

Microseguro de Sepelio

Condiciones Generales

TABLA DE CONTENIDO

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES	2
ARTÍCULO N° 2: OBJETO DEL SEGURO	3
ARTÍCULO N° 3: COBERTURAS	4
ARTÍCULO N° 4: EXCLUSIONES.....	4
ARTÍCULO N° 5: CONDICIONES PARA SERASEGURADO..	4
ARTÍCULO N° 6: VIGENCIA DEL SEGURO.....	4
ARTÍCULO N° 7: MONEDA	5
ARTÍCULO N° 8: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO.....	5
ARTÍCULO N° 9: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO	6
ARTÍCULO N° 10: AVISO DEL SINIESTRO, SOLICITUD Y PAGO DE SINIESTRO.....	7
ARTÍCULO N° 11: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTE.....	9
ARTÍCULO N° 12: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS	9
ARTÍCULO N° 13: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	9
ARTÍCULO N° 14: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	10
ARTÍCULO N° 15: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	10
ARTÍCULO N° 16: COPIA DE LA PÓLIZA	10
ARTÍCULO N° 17: REGISTRO NACIONAL DE INFORMACION DE CONTRATOS DE VIDA.....	10
ARTÍCULO N° 18: DERECHO DE ARREMPENTIMIENTO	11
ARTÍCULO N° 19: MODIFICACION DE CONDICIONES	12
ARTICULO N° 20: RENOVACION DEL SEGURO.....	12
ARTICULO N°21: DERECHO DE REVOCACION DE CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO.....	12
ARTÍCULO N° 22: PRESCRIPCION.....	12

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. La referencia genérica al Asegurado (s) incluye tanto al Asegurado Titular como al Asegurado(s) Adicional(es).

Asegurado titular: Persona natural que suscribe la Solicitud-Certificado.

Asegurado Adicional: Persona natural designada por el Asegurado Titular a favor del cual se contrata la cobertura de Servicio de Sepelio de la presente póliza.

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.

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 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.

Corredor: Persona Natural o Jurídica que por cuenta de EL CONTRATANTE intermedia en la celebración del Contrato de Seguro.

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

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

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.

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 en la Póliza.

ARTÍCULO N° 3: COBERTURAS

a) Muerte Accidental:

LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado cuando EL ASEGURADO Titular fallezca como consecuencia de un Accidente, según la definición establecida en el artículo N° 1 de la presente póliza.

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

b) Servicio de Sepelio:

LA COMPAÑÍA otorgará la cobertura de sepelio detallada en la Solicitud-Certificado mediante sus funerarias afiliadas, hasta los límites pactados, en función al plan elegido en la Solicitud-Certificado y la presente póliza, en caso de fallecimiento de EL ASEGURADO Titular o de cualquiera de los ASEGURADOS Adicionales.

ARTÍCULO N° 4: EXCLUSIONES

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

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. Toda preexistencia implica un estado de salud no resuelto al momento de la solicitud del seguro.

Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).

Participación directa o indirecta del asegurado en actos realizados con falta de diligencia o cuidados debidos s, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.

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.

Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico (aquellos que impliquen un grado de violencia no ocasional), 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.

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. En caso de que el asegurado estuviera al interior del vehículo, la exclusión referida al uso del alcohol solo aplicará cuando el asegurado sea el conductor del vehículo.

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro 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 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. Toda preexistencia implica un estado de salud no resuelto al momento de la solicitud 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 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 (aquellos que impliquen un grado de violencia no ocasional), 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. En caso de que el asegurado estuviera al interior del vehículo, la exclusión referida al uso del alcohol solo aplicará cuando el asegurado sea el conductor del vehículo.**

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 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° 7: MONEDA

El monto de la prima a pagar, la suma asegurada y demás valores indicados en esta Póliza se expresarán en moneda nacional o extranjera, según lo que se especifique 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, 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° 9: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

a) Causales de resolución:

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

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 resolución automática del contrato de seguro.

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. 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 de EL CONTRATANTE o de EL ASEGURADO titular y sin expresión de causa, 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.

LA COMPAÑÍA devolverá en un plazo de quince (15) días calendario de resuelta la solicitud – certificado – sin gestión adicional alguna por parte de EL ASEGURADO 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.

Al cumplir, EL ASEGURADO, la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado, salvo que existan otros asegurados que se encuentren dentro de dicha edad máxima de permanencia, en cuyo caso la Solicitud-Certificado se mantendrá vigente respecto de estos últimos.

c) Causales de nulidad

Además de las causales de resolución y extinción, la Póliza o 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.

Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. LA COMPAÑÍA tiene un plazo de treinta (30) días calendario para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.

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. Excepto cuando EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso LA COMPAÑÍA retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro, a título indemnizatorio, perdiendo cuando EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

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

ARTÍCULO N° 10: 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 de muerte accidental, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los documentos obligatorios requeridos para solicitar el pago del siniestro detallados en la tabla adjunta.

Para solicitar el servicio de sepelio, EL BENEFICIARIO o el familiar a cargo del sepelio deberá comunicarse con Crecer Seguros a los teléfonos (01) 417440 (para Lima) o (0801) 17440 (para Provincias). El familiar deberá proporcionar los datos básicos de EL ASEGURADO fallecido (DNI, nombres y apellidos) y una vez que éstos sean validados, se iniciarán las coordinaciones del servicio de sepelio a través del director funerario asignado. Además, se deberá entregar al director funerario los documentos indicados en la tabla adjunta, para poder dar paso a la sepultura o cremación.

Documentos ³	Muerte Accidental	Servicio de Sepelio
Documento Nacional de Identidad de EL ASEGURADO (copia simple), en tanto sea posible su obtención.		X
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	X	
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada de Reniec o certificación de reproducción notarial)	X	X
Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial).	X1	
Protocolo de Necropsia (copia simple).	X1	
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple).	X1	
Dosaje Etilico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial y Protocolo de necropsia).	X1	
Copia Certificada de la Partida Registral donde esté inscrita el Acta de Sucesión Intestada o la Resolución Judicial de Declaración de Herederos o el contenido del testamento del Asegurado.	X2	

1. Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente
2. Siempre y cuando en la Solicitud-Certificado no se haya designado beneficiario en la Solicitud-Certificado.
3. 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 a LA COMPAÑÍA o 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 FRAUDULENTO

En caso de que se presente documentos falsos, adulterados o que contengan información engañosa 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 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° 12: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS 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 respuesta a estos reclamos será comunicada por LA COMPAÑÍA 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, 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

Sin perjuicio de lo antes expuesto, en caso EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO requieran orientación y/o formular denuncias podrán acudir a:

Plataforma de atención al usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP - SBS

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

b) Vía judicial

Toda disputa, controversia, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre 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.

Asimismo, cuando se trate de controversias posteriores a la ocurrencia del siniestro, referidas al monto del pago del mismo, las partes podrán pactar entonces acudir a la Jurisdicción Arbitral, siempre que los daños o pérdidas reclamadas a LA COMPAÑÍA sean superiores o iguales al límite fijado por la SBS.

ARTÍCULO N° 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, o a un proceso arbitral, de haberse pactado.

ARTÍCULO N° 15: 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, deberán efectuarse por escrito o correo electrónico dirigido 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° 16: 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.

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

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° 18: 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 coberturas 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° 19: MODIFICACION DE 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 N° 20: 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 21: 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° 22: 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.