

CRECE EMPRENDEDOR

Condiciones Generales

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

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES

Accidente: Todo suceso externo, imprevisto, súbito, violento y ajeno a la intencionalidad de EL ASEGURADO, que le ocasione una o más lesiones corporales. No se considera como accidente a sucesos que sean consecuencia de: ataques cardiacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.

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

Beneficiario: Persona Natural o Persona Jurídica que tiene derecho a cobrar la suma asegurada tras la ocurrencia del siniestro en las proporciones señaladas en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado.

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 y que se encuentran detallados en la Solicitud-Certificado, Certificado y/o Condicionado Particular.

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 potencial ASEGURADO 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 que especifican aspectos concretos relativos al riesgo individualizado que se asegura. Por ejemplo: nombre y domicilio de las partes contratantes, suma asegurada, importe de la prima, vigencia del contrato, entre otros.

Contratante: 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 o 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.

Deducible: Cantidad o porcentaje o periodo de tiempo establecido en la Póliza, que debe de superarse para que se pague un siniestro. EL ASEGURADO asume la responsabilidad por el pago correspondiente al deducible; es decir, ante la ocurrencia de un siniestro, LA COMPAÑÍA paga la suma asegurada descontando el deducible.

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.

Incapacidad Total Temporal (ITT) por Accidente: Consiste en la pérdida o disminución de las funciones físicas o intelectuales de EL ASEGURADO por accidente que le impide ejecutar las tareas propias de su profesión o actividad económica. Esta condición requiere de descanso médico recetado inmediatamente 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.

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.

Periodo de carencia: Periodo comprendido entre el momento inicial en que se formaliza una Póliza y una fecha posterior predeterminada por la aseguradora, durante el cual todavía no surten efecto las coberturas previstas en la Póliza.

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.

Póliza de seguro electrónica: Es la versión digital de la Póliza de seguro, regulada por la Ley de Contrato de Seguro y demás normas vigentes, y que es transmitida y almacenada en medios electrónicos.

Prima Comercial: Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), en caso corresponda, cargos por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores, y el beneficio comercial de la empresa. Es el precio del seguro.

Reticencia: Omitir declarar estados, hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por EL CONTRATANTE y/o 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 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 Póliza de seguro.

Suma asegurada: Monto máximo indicado en la Solicitud-Certificado o 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: 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.
5. Solicitud de Seguro.
6. Resumen

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 y accidental) y la incapacidad total temporal por accidente.

En caso de que ocurra un siniestro, LA COMPAÑÍA otorgará el beneficio asegurado a EL ASEGURADO o a EL BENEFICIARIO, siempre que se cumpla con todos los términos y condiciones establecidos en la Póliza.

a. Muerte natural o accidental:

En caso de fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de una enfermedad o un accidente, que no estén incluidos dentro de las exclusiones de la Póliza, se brindarán las siguientes prestaciones por servicio de sepelio:

- Trámites de sepelio.
- Ataúd de madera.
- Capilla ardiente.
- Traslado, conducción e instalación del servicio.
- Nicho o cremación en cualquier camposanto del país.
- Asistencia legal vía telefónica para los familiares del asegurado o tercero con interés legítimo, en los temas referentes a los trámites relacionados con la muerte del asegurado, como por ejemplo la sucesión.

Los servicios descritos se otorgarán a través de una empresa especializada que LA COMPAÑÍA indicará al solicitar el referido servicio.

b. Incapacidad total temporal por accidente:

La cobertura de incapacidad total por accidente es temporal; por lo tanto, así el asegurado presente una Invalidez total permanente, esta se cubrirá solo durante el plazo máximo de rentas admitido por la cobertura detalladas en las Condiciones Particulares y Certificado o Solicitud-Certificado de seguro.

La cobertura se otorgará solo de una de las siguientes maneras:

1. Renta diaria hospitalaria: Se pagará una renta por cada día de hospitalización del asegurado en cualquier institución hospitalaria legalmente constituida, que ocurra como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, 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.

La renta diaria por hospitalización se otorga por días completos y no por fracciones de día.

2. Renta mensual por descanso no hospitalario: Se pagará una renta mensual por cada treinta (30) días consecutivos de ITT por accidente ocurrido durante la vigencia del certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, 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, debidamente sustentados por un Certificado Médico en formato oficial, recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud, que indique claramente el diagnóstico, tratamiento y los días de reposo.

La renta mensual por descanso no hospitalario se otorga por meses completos de treinta (30) días cumplidos y no por fracciones de mes.

La suma asegurada, el número de eventos cubierto y el límite de la renta que se otorgará se encuentran especificados en las Condiciones Particulares, Solicitud-certificado o Certificado de Seguro.

ARTÍCULO N° 6: EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no pagará el siniestro cuando la muerte (natural o accidental) o la incapacidad total temporal 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. 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. 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, 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. Esta exclusión no aplicará para la cobertura de muerte.
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 (aplica sólo a la cobertura de incapacidad total).**
- 8.

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 CONTRATANTE o a EL ASEGURADO, a menos que se señale que corresponden a EL 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 de Seguro.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar al ASEGURADO o al BENEFICIARIO que acredite la su 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/o EL ASEGURADO al momento de solicitar el seguro. LA COMPAÑÍA se basa en la veracidad y exactitud de dichas declaraciones para definir los términos y condiciones del Certificado de Seguro que se emitirá al ASEGURADO.

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 las de inicio y fin de vigencia del Certificado o la Solicitud-Certificado del Seguro se indican en dichos documentos. 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° 11: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado o Certificado del Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, 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.

ARTÍCULO N° 12: MONEDA

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

ARTÍCULO N° 13: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO

La prima es la contraprestación de EL ASEGURADO por la cobertura que presta LA COMPAÑÍA. En este tipo de seguro, se deberá pagar la prima según el monto, frecuencia, lugar y forma de pago indicados en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro. No obstante, LA COMPAÑÍA no puede rechazar el pago de la prima ofrecido o efectuado por personas distintas a EL ASEGURADO.

El COMERCIALIZADOR se encargará de recaudar la prima de EL ASEGURADO, a través del canal que se defina para ese fin y que se señala en las Condiciones Particulares 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 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 la póliza, el Certificado o Solicitud-Certificado de Seguro, según corresponda. Para tal efecto, comunicará por escrito a EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO su decisión de resolver la Póliza, el Certificado o la Solicitud-Certificado, según corresponda, por falta de pago de prima, con treinta (30) días calendario de anticipación, contados desde la recepción de tal comunicación; pasados los cuales operará la resolución.

Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, en las Condiciones Particulares de la Póliza, el Certificado o la Solicitud-Certificado de Seguro, según corresponda, se entiende que la Póliza, el Certificado y/o la Solicitud-Certificado de Seguro, según corresponda, queda extinta.

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, a través de un proceso judicial o arbitral.

ARTÍCULO N° 14: REHABILITACIÓN

La cobertura de seguro que se encuentre suspendida podrá ser rehabilitada por LA COMPAÑÍA siempre y cuando EL ASEGURADO 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 (00:00) horas del día siguiente al que se efectuó el pago.

La cobertura de seguro que se encuentre suspendida podrá ser rehabilitada únicamente si LA COMPAÑÍA no ha comunicado su deseo de resolver la Póliza o si esta última no se ha extinguido.

ARTÍCULO N° 15: 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 ASEGURADO. Si las declaraciones mencionadas 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, siempre y cuando haya habido dolo o culpa inexcusable, como se señala en el Artículo N° 16 de este documento.

Si la declaración inexacta o reticente no obedece a dolo o culpa inexcusable de EL ASEGURADO 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 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 comunicándose a EL ASEGURADO dentro de los treinta (30) días siguientes a los diez (10) días antes mencionados. Corresponde a LA COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que efectuó la resolución.
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° 16: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

a. Causales de resolución

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

1. **Por incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 13 de las presentes Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo anterior a la suspensión de la cobertura.**
2. **Por ejercicio del derecho de arrepentimiento, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 11 de las presentes Condiciones Generales; devolviéndose a EL ASEGURADO que ejercita este derecho la prima recibida sin intereses.**
3. **Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte de EL ASEGURADO sobre la propuesta de revisión del Certificado o Solicitud-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° 15 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 o Solicitud Certificado. La resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación de resolución a EL ASEGURADO.**
4. **Por presentar una solicitud de pago de siniestro fraudulenta, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo N° 19 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la parte proporcional de la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta la solicitud de pago del siniestro.**
5. **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 los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó para la contratación del seguro. En este caso deberán devolverse a EL ASEGURADO, de ser el caso, las primas pagadas no consumidas, hasta el momento en que se efectuó la resolución, vía depósito en cuenta u orden de pago, y en el plazo de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud de resolución del seguro.**

6. Por ejercicio por parte de EL ASEGURADO, de su derecho legal de resolver el seguro sin expresión de causa; utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó para la contratación del seguro. En este caso, sin gestión adicional alguna, deberán devolverse a EL ASEGURADO, de ser el caso, las primas pagadas no consumidas, hasta el momento en que se efectuó la resolución, vía depósito en cuenta u orden de pago, y en el plazo de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud de resolución del seguro.

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

Para los numerales 3 y 4, la Compañía de oficio procederá a la devolución de la prima no devengada al Asegurado o Contratante, en caso este último haya asumido el pago, en el plazo de treinta (30) días calendario desde que se produjo la resolución del seguro.

La resolución del Certificado o Solicitud-Certificado deberá posteriormente ser comunicada a EL CONTRATANTE. Asimismo, LA COMPAÑÍA, en todos los casos que corresponda, devolverá – sin gestión adicional alguna por parte de EL ASEGURADO- la prima correspondiente al periodo no devengado, en caso de existir el mismo, según la forma de pago de la prima determinada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro o Solicitud Certificado.

La Póliza puede ser resuelta por la sola voluntad de EL CONTRATANTE sin expresión de causa. EL CONTRATANTE deberá notificar a LA COMPAÑÍA por escrito con por lo menos treinta (30) días de anticipación. La resolución deberá ser comunicada por EL CONTRATANTE a los ASEGURADOS. En caso corresponda, la devolución de primas pagadas no consumidas, hasta el momento en que se efectuó la resolución, se realizará en el plazo de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud de resolución del seguro.

b. Causales de extinción

La Póliza se extinguirá si ocurre el siguiente evento:

- i. Por término de la vigencia pactada al inicio del Contrato de Seguro.
- ii. 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° 9 de estas Condiciones Generales.

Asimismo, el Certificado o Solicitud Certificado se extinguirá si ocurren los siguientes eventos:

1. Por fallecimiento de EL ASEGURADO.
2. Por término de la vigencia pactada en la solicitud, certificado y/o solicitud -certificado de seguro.
3. 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° 13 de las presentes Condiciones Generales.
4. Al cumplir EL ASEGURADO la edad máxima de permanencia indicada en la solicitud, certificado y/o solicitud certificado de seguro.

En caso de que se produzca alguno de los supuestos de extinción contenidos en los numerales 3 y 4, esta operará previa notificación de EL CONTRATANTE.

Como consecuencia de la resolución o extinción del Certificado o Solicitud-Certificado de Seguro (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

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.

La Póliza y/o el Certificado o Solicitud Certificado, según corresponda, será nulo desde el inicio de su vigencia en los siguientes casos:

1. Si EL CONTRATANTE o ASEGURADO incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, según lo indicado en el Artículo N° 15 de las presentes Condiciones Generales.
2. Si se comprueba que EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso, a la fecha de contratación del seguro; y existió declaración inexacta de la edad.
3. En ausencia de interés asegurable al momento de la celebración del Contrato de Seguro, de acuerdo con el Artículo N° 2 de la Ley 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, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo N° 3 de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable (numeral 1), 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, abonando el monto correspondiente a la cuenta en la que se efectuó el cargo. La devolución mencionada se efectuará en un plazo de treinta (30) días calendario desde que se declaró la nulidad.

LA COMPAÑÍA devolverá el íntegro de las Primas pagadas – en caso existan, en un plazo de 30 días calendario de declarada la nulidad, sin intereses al CONTRATANTE o ASEGURADO, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del numeral c.1, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas POR LA COMPAÑÍA, conforme a lo indicado en párrafos anteriores.

La nulidad del certificado o Solicitud Certificado será notificada a EL ASEGURADO e informada a EL CONTRATANTE con posterioridad.

ARTÍCULO N° 17: 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 se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. 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.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, 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. 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 ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o la persona que haya tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro podrá acercarse a cualquier oficina de EL

COMERCIALIZADOR o de LA COMPAÑÍA y presentar los documentos obligatorios requeridos por LA COMPAÑÍA para ejecutar la cobertura del siniestro¹:

Para solicitar los servicios indicados en la cobertura muerte natural o accidental, EL BENEFICIARIO o el familiar a cargo de los servicios de sepelio deberá comunicarse con LA COMPAÑÍA a los teléfonos (01)4174400 (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 de la empresa especializada asignada por LA COMPAÑÍA, conforme lo descrito en la respectiva cobertura. Además, se deberá entregar a la empresa especializada los documentos indicados en la tabla que sigue a continuación, para poder dar paso a la sepultura o cremación.

Documentos Obligatorios	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITT por Accidente
Documento Nacional de Identidad del asegurado (copia simple).	x3	x3	x
Atestado Policial Completo (copia simple). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia.			x2
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ² (copia simple – puede estar incluido en el atestado policial). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El Estudio Químico Toxicológico es adicional al Dosaje Etílico.			x2
Boleta o Factura del centro de salud privado o público, que indique nombre completo de asegurado, periodo y motivo de hospitalización (original).			x
Certificado Médico en formato oficial, que indique diagnóstico, tratamiento, días de reposo, médico tratante, fecha de atención y centro de salud (original). Se obtiene en el centro médico donde se atiende el asegurado.			x
Historia clínica (copia foliada) o Informe de evaluación médica (ESSALUD-Anexo N° 6) (original). Se obtiene en el centro médico donde se atiende el asegurado.			x

¹ Crecer Seguros directamente o a través de las entidades prestadoras del servicio de sepelio, podrá solicitar la información adicional que considere necesaria para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser, respecto de la documentación e información obligatoria presentada por EL ASEGURADO, CONTRATANTE o BENEFICIARIO, que se establece en esta póliza, y solicitados dentro de los primeros veinte (20) días, contados desde la fecha en que se completó la entrega de los documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo para liquidar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

² Únicamente en caso de accidente de tránsito.

³ En caso de no contar con el Documento Nacional de Identidad de EL ASEGURADO (copia simple), se solicitará el Certificado de inscripción (Ficha Reniec) o Partida de defunción.

ARTÍCULO N° 18: PAGO DE SINIESTRO

- Pago de siniestro en caso la cobertura sea por Muerte Natural o Accidental:

Dentro de las 48 horas siguientes a la fecha de haber recibido la solicitud de cobertura y de cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la atención del Siniestro, la COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento y brindar los referidos servicios indicados en la cobertura o informar el rechazo del Siniestro.

Cuando corresponda, LA COMPAÑÍA brindará los servicios detallados en la cobertura de esta póliza, en la forma, condiciones y monto máximo de suma asegurada, detallados en el Condicionado Particular y Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de esta y la póliza se encuentre vigente.

- Pago de siniestro en caso la cobertura sea por Incapacidad Total Temporal por 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 el plazo se encuentre suspendido debido a que se encuentre pendiente la entrega de documentación conforme lo establecido en artículo anterior o 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 en su defecto de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

El pago de la indemnización por parte de LA COMPAÑÍA se efectuará dentro de los treinta (30) días calendarios de aprobado o consentido el Siniestro. Se entiende consentido el Siniestro cuando LA COMPAÑÍA no se pronuncia sobre el rechazo o aprobación del Siniestro dentro de los treinta (30) días calendarios desde la fecha de recibidos los Documentos obligatorios completos, conforme el procedimiento establecido en esta póliza.

ARTÍCULO N° 19: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTO

En caso de que se presente documentos falsos, dolosos o engañosos para sustentar la solicitud de pago de siniestro, se procederá a resolver la presente póliza. LA COMPAÑÍA deberá comunicar al BENEFICIARIO su decisión de rechazar la cobertura y resolver la misma, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios desde la entrega de la documentación obligatoria completa listada en esta póliza para la evaluación de la solicitud de cobertura, salvo que LA COMPAÑÍA haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley del Contrato de Seguro. La presente causal de resolución produce la liberación LA COMPAÑÍA de cualquier obligación de cobertura desde el momento que se presente dicha situación.

ARTÍCULO N° 20: 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 de EL ASEGURADO y/o El BENEFICIARIO, salvo que la Ley declare de manera expresa que son de cargo exclusivo de LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO N° 21: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA Y MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

La presente póliza es de renovación automática por el periodo que se indique en las Condiciones Particulares, en caso la Compañía o el Contratante no deseen renovar la misma deberán dar aviso a su contraparte antes de su fecha de vencimiento, caso contrario, operará su renovación automática.

En caso de renovación de la póliza, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, y cuando la Compañía considere incorporar modificaciones en dicha renovación, esta última 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. En tal supuesto, el Contratante tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo en la propuesta, caso contrario, se entienden aceptadas por el Contratante las nuevas condiciones propuestas por la Compañía. En este último caso, LA COMPAÑÍA debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones. La Compañía proporcionará, en caso aplique, la información suficiente al Contratante, para que éste ponga en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el Contrato.

En caso, el Contratante manifieste su disconformidad con las modificaciones propuestas, no operará la renovación 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 o Solicitud Certificado, 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 cobertura). 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 resolver su certificado de seguro o Solicitud Certificado si así lo manifiesta.

ARTÍCULO N° 22: 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 los requerimientos o 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 requerimientos o reclamos son:

CRECER SEGUROS S.A.

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

ARTÍCULO N° 23: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

a. Vía administrativa

En caso de que EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO y/o EL CONTRATANTE no esté 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 Servicio al Ciudadano - SBS (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP) - Solo recibe denuncias y consultas.

- Dirección: Av. 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 EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO y LA COMPAÑÍA 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 siniestro, 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° 24: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Cualquier desacuerdo existente entre LA COMPAÑÍA y/o EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO y/o EL CONTRATANTE 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 EL ASEGURADO 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, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima
- Página Web: www.defaseg.com.pe
- Teléfono: 01-4210614

ARTÍCULO N° 25: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre LA COMPAÑÍA, EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO y/o EL CONTRATANTE con motivo de este contrato, deberá efectuarse vía telefónica y/o mediante carta al domicilio físico y/o correo electrónico de LA COMPAÑÍA o vía telefónica y/o mediante carta al correo electrónico y/o domicilio físico de EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO y/o EL CONTRATANTE. Las comunicaciones mediante llamada telefónica serán posible, salvo que la ley establezca expresamente que la comunicación deba realizarse por escrito.

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

Los domicilios, correo electrónico y/o número telefónico mencionados se encuentran registrados en la Solicitud- Certificado, 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, EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

Las comunicaciones cursadas por EL ASEGURADO y/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° 26: 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° 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 28: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde la ocurrencia del siniestro, con excepción de los reclamos y acciones relativos 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.

ARTÍCULO 29: DERECHO DE REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

EL ASEGURADO puede revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento, en caso EL ASEGURADO sea una persona diferente al CONTRATANTE. LA COMPAÑÍA, desde la recepción del documento que contiene la solicitud de revocación, cesará la cobertura del riesgo, devolviendo la prima pagada al ASEGURADO o CONTRATANTE, en caso este último haya asumido el pago, bajo el mismo método de pago utilizado, salvo la parte correspondiente al periodo en que el contrato tuvo vigencia, dentro de los treinta (30) días siguientes contados desde la recepción de la solicitud de revocación.