

Microseguro de Hospitalización por Accidente

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, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. **No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.**

Accidente de Tránsito: Accidente que cause daño a personas, mientras estas se encuentran viajando, descendiendo o subiendo de cualquier medio de transporte terrestre privado o público, bajo la condición de pasajero o conductor.

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

Beneficiario: Persona Natural o Persona Jurídica determinada en la Solicitud-Certificado que tiene derecho a cobrar la suma asegurada tras la ocurrencia del siniestro.

Cobertura: Riesgo(s) cubierto(s) por la Póliza de seguro y que se encuentran detallados en la Solicitud-Certificado.

Comercializador: Persona natural o jurídica con la que la empresa celebra un contrato de comercialización con el objeto de que este se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros. Incluye a la comercialización a través de bancaseguros.

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

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

Condiciones 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 que celebra el contrato de seguro.

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

Establecimiento Hospitalario: Establecimiento de Salud que cuente con las instalaciones y las autorizaciones pertinentes para el internamiento de los pacientes para pernoctar en él.

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

Interés Asegurable: Deseo sincero - que existe al momento de celebrar el Contrato de Seguro y durante toda su vigencia - de que no se materialice ninguno de los riesgos cubiertos, ya que ello le originaría un perjuicio económico.

La Compañía: Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros.

Póliza: Documento que refleja las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la empresa y el contratante. Incluye los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y endosos.

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 empresa.

Reclamo: Cualquier disconformidad respecto del producto o servicio adquirido.

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

Seguro grupal o colectivo: Modalidad de seguro que se caracteriza por cubrir, mediante un solo contrato, a múltiples asegurados que integran una colectividad.

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

Solicitud-certificado: documento que acredita la contratación del microseguro bajo la modalidad de seguro de grupo o colectivo.

Suma asegurada: Monto máximo indicado en la Solicitud- Certificado y en las Condiciones Particulares, que deberá pagar LA COMPAÑÍA a favor de EL BENEFICIARIO, en caso de siniestro, conforme a los límites indicados en la póliza.

ARTÍCULO N° 2: OBJETO DEL SEGURO

LA COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de una prima y en caso de que se produzca un siniestro objeto de cobertura, a pagar la suma asegurada correspondiente dentro de los límites pactados, según lo estipulado en la Póliza.

ARTÍCULO N° 3: COBERTURAS

a) Hospitalización por Accidente:

LA COMPAÑÍA otorgará la suma asegurada determinada en la Solicitud-Certificado a El ASEGURADO cuando este sufra un accidente por el que deba ser internado en un establecimiento hospitalario, por cualquier causa derivada de un accidente. Para aplicar a la cobertura, se requiere cumplir con un mínimo de días de hospitalización de forma continua e ininterrumpida, según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud-certificado. El internamiento debe

efectuarse máximo dentro de las 72 horas de producido el accidente a fin de obtenerse la cobertura. Se cubre solo un internamiento por evento (accidente).

Para acceder a esta cobertura, el establecimiento hospitalario y el accidente deben enmarcarse dentro de las definiciones estipuladas en el Artículo N°1 del presente documento.

b) Muerte Accidental:

LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO el importe señalado en la Solicitud-Certificado cuando EL ASEGURADO fallezca como consecuencia de un Accidente, según la definición establecida en el Artículo N°1 de la presente póliza.

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

c) Invalidez Total y Permanente por Accidente:

LA COMPAÑÍA pagará a EL ASEGURADO el importe señalado en la Solicitud-Certificado cuando se le determine 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 Invalidez total permanente que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza. Deberá tratarse de una pérdida o disminución que implique:

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 total y 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".

ARTÍCULO N° 4: EXCLUSIONES

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

a) **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.

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

c) **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.**

d) **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.**

e) **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.**

f) **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.**

g) **Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.**

ARTÍCULO N° 5: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a cualquier Persona Natural, residente en el Perú, que cumpla con los siguientes requisitos de asegurabilidad: edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia. Los requisitos de asegurabilidad se encuentran establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado de Seguro.

ARTÍCULO N° 6: VIGENCIA DEL SEGURO

Las fechas de inicio y de fin de vigencia de la Póliza se indican en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado del Seguro, según corresponda. 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.

Esto no impide que facultativamente LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE decidan renovar la póliza.

ARTÍCULO N° 7: MONEDA

El monto de la prima a pagar, la suma asegurada y demás valores indicados en esta Póliza se expresarán en moneda nacional, conforme se indica en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado.

ARTÍCULO N° 8: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO

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

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

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

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

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

ARTÍCULO N° 9: CAUSALES DE EXTINCIÓN, RESOLUCIÓN, Y NULIDAD DEL SEGURO

- Extinción

La Póliza se extinguirá si ocurre el siguiente evento:

1. Por término de la vigencia pactada al inicio del Contrato de Seguro.

La Solicitud – Certificado se extinguirá, adicionalmente a la casual indicada en el punto anterior, si ocurren los siguientes eventos:

1. Cuando LA COMPAÑÍA pague las coberturas contratadas, según corresponda.
2. Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia establecido en las Condiciones Particulares o Solicitud Certificado.

Como consecuencia de la extinción de la Solicitud Certificado, ya no tendrán efecto las coberturas otorgadas al titular de la respectiva Solicitud - 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° 8 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo cubierto anterior a la resolución de la póliza.**
 2. **Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL CONTRATANTE o LA COMPAÑÍA, 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 LA COMPAÑÍA ejerce la facultad de resolver, debe por medio fehaciente dar un preaviso en el plazo antes indicado y reembolsar la prima proporcional por el plazo no corrido. 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. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original. Para efectos de la resolución, LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.**
 - 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 11 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 veinte (20) días calendarios desde la presentación de toda la documentación obligatoria completa listada en esta póliza para la evaluación de solicitud de cobertura. 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 8 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo cubierto anterior a la resolución de la póliza.**
 3. **Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo LA COMPAÑÍA opta por resolver la solicitud-certificado. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones de la solicitud-certificado original. Para efectos de la resolución, LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.**
 4. **Por ejercicio del derecho de resolución de la solicitud- certificado, por modificaciones autorizadas por EL CONTRATANTE en la póliza y en las solicitud-certificados, utilizando cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios, que se ponen a su disposición en la Solicitud – Certificado. Para efectos de la resolución, EL ASEGURADO deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.**
 5. **Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL ASEGURADO o LA COMPAÑÍA, 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 la Solicitud-Certificado, según corresponda. Si LA COMPAÑÍA ejerce la facultad de resolver, debe por medio fehaciente dar un preaviso en el plazo antes indicado y reembolsar la prima proporcional por el plazo no corrido. 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, conforme a lo establecido en el artículo 13 de la Ley de Contrato de Seguro.

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 a la prima devengada por el tiempo transcurrido, en 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 quince (15) días calendario desde la fecha de resolución de la Solicitud-certificado o Póliza. En el caso de los numerales a.2, b.4 y b.5. corresponderá la devolución de la prima por al periodo no devengado, en un plazo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud del ASEGURADO y/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 o Solicitud-Certificado, cuando correspondan. 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 la Solicitud- Certificado, la Compañía queda liberada de su prestación.

La resolución de la 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 Póliza o Solicitud- Certificado, respectivamente.

Será nulo todo Contrato o Solicitud- 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 Reticencia 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 Reticencia 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 o Solicitud Certificado. En este caso, se procederá con la devolución de las primas pagadas correspondientes.

La nulidad de la póliza o la Solicitud-Certificado, 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 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.

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas en un plazo de quince (15) días calendario de declarada la nulidad, sin intereses al Contratante 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 o la Solicitud-Certificado, cuando correspondan, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal c) de Nulidad de la póliza, 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° 10: AVISO DEL SINIESTRO, SOLICITUD Y PAGO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta de El COMERCIALIZADOR o podrá comunicarse con LA COMPAÑÍA 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, si EL ASEGURADO, EL CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho. Si el incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro obedece a culpa inexcusable del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, o si se demuestra que la Compañía ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.

Para solicitar la cobertura, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios requeridos para solicitar el pago del siniestro:

Documentos ³	Muerte Accidental	ITP por Accidente	Hospitalización por Accidente
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	X	-	-
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada expedida por la RENIEC o certificación de reproducción notarial)	X	-	-
Certificado de Necropsia – es el documento que contiene las conclusiones finales del fallecimiento de la persona (original o certificación de reproducción notarial). ¹	X	-	-
Protocolo de Necropsia – es el documento donde se detallan los exámenes que se realizaron al cadáver en base a los hallazgos encontrados en el cuerpo (copia simple). ¹	X	-	-

Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple). ¹	X	X	X
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Atestado policial). ¹ 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 Público, y es adicional al Dosaje etílico.	X	X	X
Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado, según corresponda, expedida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos	X ²	-	-
Dictamen o certificado médico 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	-
Boleta o Factura del centro de salud privado o público, que indique el nombre completo del Asegurado y el período de hospitalización (original o certificación de reproducción notarial).	-	-	X
Informe Médico de la Institución médica membretado que indique los días de hospitalización, diagnóstico o causas relacionadas. (original)	-	-	X

1. Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente
2. Siempre y cuando en la Solicitud-Certificado no se haya designado beneficiario.
3. Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa antes señalada a LA COMPAÑÍA o al Comercializador.

El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente a EL ASEGURADO o beneficiario. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL ASEGURADO o beneficiario, según el caso, comunicándosele la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviados al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud-Certificado.

ARTÍCULO N° 11: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTO

En caso de que se presente documentos falsos, dolosos o engañosos (p.e. adulterados) para sustentar la solicitud de pago de siniestro, se procederá a resolver la Solicitud-Certificado. LA COMPAÑÍA deberá comunicar a EL ASEGURADO o a su beneficiario, su decisión de resolver la Solicitud-Certificado en un plazo no mayor a veinte (20) días calendarios, computados desde la entrega de la documentación obligatoria completa, listada para la evaluación de la solicitud de cobertura, según lo establecido en esta póliza. La presente causal de resolución produce la liberación de LA COMPAÑÍA de la obligación de cobertura de todos los siniestros ocurridos, incluido aquel fraudulentamente solicitado, en adelante.

ARTÍCULO N° 12: 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 quince (15) días calendario desde su recepción.

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

CRECER SEGUROS S.A.

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, distrito de San Isidro, Lima
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe
- Página web: www.crecerseguros.pe
- Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia: (0801) 17440

ARTÍCULO N° 13: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

a) Vía administrativa

En caso EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no estén de acuerdo con la respuesta de LA COMPAÑÍA a un reclamo o al pronunciamiento sobre la solicitud de un siniestro podrán acudir a:

Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI

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

A su vez, en caso EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO requieran orientación y/o formular denuncias podrán acudir a:

Departamento de Servicio al Ciudadano - SBS

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

b) Vía judicial

Toda disputa, controversia, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre LOS ASEGURADOS, EL BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE que se encuentre relacionada con el Contrato de Seguro o con la interpretación de la Póliza, podrá ser resuelta por los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley..

ARTÍCULO N° 14: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS tienen derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307, piso 9, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima, teléfono 01-4210614 y con página web www.defaseg.com.pe; con el objeto de resolver las controversias que surjan entre ellos y LA COMPAÑÍA sobre la cobertura de un siniestro, de acuerdo al Reglamento de la Defensoría del Asegurado, siendo el fallo final vinculante, definitivo e inapelable para LA COMPAÑÍA.

Ello, sin perjuicio del derecho de **EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(s)** de acudir a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes.

ARTÍCULO N° 15: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

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

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

Los domicilios, correo electrónico y/o número telefónico mencionados se encuentran registrados en la Solicitud-Certificado respectiva y/o en los datos de contacto que EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO hayan proporcionado a través de EL CONTRATANTE.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO, deberá ser comunicado a LA COMPAÑÍA por escrito o por teléfono con la finalidad de tomar las medidas correspondientes.

Las comunicaciones cursadas por EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO a EL COMERCIALIZADOR, por asuntos relacionados con la Póliza, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO N° 16: COPIA DE LA PÓLIZA

EL ASEGURADO tiene 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, contados desde la fecha de recepción de la solicitud.

ARTÍCULO N° 17: RENOVACIÓN DEL SEGURO

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

ARTICULO 18: PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en la Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde la ocurrencia del siniestro, con excepción de las acciones relativas a las coberturas por fallecimiento las que prescribirán en el plazo de diez (10) años desde que el BENEFICIARIO tome conocimiento de la existencia del beneficio.

Cumplido el plazo de prescripción, sin que el CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO hubiera solicitado el beneficio, LA COMPAÑÍA quedará liberada de la obligación de pagar la Suma Asegurada.

ARTÍCULO N° 19: 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° 20: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

ARTÍCULO N° 21: MODIFICACIÓN DE CONDICIONES

A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación de LA COMPAÑÍA por medio de los mecanismos de comunicación pactados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

EL CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por LA COMPAÑÍA; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

En caso la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la póliza.

Durante la vigencia del contrato, LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por LA COMPAÑÍA y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de su vigencia.

LA COMPAÑÍA deberá proporcionar la información suficiente a **EL CONTRATANTE** para que éste ponga en conocimiento de **LOS ASEGURADOS** las modificaciones que se hayan incorporado en el Contrato.