio adquirido.

Requerimiento: Los requerimientos son las comunicaciones realizadas por los usuarios o por terceros en nombre de los usuarios, por la que se busca una acción por parte de la empresa.

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 considera riesgo a todo suceso futuro e incierto cuya materialización da origen a la obligación de indemnización de LA COMPAÑÍA respecto de los siniestros objeto de cobertura bajo esta Póliza.

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.

Solicitud-Certificado: Documento que acredita la contratación del microseguro bajo la modalidad de seguro de grupo o colectivo

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 cardíaco (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 cardíacas. 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.

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 médico, se sumarán 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

LA COMPAÑÍA otorgará a los BENEFICIARIOS del ASEGURADO la suma asegurada determinada en la Solicitud-Certificado, cuando este fallezca como consecuencia de un accidente de tránsito, salvo los supuestos de exclusiones de la póliza. Si existe pluralidad de BENEFICIARIOS, a falta de indicación distinta, la suma asegurada se dividirá en partes iguales.

Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente de Tránsito. Se entenderá como fallecimiento inmediato por un Accidente de Tránsito, aquel que ocurra dentro del periodo señalado en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado, contado desde la fecha de ocurrencia del Accidente.

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. Asimismo, se considera preexistencia a toda condición de salud o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia del mismo durante la vigencia del seguro.**
- 2. Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**
- 3. Participación directa o indirecta del asegurado en actos realizados con falta de diligencia o cuidados debidos, actos ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.**
- 4. Participación directa o indirecta del beneficiario en actos realizados con falta de diligencia o cuidados debidos, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.**
- 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 23:59 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 por la cobertura que presta LA COMPAÑÍA. En este tipo de seguro, se deberá pagar la prima según el monto, lugar, forma y plazo 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.

Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en los documentos antes señalados, LA COMPAÑÍA puede otorgar un plazo de gracia adicional, el cual se detalla en las condiciones particulares y/o Solicitud-Certificado, y se contabiliza desde el día siguiente al último día que el ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el plazo de gracia adicional, la cobertura de la póliza permanecerá vigente.

Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional; se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado por LA COMPAÑÍA, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPAÑÍA se comunique de forma previa.

Los corredores de seguros, salvo disposición legal diferente, están prohibidos de cobrar primas y/o extender documentos de financiamiento o recibos de pago por cuenta de LA COMPAÑÍA. El pago hecho por el Asegurado al corredor se tiene por no efectuado mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente a LA COMPAÑÍA o a la entidad financiera autorizada por LA COMPAÑÍA para recaudar el pago. En el caso de que este seguro sea comercializado a través de una empresa del sistema financiero u otra persona natural o jurídica debidamente autorizada que haya suscrito un contrato de comercialización con LA COMPAÑÍA, los pagos efectuados por el ASEGURADO al COMERCIALIZADOR se consideran abonados a LA COMPAÑÍA.

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 póliza o la Solicitud-Certificado se resolverá en cualquiera de los siguientes escenarios, previa notificación a EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO, en los casos que corresponda:

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 resolución automática del contrato de seguro.

2. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte de EL ASEGURADO 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 a EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO O EL CONTRATANTE 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.

Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO, debiendo comunicarlo a LA COMPAÑÍA con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, la cual puede ser presentada mediante los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato.

Por ejercicio de su derecho de arrepentimiento

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.

[JMAW1] b) Causales de extinción

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

1. Cuando LA COMPAÑÍA pague las coberturas contratadas, según corresponda,

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 quince (15) 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. Si el incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro obedece a culpa inexcusable del CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, o si se demuestra que LA COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros 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 BENEFICIARIO o EL CONTRATANTE podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios requeridos para solicitar el pago del siniestro:

Documentos Obligatorios	Diagnóstico de enfermedades graves	ITT por accidente	Muerte por accidente de tránsito
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.	X	X	
Informe anátomo patológico histológico de biopsia positivo, realizado por el médico oncólogo tratante (original o certificación de reproducción notarial)	X(1)		
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)		X	
Atestado Policial Completo (copia simple)		X(2)	X(2)
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico, en caso de accidente de tránsito (copia simple)		X(2)	X(2)
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial)			X
Partida o Acta de Defunción (original o copia simple)			X
Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial)			X(2)
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.	X(3)	X(3)	X(3)
Documentos nacional de identidad de los beneficiarios (copia simple)	X(3)	X(3)	X(3)

(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.

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.

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 en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios, computados desde la fecha en que se toma conocimiento del carácter fraudulento de la solicitud de cobertura. 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

Los requerimientos 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 Compañía dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.

Los datos de LA COMPAÑÍA para la presentación de requerimientos o reclamos son:

CRECER SEGUROS S.A.

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, San Isidro, Lima , Perú.
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe
- Página web: www.creckerseguros.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
- **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
- **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

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, 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
- **Teléfono:** (01) 4210614

ARTÍCULO N° 17: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre **LA COMPAÑÍA y EL ASEGURADO, el BENEFICIARIO o EL CONTRATANTE** con motivo de este contrato, deberá efectuarse por escrito o correo electrónico, dirigidos al domicilio de **LA COMPAÑÍA o EL CONTRATANTE** y por el medio y a las direcciones físicas o electrónicas de **EL ASEGURADO** pactadas en la Solicitud-Certificado.

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: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado del Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias, comunicando su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición en este documento, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las cobertura y/o beneficios de la presente póliza. El derecho de arrepentimiento es aplicable en tanto la comercialización de los seguros se dé a través de comercializadores, incluyendo la Bancaseguros, y a través del uso de sistemas a distancia de LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO N° 21: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES

Según lo dispuesto en las condiciones particulares de la presente póliza grupal, esta póliza de microseguro se renueva automáticamente según la forma pactada, en principio en las mismas condiciones vigentes en el periodo anterior.

En caso LA COMPAÑÍA considere necesario incorporar modificaciones con ocasión de la renovación de la póliza deberá dirigir una comunicación escrita a EL CONTRATANTE, a través de cualquiera de los medios pactados en el Condicionado Particular, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato, detallando las modificaciones en caracteres destacados, la que se puede incluir como parte de la documentación enviada con la renovación.

EL CONTRATANTE cuenta con un plazo no menor a treinta (30) días, previos al vencimiento del contrato, para manifestar su rechazo con la propuesta. Ante el silencio del contratante, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones de la renovación.

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.

EL CONTRATANTE mediante escrito de fecha cierta dirigido a LA COMPAÑÍA puede comunicar su decisión de no renovar la póliza hasta un día antes de la fecha de su fin de vigencia.

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 por medio de los mecanismos de comunicación pactados. 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.

ARTÍCULO 22: DERECHO DE REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

EL ASEGURADO tiene derecho de comunicar a LA COMPAÑÍA, por escrito, la revocación de su consentimiento de mantener su condición de ASEGURADO de la presente Póliza. La resolución por la presente causal operará solo respecto a la Solicitud – Certificado del ASEGURADO, desde la recepción de la citada comunicación por parte de LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA devolverá al CONTRATANTE la prima pagada, salvo la parte correspondiente al período de tiempo que el contrato tuvo vigencia, deduciendo los gastos administrativos correspondientes, los mismos que serán debidamente sustentados. Las devoluciones de primas señaladas anteriormente se realizarán previa presentación de una solicitud por escrito del ASEGURADO, enviada a través de los medios de comunicación pactados en la presente póliza, que permitan enviar la solicitud bajo esa formalidad. Luego de ello, LA COMPAÑÍA, en un plazo de 10 días útiles de recibida la solicitud, procederá a la devolución de la prima en forma directa al CONTRATANTE.

ARTÍCULO N° 23: RENOVACIÓN DEL SEGURO

El contrato de seguro se renovará automáticamente en las mismas condiciones pactadas en la fecha de su celebración al término de la vigencia establecida en las condiciones particulares o Solicitud-Certificado, según corresponda, siempre que el Contratante y/o Asegurado cumpla con pagar la prima correspondiente. El presente contrato de seguro podrá no renovarse de forma automática, debiendo para tal efecto comunicarlo cualquier de las partes por escrito con sesenta (60) días calendarios de anticipación a la fecha la renovación.

ARTÍCULO N° 24: PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en la Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde la ocurrencia del siniestro, con excepción de las acciones relativas a las coberturas por fallecimiento las que prescribirán en el plazo de diez (10) años desde que el BENEFICIARIO tome conocimiento de la existencia del beneficio. Cumplido el plazo de prescripción, sin que el CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO hubiera solicitado el beneficio, LA COMPAÑÍA quedará liberada de la obligación de pagar la Suma Asegurada.