

Seguro de Desgravamen con Devolución

Condiciones Generales

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la presente Póliza bajo los siguientes términos y condiciones:

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES

Accidente: Todo suceso externo, imprevisto, súbito, violento y ajeno a la intencionalidad de EL ASEGURADO, que le ocasione una o más lesiones corporales.

No se considera como accidentes a sucesos que sean consecuencia de: ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.

Asegurado: Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos según la Póliza. La referencia a Asegurado en la presente póliza, incluirá tanto al Asegurado titular como al adicional.

Asegurado titular: Se trata del Asegurado que firmó la solicitud o solicitud - certificado de seguro, en calidad de solicitante. Es el cliente titular del crédito asociado a este seguro, que luego de suscrita la solicitud certificado o emitido el Certificado, según corresponda, ocupa la posición de Asegurado titular.

Asegurado Adicional: Se trata del Asegurado que es firmante adicional del crédito asociado a este seguro. Aquel cuya firma aparece en la solicitud o solicitud-certificado de seguro como firmante adicional del crédito, que una vez emitido el Certificado o Solicitud-certificado, según corresponda, ocupa la posición de Asegurado adicional.

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

Certificado de Seguro: Documento de la Póliza que certifica la incorporación de EL ASEGURADO a una Póliza grupal o colectiva.

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 del 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: Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar, y en general, modificar el contenido o efecto 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 Jurídica o Entidad Financiera que otorga al solicitante del seguro el crédito asociado al Seguro de Desgravamen, el cual es condición para el otorgamiento del crédito. Además, es el beneficiario del seguro en las coberturas que se detallan. Se encuentra identificado en las Condiciones Particulares y en el Certificado o Solicitud – Certificado de Seguro.

Culpa inexcusable: Actitud descuidada, negligente o imprudente del Asegurado por la cual no cumple con alguna de las obligaciones establecidas en la 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. La Declaración Personal de Salud, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por LA COMPAÑIA, y formarán parte de la Póliza de Seguro.

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

Endoso: Documento adicional a la póliza de seguro, en el que se establecen modificaciones a la póliza o certificado de seguros o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido aprobados por el Contratante y La Compañía, 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: Documento que refleja las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre La Compañía y el Contratante. Incluye los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y endosos.

Póliza de seguro electrónica: Es la versión digital de la póliza de seguro, regulada por la Ley del Contrato de Seguro y las normas emitidas por la Superintendencia, y que es remitida y/o puesta a disposición por medios electrónicos.

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, y el beneficio comercial de La Compañía. Es el precio del seguro.

Reticencia: Omisión de declarar estados, hechos o circunstancias relativas al riesgo, 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 homogénea.

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

Solicitud-certificado: Documento que recoge la información de la solicitud de seguro y certificado de seguro, y que es utilizado en los seguros de grupo o colectivos, siempre que el seguro sea comercializado como masivo.

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 el Certificado de Seguro.

ARTÍCULO N° 2: DISPOSICIONES GENERALES

Esta Póliza sólo podrá ser suscrita o modificada por los representantes de LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO N° 3: 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° 4: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

La Póliza de seguro contiene los siguientes documentos:

1. Endosos o Adendas.
2. Condiciones Especiales.
3. Condiciones Particulares.
4. Condiciones Generales.

Se precisa que los documentos indicados se encuentran ordenados por jerarquía e importancia. En caso de que exista alguna contradicción o discrepancia al momento de aplicar lo establecido en la Póliza, los documentos que se encuentran primero prevalecen y modifican a los que les siguen, según la numeración presentada.

ARTÍCULO N° 5: COBERTURAS

Los riesgos que están cubiertos por esta Póliza son la muerte (natural o accidental) y la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente). En este caso, las coberturas son excluyentes; es decir, que solo se podrá utilizar una de las coberturas durante la vigencia de la Póliza. Es decir, la ocurrencia de un siniestro determina el fin de la relación contractual.

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

a) Muerte natural

Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de una enfermedad, que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza.

b) Muerte accidental

Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza.

c) Invalidez total permanente (ITP) por enfermedad

Se cubre la ITP de EL ASEGURADO consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o intelectuales, que le impidan desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.

Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor de seis (6) meses.

La invalidez debe estar sustentada por un Dictamen o Certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. Deberá tratarse de una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).

La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique que la naturaleza de la incapacidad es permanente y que su grado es total o de gran incapacidad; definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la directiva sanitaria "Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF".

d) Invalidez total permanente (ITP) por accidente

Se cubre la Invalidez total permanente de EL ASEGURADO, consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o

intelectuales, que le impida desempeñar cualquier ocupación para la que esté preparado por su educación, capacidad o experiencia.

Este seguro cubre la ITP que ocurra como consecuencia de un accidente acaecido durante la vigencia de esta póliza de seguro, que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente y, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza. Deberá tratarse de una pérdida o disminución que implique:

Invalidez total permanente (ITP) por accidente

1. Fractura incurable de la columna vertebral.
2. Pérdida total de la visión de ambos ojos.
3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos.
4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.
5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.
6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie.
7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.

La invalidez puede estar sustentada por un Dictamen o Certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que indique el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos detallados en el cuadro anterior, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).

La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique un diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas en el cuadro anterior), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la directiva sanitaria "Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF".

e) Sobrevivencia:

En caso el ASEGURADO sobreviva, al término de la vigencia pactada en su Certificado o Solicitud-Certificado, LA COMPAÑÍA pagará a favor del ASEGURADO titular el porcentaje de devolución de las primas pagadas sin

incluir el Impuesto General a las Ventas (IGV), según lo establecido en el Condicionado particular o Solicitud-Certificado o Certificado de seguro. La cobertura aplicará, siempre y cuando, no se haya pagado la cobertura de Invalidez Total y Permanente, ni la cobertura de muerte.

ARTÍCULO N° 6: EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no pagará el siniestro cuando la muerte (natural o accidental) o la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente) 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. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo pero no limitando, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.**
- 4. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, 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; esto incluye: carreras de automóvil y motocicletas, concursos hípicas, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina y deportes a caballo.**

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 (aplica sólo a la cobertura de invalidez total permanente).

ARTÍCULO N° 7: TITULAR DE LA PÓLIZA

Todos los derechos y obligaciones señaladas bajo esta Póliza y que no pertenecen a LA COMPAÑÍA, estarán reservados a EL ASEGURADO, a menos que se señale que corresponden a EL CONTRATANTE o al BENEFICIARIO.

ARTÍCULO N° 8: 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 Certificado o Solicitud – Certificado de Seguro.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar a EL ASEGURADO o al BENEFICIARIO que acredite la edad de EL ASEGURADO a través de un documento oficial, antes de pagar un siniestro cubierto por la Póliza.

ARTÍCULO N° 9: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

La Póliza ha sido emitida por LA COMPAÑÍA sobre la base de las declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE y 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 Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado que se emitirá al ASEGURADO, según corresponda.

ARTÍCULO N° 10: VIGENCIA DEL SEGURO

Las fechas de inicio y de fin de vigencia de la Póliza se indican en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado o Solicitud-Certificado del Seguro. La cobertura comienza a las 00:00 horas del día en que se inicia la vigencia de la Póliza 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° 11: 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 la Solicitud - Certificado y/o el Certificado de Seguro.

ARTÍCULO N° 12: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO

La prima es la contraprestación del 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, Solicitud-Certificado y/o en el Certificado de Seguro. No obstante, LA COMPAÑÍA no puede rechazar el pago de la prima ofrecido o efectuado por personas distintas al ASEGURADO titular.

El COMERCIALIZADOR se encargará de recaudar la prima del ASEGURADO titular, a través del canal que se defina para ese fin y que se señala en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado. Todo pago que se haga al COMERCIALIZADOR se entiende como recibido por LA COMPAÑÍA.

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación; siempre y cuando, no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, LA COMPAÑÍA deberá comunicar de manera cierta a EL ASEGURADO y a EL CONTRATANTE sobre el incumplimiento del pago de la prima, así como sobre el plazo del que dispone para pagar antes que se le suspenda la cobertura del seguro. Dicha comunicación se realizará de forma directa o a través del COMERCIALIZADOR, a la dirección consignada en la Solicitud o Solicitud-Certificado de Seguro. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura; se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

Si la cobertura se encuentra suspendida por incumplimiento de pago, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver el Certificado o Solicitud- Certificado de Seguro. Para tal efecto, comunicará por escrito a EL ASEGURADO su decisión de resolver la Solicitud-Certificado o Certificado por falta de pago de prima, con treinta (30) días calendario de anticipación, contados desde que el Asegurado recibe tal comunicación; pasados los cuales operará la resolución. Una vez resuelto LA COMPAÑÍA deberá notificar la resolución al CONTRATANTE.

Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en el Certificado o Solicitud-Certificado para el pago de la prima, se entiende que la Solicitud-Certificado y/o Certificado queda extinto.

En caso de resolución o extinción, LA COMPAÑÍA podrá realizar la cobranza de una o más cuotas impagas, incluyendo los gastos de cobranza debidamente sustentados y/o intereses generados por el incumplimiento, conforme lo indicado en la Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro.

ARTÍCULO N° 13: REHABILITACIÓN

La cobertura de seguro que se encuentre suspendida podrá ser rehabilitada por LA COMPAÑÍA siempre y cuando se realice el pago total de las cuotas vencidas. 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.

El Certificado podrá ser rehabilitado únicamente si LA COMPAÑÍA no ha comunicado su deseo de resolver el Certificado o si este último no se ha extinguido.

ARTÍCULO N° 14: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

Según lo indicado en el Artículo N° 9 de las presentes Condiciones Generales, los términos y condiciones de la Póliza se definen basándose en la veracidad y exactitud de las declaraciones de EL CONTRATANTE y EL ASEGURADO. Si las declaraciones fueran inexactas o reticentes, es probable que LA COMPAÑÍA hubiera definido condiciones diferentes bajo conocimiento del verdadero estado del riesgo declarado. Es por ello que LA COMPAÑÍA tiene derecho a declarar la nulidad del Certificado o Solicitud-Certificado, según corresponda, siempre y cuando haya habido dolo o culpa inexcusable, como se señala en el Artículo N° 15 de este documento.

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 del Certificado o 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 o

Solicitud-Certificado, según corresponda, comunicándose al ASEGURADO dentro de los treinta (30) días siguientes a los diez (10) días antes mencionados. La resolución del certificado o solicitud-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° 15: CAUSALES DE EXTINCIÓN, RESOLUCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

- **Extinción**

La Póliza de Seguro se extinguirá si ocurren los siguientes eventos:

1. **Por término de la vigencia pactada al inicio del Contrato de Seguro.**
2. **Por incumplimiento en el pago de la prima, en caso de que transcurran noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima, según lo establecido en el Artículo N° 12 de estas Condiciones Generales.**

La Solicitud – Certificado o Certificado de Seguro se extinguirá, adicionalmente a las casuales indicadas en el punto anterior, si ocurren los siguientes eventos:

1. **Por muerte de EL ASEGURADO.**
2. **Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia establecido en las Condiciones Particulares, Certificado o Solicitud Certificado.**
3. **Cuando EL ASEGURADO cancele en su totalidad el crédito otorgado por el BENEFICIARIO.**
4. **Cuando LA ASEGURADORA pague una de las coberturas principales o la suma asegurada contratada.**

Como consecuencia de la extinción de la Solicitud - Certificado o Certificado de Seguro, ya no tendrán efecto las coberturas otorgadas al titular de la respectiva Solicitud - Certificado o Certificado y se libera a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad de pago ante la ocurrencia de un siniestro.

- **Resolución**

a. La presente póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes escenarios, previa notificación a EL CONTRATANTE:

1. **Por incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 12 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá**

- derecho a la prima devengada por el periodo cubierto anterior a la suspensión de la cobertura.
2. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL CONTRATANTE debiendo comunicarlo a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó o se declararon, según corresponda, para la contratación del seguro, a la otra parte con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución. Si EL CONTRATANTE opta por la resolución, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.
 3. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo, LA COMPAÑÍA opta por resolver el contrato. La resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación de resolución a EL CONTRATANTE. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.
- b. La Solicitud - Certificado o Certificado de Seguro quedará resuelto con respecto al ASEGURADO cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:
1. Cuando se solicite la cobertura fraudulentamente de acuerdo con lo señalado en el artículo 18 de este Condicionado General. LA COMPAÑÍA enviará una comunicación a EL BENEFICIARIO y/o CONTRATANTE, de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de treinta (30) días calendarios desde la presentación de toda la documentación obligatoria completa listada en esta póliza para la evaluación de solicitud de cobertura, según lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley del Contrato de Seguro. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la parte proporcional de la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta la solicitud de cobertura del siniestro fraudulento.
 2. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo 12 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo cubierto anterior a la suspensión de la cobertura.
 3. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo LA COMPAÑÍA opta por resolver el Certificado o la solicitud-certificado. La resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación de resolución a EL ASEGURADO. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del Certificado o la solicitud-certificado original.
 4. Por ejercicio del derecho de resolución del certificado o solicitud-certificado, por modificaciones autorizadas por EL CONTRATANTE en la póliza y en los certificados o solicitud-certificados, utilizando cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios, que se ponen a su disposición en la Solicitud – Certificado o Certificado de

Seguro. La resolución operará a los treinta (30) días de recibida la comunicación en la que EL ASEGURADO manifiesta su voluntad de resolver su Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro.

- 5.** Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL ASEGURADO debiendo comunicarlo a la otra parte con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, utilizando cualquiera de los mecanismos de comunicación dispuestos por LA COMPAÑÍA, detallados en este documento o en el Certificado o Solicitud-Certificado, según corresponda. Si EL ASEGURADO opta por la resolución, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.
- 6.** Por declaración inexacta o reticente, siempre que está se hubiera producido sin dolo o culpa inexcusable, según el procedimiento establecido en el Artículo 14 de estas Condiciones Generales. La resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación de resolución a EL ASEGURADO.

En los numerales a.1 y b.2, donde la causa de la resolución es la falta de pago de primas, LA COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de la prima devengada de acuerdo con la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto, en el caso corresponda.

En los numerales, a.2, a.3, b.1, b.3, b.4, b.5 y b.6, LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, para los numerales a.3, b.1, b.3 y b.6 LA COMPAÑÍA procederá con la devolución de la prima correspondiente al periodo no devengado a EL ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, en un plazo de treinta (30) días calendario desde la fecha de resolución de la Solicitud-certificado, Certificado o Póliza. En el caso de los numerales a.2, b.4 y b.5. corresponderá la devolución de la prima por el periodo no devengado, en un plazo de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud de resolución del contrato de seguro del ASEGURADO o CONTRATANTE, sin gestión adicional y deduciendo los gastos administrativos, en caso correspondan; los mismos que serán debidamente sustentados mediante comunicación escrita a la parte correspondiente y, adicionalmente, se encontraran precisados en el Condicionado Particular, Solicitud-Certificado o Certificado. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del CONTRATANTE o directamente al ASEGURADO, según corresponda.

En cualquier caso, una vez resuelto el Contrato y/o el Certificado o Solicitud-Certificado, la Compañía queda liberada de su prestación.

La resolución del Certificado o Solicitud Certificado deberá posteriormente ser comunicada a EL CONTRATANTE.

- **Nulidad De La Póliza**

La Póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o Asegurado en la Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro.

Será nulo todo Contrato o Solicitud- Certificado o Certificado de Seguro, según corresponda:

- a. Si el Contratante y/o el Asegurado hubiera tomado el Seguro sin contar con Interés Asegurable.
- b. Si al tiempo de la celebración se hubiera producido el Siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c. Por Retención y/o Declaración Inexacta, siempre que ésta se hubiere producido con dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado, respecto de circunstancias conocidas por ellos, que hubiesen impedido la celebración del presente Contrato o modificado sus condiciones, de haber sido conocidas por la Compañía.

En el supuesto indicado en el párrafo anterior, la Compañía deberá invocar la causal en un plazo de treinta (30) días desde que tomó conocimiento de la Retención o Declaración Inexacta.

- d. Declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, al momento de celebración del Contrato, hubiere excedido los límites establecidos en las Condiciones Particulares. En este caso, se procederá con la devolución de las primas pagadas correspondientes.

La nulidad de la póliza, la Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, según corresponda, determina que el Contratante y/o el Asegurado pierdan el derecho a exigir a la Compañía indemnización o beneficio alguno relacionado con la Solicitud- Certificado o Certificado de Seguro o la Póliza emitida a su favor.

Los Beneficiarios y/o Asegurado que hubieren cobrado el beneficio previsto en la Póliza con anterioridad a la declaración de nulidad del Contrato, quedarán obligados a devolver el beneficio recibido cuando la Compañía ejerza las acciones legales correspondientes, devolución a realizar a la Compañía conjuntamente con los intereses legales, gastos debidamente sustentados y tributos a que hubiere lugar, conforme lo indicado en la Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro.

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas en un plazo de 30 días calendario de declarada la nulidad, sin intereses al Contratante o Asegurado, según corresponda, y deduciendo los gastos administrativos, en caso correspondan, los mismos que serán debidamente sustentados mediante

comunicación escrita a la parte correspondiente y adicionalmente, estarán precisados en el Condicionado Particular, la Solicitud-Certificado o Certificado, cuando correspondan, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido por reticencia y/o declaración inexacta, en virtud del literal c) del presente artículo 15, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las mismas para el primer año de duración del contrato de seguro.

ARTÍCULO N° 16: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, EL ASEGURADO, el BENEFICIARIO o cualquier tercero 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.

En caso de ITP por enfermedad, ésta deberá existir de un modo continuo por no menos de seis (6) meses. El plazo de siete (7) días para dar aviso a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro se iniciará luego de pasados los seis meses mencionados anteriormente.

Para estos efectos, 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.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, LA COMPAÑÍA podría reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.

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; así como, tampoco se pierde el derecho a ser indemnizado si es que 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 solicitar la cobertura, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO podrá acercarse a cualquier oficina de EL COMERCIALIZADOR o de LA COMPAÑÍA y presentar los documentos obligatorios requeridos por LA COMPAÑÍA para solicitar el pago del siniestro:

| Documentos Obligatorios ¹ | Muerte natural | Muerte accidental | ITP por Enfermedad | ITP por Accidente | Sobrevivencia |
|---|----------------|-------------------|--------------------|-------------------|---------------|
| Certificado Médico de defunción completo (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio. | X | X | | | |
| Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC). | X | X | | | |
| Certificado de Necropsia² (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal. | | X | | | |
| Protocolo de Necropsia² (copia simple). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal. | | X | | | |
| Atestado Policial Completo² (copia simple) Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia. | | X | | X | |
| Dosaje etílico y estudio químico toxicológico² (copia simple). (Puede estar incluido en el Atestado Policial). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Publico, y es adicional al Dosaje etílico. | | X | | X | |

| Documentos Obligatorios ¹ | Muerte natural | Muerte accidental | ITP por Enfermedad | ITP por Accidente | Sobrevivencia |
|--|----------------|-------------------|--------------------|-------------------|---------------|
| Dictamen o Certificado médico de Invalidez emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSa) en original o en certificación de reproducción notarial. | | | X | X | |
| Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada (para créditos mayores a S/. XXX o US\$ XXX) Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado se ha tratado. | X | | X | X | |
| Saldo insoluto de la deuda sin incluir intereses, moras, comisiones o gastos emitidos por la entidad titular del derecho de crédito (original o copia simple). | X | X | X | X | X |
| Copia Simple de DNI del ASEGURADO | | | | | X |
| Solicitud simple según formato entregado por LA COMPAÑÍA | | | | | X |

- (1) El certificado de seguro o la solicitud-certificado pueden indicar la presentación de menos documentos obligatorios. En este caso, junto con la solicitud de pago del siniestro, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en la solicitud-certificado o certificado de seguro.
- (2) Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa; salvo que LA COMPAÑÍA requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL ASEGURADO o beneficiario, o de la SBS, en caso el Asegurado o Beneficiario no dieran su autorización. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

Asimismo, en caso LA COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales relacionados a la documentación e información presentada por el ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO(S) deberá solicitarlos dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el

plazo con el que cuenta la compañía para consentir o rechazar el siniestro (previsto en el párrafo anterior) hasta que se presente lo solicitado.

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia en los plazos establecidos en este Artículo, se entenderá que el siniestro queda consentido.

ARTÍCULO N° 17: PAGO DE SINIESTRO

Una vez aprobado el siniestro, LA COMPAÑÍA cuenta con un plazo de treinta (30) días calendario para realizar el pago del siniestro.

ARTÍCULO N° 18: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTA

En caso de que se presente documentos falsos, dolosos o engañosos para sustentar la solicitud de pago de siniestro, se aplicará el Artículo N° 15 de las presentes Condiciones Generales y se procederá a resolver el contrato. LA COMPAÑÍA deberá comunicar a EL ASEGURADO o a su beneficiario, su decisión de resolver el Certificado de Seguros o la Solicitud-Certificado de Seguros. La presente causal de resolución produce la liberación LA COMPAÑÍA al momento que se presente dicha situación.

ARTÍCULO N° 19: IMPUESTOS

Los impuestos que pudieran crearse en el futuro o los eventuales aumentos de los impuestos existentes aplicables a las primas de seguros o al pago de siniestros, serán de cargo del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, salvo que la Ley declare de manera expresa que son de cargo exclusivo de LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO N° 20: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la Póliza, para que sea válida, deberá ser realizada por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA y por EL CONTRATANTE.

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 de analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado. Con su firma en la solicitud de seguro EL ASEGURADO consiente la cláusula ahí contenida, según la cual a través de este procedimiento puede verse modificado su certificado (excepto en lo que se refiere a exclusiones y riesgos cubiertos). De proceder la modificación, la COMPAÑÍA entregará a EL CONTRATANTE la documentación necesaria para que éste ponga las referidas modificaciones en conocimiento de LOS

ASEGURADOS con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a que entren en vigencia las modificaciones, a fin de que EL ASEGURADO pueda, si desea, manifestar su voluntad de resolver su certificado de seguro.

ARTÍCULO N° 21: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS

Los requerimientos 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 a los requerimientos y reclamos será comunicada por LA COMPAÑÍA en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

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

CRECER SEGUROS S.A.

- Dirección: Av. Jorge Basadre, N° 310, 2do piso, San Isidro, Lima, Perú.
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe
- Página web: www.crecerseguros.pe
- Teléfono: (01) 4174400

ARTÍCULO N° 22: 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 (aprobación o rechazo) 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

Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) - Atiende consulta y denuncias.

- 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.

c) Vía arbitral

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° 23: 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, N° 307, piso 9, San Isidro, Lima, Perú.
- Página Web: www.defaseg.com.pe
- Teléfono: (01) 4210614

ARTÍCULO N° 24: 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 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 posibles, 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 o Solicitud de Seguro y en el Certificado respectivo 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 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° 25: 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° 26: AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA

EL CONTRATANTE autoriza a LA COMPAÑÍA a enviar la Póliza y/o el Certificado de Seguro a los ASEGURADOS a través de medios electrónicos como la página web y/o el correo electrónico. Asimismo, EL ASEGURADO, a través de su firma en la solicitud de seguro autoriza a LA COMPAÑÍA a enviarle el certificado de seguro a través de los medios electrónicos allí indicados.

LA COMPAÑÍA entregará los Certificados de la forma prevista en la Solicitud de Seguro en un plazo de quince (15) días desde que esta se suscribió.

ARTÍCULO N° 27: REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental, creado mediante Ley N° 29355.

ARTÍCULO N° 28: PLAZO DE PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES.

Las acciones fundadas en el presente seguro prescriben en el plazo de diez años desde que ocurrió el siniestro. Cuando el siniestro sea el de fallecimiento del asegurado, el plazo de prescripción anterior para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

ARTÍCULO N° 29: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA Y MODIFICACIONES CON OCASIÓN DE LA RENOVACIÓN.

La presente póliza es de renovación anual automática. En principio el contrato se renueva en las mismas condiciones vigentes en el periodo anterior. Cuando LA COMPAÑÍA considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. EL CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA COMPAÑÍA. En este último caso, LA COMPAÑÍA debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

ARTÍCULO N° 30: DERECHO DE RESCATE:

El ASEGURADO podrá ejercer su derecho de rescate, siempre y cuando, cumpla con las siguientes condiciones:

- a. Que se encuentre al día en el pago de las primas del seguro.
- b. Que no se haya efectuado el pago de las coberturas de muerte o Invalidez Total y permanente,
- c. Se realice una cancelación total y/o anticipada del crédito a la entidad Financiera o Persona Jurídica indicada como Beneficiaria en la póliza, cuando corresponda.
- d. Hayan transcurrido dos (02) años desde el inicio de vigencia de su Solicitud-certificado o certificado, conforme a los valores de rescate establecidos en la Tabla de derecho de rescate establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, que forman parte de la presente póliza, previa deducción de cualquier deuda que el ASEGURADO tuviera con LA COMPAÑÍA

Para el ejercicio del derecho de rescate, el ASEGURADO deberá realizar su solicitud a través de correo electrónico o presencial a LA COMPAÑÍA, debiendo para ello, adjuntar copia simple de su documento de identidad y un documento (original o copia simple) que acredite que no tiene deuda pendiente con la Entidad Financiera o Persona Jurídica señalada como beneficiaria en las Condiciones particulares y/o Solicitud-Certificado o

Certificado de seguro, cuando corresponda. LA COMPAÑÍA dará respuesta al ASEGURADO en un plazo máximo de 30 días calendarios de recibida la solicitud.

Una vez efectuado el rescate, cesa toda obligación posterior de parte de la COMPAÑÍA, por término del contrato.