

**SOLICITUD DE SEGURO
SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (PENSIONES)**

Fecha de solicitud: ___/___/_____

Código SBS: _____

1. DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social	
RUC	
Dirección	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono	
Correo Electrónico	

2. DATOS DE LOS ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Asegurados	Son los trabajadores del Contratante declarados y registrados mensualmente a la Compañía. La falta de declaración de planilla determina el incumplimiento del pago de la prima.
Beneficiarios	Los establecidos en el artículo 1.5 de las Condiciones Generales de la presente póliza, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N°003-98-SA

3. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Coberturas por Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales	Pensión de Sobrevivencia Pensión de Invalidez Gastos de Sepelio
---	---

4. DECLARACION DE LA PLANILLA (Se debe adjuntar relación detallada de trabajadores)

Número de Asegurados	
Monto de la Planilla Mensual	
Monto de la Planilla Anual	
Actividad de Riesgo	
Prima Comercial	
Prima Comercial +IGV	

5. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA: _____

6. LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA: _____

7. DEDUCIBLE / COPAGO : No Aplica.

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE:

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas.

Declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales de la Póliza, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que las mismas se encuentran a mi disposición en la página web: xxxxxx@crecerseguros.pe

Asimismo, he sido informado y autorizo que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que LA COMPAÑÍA utilizará para remitir comunicaciones relacionadas a la póliza, serán las mismas que he declarado en esta solicitud. Asimismo, declaro haber sido informado que, en caso de presentarse una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de contactarse con el CONTRATANTE, el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales se brindará respuesta a dicha solicitud.

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

Creceer Seguros

Contratante

RESUMEN

POLIZA DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO - PENSIONES

RIESGOS CUBIERTOS: La **COMPAÑÍA** pagará las coberturas que se detallan a continuación siempre que la causa directa del siniestro sea un accidente de trabajo o enfermedad profesional, tal como se definen en los artículos 1.1 y 1.13 del Condicionado General. Las coberturas son las siguientes:

- Pensión o indemnización de invalidez.
- Pensión de sobrevivencia.
- Gastos de sepelio.

EXCLUSIONES: Este seguro no cubre:

- a) **Invalidez configurada antes del inicio de vigencia de la presente póliza de seguro, la misma que deberá ser amparada por LA COMPAÑÍA que otorgó la cobertura al tiempo de la configuración de la invalidez o, por la Oficina de Normalización Previsional (ONP), en el caso que el Asegurado con calidad de asegurado obligatorio no hubiera estado asegurado.**
- b) **Muerte o invalidez causada por lesiones voluntariamente auto infligidas o auto eliminación o su tentativa.**
- c) **La muerte o invalidez de los trabajadores asegurables que no hubieran sido declarados por el Contratante, cuyas pensiones serán a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP).**
- d) **La muerte del Asegurado producida mientras se encontraba gozando del subsidio de incapacidad temporal a cargo del ESSALUD, por causas distintas a accidente de trabajo o enfermedad profesional.**

LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

Lugar de Pago: El pago de la prima podrá efectuarse virtualmente a través de las cuentas bancarias de la Compañía; o realizando un pago en efectivo en el domicilio físico de LA COMPAÑÍA

Forma de Pago: Según Convenio de Pago

Frecuencia de pago: xxxxxx

CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA: RESOLUCION O NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO. Son las indicadas en el artículo 16 de las Condiciones Generales de la póliza.

AVISO DE SINIESTROS:

Al producirse un accidente de trabajo o al diagnosticarse una enfermedad profesional dé o no lugar a una reclamación bajo la cobertura de la presente póliza, el Contratante deberá dar aviso a LA COMPAÑÍA dentro del término máximo de 48 horas de la ocurrencia del mismo, utilizando para tal fin el formulario que para tal efecto se le suministra. El Contratante será responsable de la veracidad de los datos y de la información que consigne en el formulario.

En caso de accidentes de trabajo: El Contratante deberá informar lo siguiente:

- a) Fecha y hora del accidente
- b) Nombre y apellidos del Trabajador.
- c) DNI del Trabajador.
- d) Edad del Trabajador.
- e) Domicilio del Trabajador
- f) Labor desempeñada por el Trabajador
- g) Lugar y circunstancias en que ocurrió el accidente.
- h) Nombre y domicilio de los testigos.

En caso de una enfermedad profesional: El Contratante deberá comunicar por escrito a **LA COMPAÑÍA** el diagnóstico de la enfermedad profesional o de la ocurrencia que la evidencia, lo que ocurra primero.

Los documentos mencionados serán suministrados por el Contratante, el Trabajador víctima del accidente o de sus Beneficiarios según el caso.

LUGARES AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

Oficina Principal de Crecer Seguros S.A.: Av. Jorge Basadre 310, Piso 2, San Isidro, Lima, Perú.

PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO:

Son las que se indican en el artículo 18 del Condicionado General de la Póliza.

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: Son las indicadas en el artículo 33 de las Condiciones Generales de la póliza.

RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA: Después de un año de vigencia de la cobertura de la póliza, el Contratante podrá darla por terminada, sin expresión de causa, mediante comunicación escrita que deberá cursar a LA COMPAÑÍA con no menos de noventa (90) días calendario de anticipación.

AREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS.

Las quejas 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 al reclamo 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 310, Piso 2, San Isidro, Lima, Perú.
- Correo electrónico: gestionolcliente@crecerseguros.pe
- Página web: www.crecerseguros.pe
- Teléfono: (01) 4174400

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:

- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP**
Plataforma de Atención al Usuario (PAU) Lima
Av. Dos de Mayo N°1475 – San Isidro
Teléfonos: 0800-10740 / (511)200-1930
www.sbs.gob.pe
- **SUSALUD**
Av. Arequipa N°810 – Cercado de Lima
Teléfonos: 433-0528 / 4330589
www.susalud.gob.pe

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COPAGOS o CARENCIAS. La presente póliza no se encuentra sujeta a ningún deducible, franquicia, copago ni período de carencia que pueda representar una carga para el Asegurado o sus beneficiarios.

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- Durante la vigencia del contrato de seguro, el **Asegurado** se encuentra obligado a informar a **LA COMPAÑÍA** los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- El presente seguro presenta obligaciones a cargo del Asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- El Contratante y/o Asegurado tendrán derecho de aceptar o no las modificaciones a las condiciones contractuales propuestas durante la vigencia del contrato.

CERTIFICADO N° XXXX
SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO
PÓLIZA N° XXXXX

Crecer Seguros S.A. (en adelante LA COMPAÑÍA), con RUC N°20600098633, con domicilio en Av. Jorge Basadre N°310, Piso 2, San Isidro, teléfono 417-4400 y correo electrónico xxxxxxxxx@crecerseguros.pe, certifica que la persona indicada en el presente certificado se encuentra asegurada bajo la póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo que se indica:

1. DATOS DEL CONTRATANTE:

Razón Social		RUC	
Dirección		Teléfono	
Actividad			

2. DATOS DEL ASEGURADO:

Nombres y Apellidos		DNI o CE N°	
Fecha de nacimiento		Profesión/Ocupación	
Domicilio		Teléfono	

3. **ASEGURADOS:** Aquellas personas comprendidas en los Artículos 5° y 6° del Decreto Supremo N° 003-98 SA, mientras hayan sido incluidos en la declaración jurada presentada por el Contratante

4. **DESCRIPCIÓN DEL INTERES ASEGURABLE:** La invalidez o fallecimiento del Asegurado, siempre que se produzca a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

5. VIGENCIA:

5.1 **Inicio de Vigencia:** la cobertura que se otorga a cada Asegurado, se inicia a partir de las cero horas del primer día del mes en que el trabajador hubiera sido incluido por primera vez como "Asegurado" en la declaración jurada presentada por el Contratante; a excepción de que la planilla se consigne una fecha de inicio posterior, en ese caso se tendrá en consideración como inicio de vigencia la indicada en la declaración jurada como inicio del vínculo laboral.

5.2 **Fin de Vigencia:** todas las coberturas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, permanecerán vigentes siempre que se den las siguientes condiciones: a) la póliza se encuentre vigente b) el Asegurado siga perteneciendo a la planilla del contratante c) el Contratante siga declarando al Asegurado ante la Compañía y d) no existan causales de resolución del seguro.

A efectos de mantener vigente la cobertura del presente seguro, **EL CONTRATANTE** se encuentra obligado a cumplir con las **CARGAS** descritas y de las formas señaladas en el numeral **13.** del presente Certificado.

6. **PRIMA Y FORMA DE PAGO:** el monto de la prima y la frecuencia de pago, serán determinados por acuerdo entre **LA COMPAÑÍA** y **EL CONTRATANTE**. Esto se encuentra definido en las Condiciones Particulares de la Póliza, siendo de cargo de **EL CONTRATANTE**. Este seguro complementario de trabajo de riesgo no contempla deducibles, franquicias, copagos, coaseguros o conceptos que fueran similares al cargo del **ASEGURADO**.

7. **COBERTURAS:** **LA COMPAÑÍA** se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiarios las siguientes prestaciones:

7.1. PENSION DE INVALIDEZ:

LA COMPAÑÍA pagará al Asegurado que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedará en situación de invalidez; la pensión o indemnización que

corresponda al grado de incapacidad para el trabajo conforme a lo dispuesto en el Decreto Supremo 003-98-SA. La prestación a cargo de **LA COMPAÑÍA** se iniciará una vez vencido el período máximo de subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social en Salud (ESSALUD).

7.1.1 Invalidez Parcial Permanente: **LA COMPAÑÍA** pagará, una pensión vitalicia mensual equivalente al 50% de la Remuneración Mensual al **Asegurado** que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedará disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior al 50% pero menor a dos tercios. El monto de esta pensión será equivalente al 50% de la remuneración mensual del Asegurado, para cuyo cálculo la Remuneración Asegurable de cada mes no podrá exceder en ningún caso de la remuneración oportunamente declarada para el pago de la respectiva prima.

7.1.2 Invalidez Total Permanente: **LA COMPAÑÍA** pagará una pensión vitalicia mensual equivalente al 70% de su Remuneración Mensual, al Asegurado que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, quedará disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior a los dos tercios.

La pensión será, del 100% de la Remuneración Mensual, si como consecuencia del accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, el Asegurado calificado en condición de Invalidez Total Permanente, quedará definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo remunerado y, además, requiriera indispensablemente del auxilio de otra persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales para la vida. En este caso la pensión resultante no podrá ser inferior a la Remuneración mínima legal para los trabajadores en actividad.

7.1.3 Invalidez Temporal: En el caso de la invalidez temporal, **LA COMPAÑÍA** pagará al **Asegurado** la pensión mensual que le corresponda, según el grado total o parcial de la invalidez hasta el mes que se produzca su recuperación. El carácter temporal o permanente de la invalidez se determina en función al grado de recuperabilidad que pueda tener una persona al sucederle un evento que repute tal condición.

7.1.4 Invalidez Parcial Permanente Inferior al 50%: En caso que las lesiones sufridas por el Asegurado dieran lugar a una invalidez parcial permanente inferior al 50%, pero igual o superior al 20%, **LA COMPAÑÍA** pagará por única vez al Asegurado inválido el equivalente a 24 mensualidades de pensión calculadas en forma proporcional a la que le correspondería a una invalidez permanente total, de acuerdo a la siguiente fórmula: $24 \times 70\% \times \text{Remuneración mensual} \times \text{Grado de invalidez determinado}$. En estos casos, el **Contratante** queda prohibido de prescindir de los servicios del Asegurado basado en su condición de invalidez.

7.2 PENSION DE SOBREVIVENCIA:

LA COMPAÑÍA pagará una pensión de sobrevivencia en los siguientes casos:

- a) Cuando el fallecimiento del Asegurado haya sido ocasionado directamente por un accidente de trabajo o enfermedad profesional; o
- b) Cuando el Asegurado fallezca por cualquier otra causa posterior después de configurada la invalidez o mientras se encuentre gozando de una pensión de invalidez, parcial o total, temporal o permanente, de acuerdo a la cláusula anterior; o,
- c) Por el fallecimiento producido mientras el Asegurado se encontrará gozando de subsidio por incapacidad temporal a cargo del Seguro Social de Salud (EsSalud) como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, siempre que la causa de la muerte se encuentre relacionada directamente con el accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Las pensiones de sobrevivencia de los **Beneficiarios** son vitalicias, salvo el caso de los hijos no inválidos, cuyas pensiones son temporales hasta que cumplan 18 años de edad.

En el caso de los hijos sanos que se convirtieran en inválidos totales, la pensión de sobrevivencia será vitalicia sólo en los casos en que la invalidez se haya producido en su calidad de **Beneficiario**, es decir antes de cumplir los 18 años de edad. De ser así la pensión del hijo anteriormente sano y actualmente inválido total, será recalculada afectando las pensiones de los demás **Beneficiarios**, no procediendo aporte adicional alguno de parte de **LA COMPAÑÍA**.

Si el **Beneficiario** cuya declaración de invalidez se encuentra en trámite es un hijo mayor de edad, se suspenderá el pago de su pensión hasta contar con el dictamen que lo declare como tal.

La obligación de **LA COMPAÑÍA** alcanza sólo el 100% de la pensión o de la remuneración mensual del Asegurado. En caso que la concurrencia de **Beneficiarios** excediese dicho porcentaje, los porcentajes de pensión de cada beneficiario serán reducidos proporcionalmente de manera que la suma de todos ellos recalculados no exceda del porcentaje establecido.

Cuando exista cónyuge o concubino, hijos y padres del Asegurado fallecido, todos concurren en el goce de la pensión hasta el tope máximo indicado en el párrafo anterior. En este caso, el pago de la pensión de ascendientes procederá siempre y cuando exista un remanente a favor de los padres del causante luego del cálculo de la pensión del cónyuge o concubino supérstite y la de los hijos.

Las pensiones determinadas por los porcentajes de ley comprenderán cualquier impuesto o retención creado o por crearse según ley.

7.3 GASTOS DE SEPELIO:

LA COMPAÑÍA reembolsará los gastos del sepelio del **ASEGURADO** a la persona natural o jurídica que los hubiere efectuado, siempre que, a su vez, hubiera procedido el pago de la cobertura de sobrevivencia ante el fallecimiento del **ASEGURADO**. El pago se efectuará hasta el límite de gastos de sepelio correspondiente al mes del fallecimiento, señalado por la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones para los afiliados a dicho Sistema, siempre que se cumpla con la presentación de los documentos originales con los que sustenten dicho gasto.

8. DEFINICIONES:

8.1 Accidente de Trabajo: Toda lesión corporal, orgánica o perturbación funcional producida en el centro de trabajo o con ocasión de las labores para las cuales ha sido contratado el trabajador, causadas por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del Asegurado o debida al esfuerzo del mismo, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Para un mayor alcance sobre la definición de Accidente de Trabajo y los supuestos que no son considerados como tal, revisar el artículo 2° del Decreto Supremo N°003-98-SA.

8.2 Enfermedad Profesional: Todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al **Asegurado** como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar. El listado de enfermedades profesionales y su relación causal con la clase de trabajo que las originan se encuentran detalladas en la Resolución Ministerial N° 480-2008-MINSA o norma que la sustituya.

9. EXCLUSIONES: LA COMPAÑÍA queda eximida de cualquier obligación con respecto a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional en los siguientes casos:

- a) Invalidez configurada antes del inicio de vigencia de la presente póliza de seguro, la misma que deberá ser amparada por LA COMPAÑÍA que otorgó la cobertura al tiempo de la configuración de la invalidez o, por la Oficina de Normalización Previsional (ONP), en el caso que el Asegurado con calidad de asegurado obligatorio no hubiera estado asegurado.
- b) Muerte o invalidez causada por lesiones voluntariamente auto infligidas o auto eliminación o su tentativa.
- c) La muerte o invalidez de los trabajadores asegurables que no hubieran sido declarados por el Contratante, cuyas pensiones serán a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP).
- d) La muerte del Asegurado producida mientras se encontraba gozando del subsidio de incapacidad temporal a cargo del ESSALUD, por causas distintas a accidente de trabajo o enfermedad profesional.

10. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO: Para acceder al otorgamiento de las coberturas indicadas en el punto 7 de este documento, el Asegurado debe proceder de la siguiente manera:

10.1 PENSIÓN O INDEMNIZACION DE INVALIDEZ:

Para la obtención de la pensión o indemnización de invalidez el Asegurado deberá dirigirse directamente a la COMPAÑÍA, y seguir el siguiente procedimiento:

10.1.1 Presentará una solicitud en los formatos proporcionados por la COMPAÑÍA, acompañada de la siguiente documentación e información:

- a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al Asegurado, expresando las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del paciente (original o certificación de reproducción notarial).
- b) Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones del alta o baja del paciente (original o certificación de reproducción notarial).
- c) Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud (copia simple).
- d) Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores del Asegurado, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las 12 últimas remuneraciones percibidas por el Asegurado hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los subsidios por incapacidad temporal que hubiere percibido a cargo del ESSALUD. En caso que el Asegurado hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 meses, acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión. (Original)

10.1.2 Recibida la solicitud con la documentación completa, la COMPAÑÍA procederá directamente a la evaluación de la documentación presentada y la calificación de la condición de la invalidez del ASEGURADO, pronunciándose sobre la procedencia del reclamo en un plazo máximo de diez (10) días calendario a contarse desde la presentación de la solicitud de pensión. La COMPAÑÍA está facultada a evaluar al ASEGURADO para verificar la condición de invalidez y determinar el menoscabo de la capacidad de trabajo de éste.

10.1.3 En caso de existir discrepancias respecto de la condición o grado de invalidez del ASEGURADO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, solicitará la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

10.1.4 Si las discrepancias no versaran sobre la condición o grado de invalidez del ASEGURADO, el asunto podrá ser directamente sometido a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

10.1.5 La COMPAÑIA procederá a pagar la pensión del ASEGURADO que no hubiere impugnado su decisión en el plazo establecido en el Artículo 19 de las Condiciones Generales. Así mismo, resueltas las discrepancias conforme al procedimiento señalado en los artículos precedentes, la COMPAÑIA procederá al pago de la pensión que corresponda dentro del plazo señalado en el Artículo 19.

10.1.6 En caso que la invalidez total o parcial sea de naturaleza temporal, una vez vencido el plazo señalado para la extinción de la incapacidad, será menester que el Instituto Nacional de Rehabilitación emita un dictamen previo examen médico, para la continuidad de la pensión. Si el segundo dictamen establece la condición de invalidez también temporal, total o parcial, la continuidad de la pensión estará sujeta a nuevos dictámenes semestrales hasta que cese la invalidez.

10.1.7 En caso que la invalidez, total o parcial, sea de naturaleza permanente, la COMPAÑIA pagará la pensión que corresponda, pero solicitará al Instituto Nacional de Rehabilitación la emisión de nuevos dictámenes anuales una vez transcurrido el plazo de un (1) año contado desde la fecha del primer dictamen. No obstante, lo antes expuesto, se podrá prescindir de dicha solicitud, cuando la COMPAÑIA determine que la invalidez es definitiva; o cuando lo considere conveniente.

10.1.8 En caso se determinará que un caso de la invalidez, total o parcial, que está siendo pagado por la COMPAÑIA, no mantuviera dicha condición, la COMPAÑIA podrá suspender el pago de la pensión correspondiente, previa evaluación médica a cargo de la COMPAÑIA. El Asegurado se compromete a pasar por dichas evaluaciones. En este caso se procederá conforme a lo indicado en el punto 18.1.3 de las presentes Condiciones Generales.

10.1.9 Se deja expresa constancia que no existe plazo de prescripción para solicitar el otorgamiento de una pensión de invalidez. Las indemnizaciones por invalidez prescriben a los diez (10) años contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente, en caso de accidente de trabajo, o de la fecha de configuración de la invalidez, en caso de enfermedad profesional.

10.2 PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA:

Para obtener Pensión de Supervivencia, los BENEFICIARIOS se dirigirán directamente a la COMPAÑIA, solicitando lo que le corresponda, con sujeción al siguiente procedimiento:

10.2.1 Presentarán la Solicitud de Pensión en el formato proporcionado por la COMPAÑIA, adjuntando el original o copia certificada de la siguiente información y documentación:

a) Certificado Médico de defunción. (Original, copia simple y/o certificación de reproducción notarial)

b) Atestado o Informe Policial o Carpeta Fiscal y Certificado de Necropsia, si el fallecimiento del ASEGURADO es a consecuencia de un accidente. (Original, copia simple y/o certificación de reproducción notarial)

c) Solicitud de Pensión de Supervivencia acompañada de la documentación completa correspondiente a la acreditación de Beneficiarios con derecho a pensión según los procedimientos establecidos en el Sistema Privado de Administración de Fondo de Pensiones.

d) Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las remuneraciones percibidas por el ASEGURADO durante los 12 meses anteriores al siniestro. En caso que el ASEGURADO cuente con una vida laboral activa menor a 12 meses, se acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados en función de los cuales se calculará la pensión. (Original)

10.2.2 El plazo de presentación de beneficiarios de pensiones de supervivencia es de 120 días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte

presunta del ASEGURADO. Los beneficiarios que se presenten después de este plazo, no perderán su derecho a las pensiones de sobrevivencia, pero éstas sólo se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión.

10.2.3 Recibida la solicitud con la documentación completa, la COMPAÑIA procederá directamente a la evaluación de la documentación presentada y la calificación de la condición de invalidez del BENEFICIARIO, en su caso, pronunciándose sobre la procedencia del reclamo en un plazo máximo de diez días calendario a contarse desde la presentación de la solicitud de pensión.

10.2.4 En caso de existir discrepancias respecto de la condición de inválido del BENEFICIARIO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, podrá solicitar la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud, cuyo laudo tendrá el carácter de cosa juzgada.

10.2.5 Si las discrepancias no versaran sobre la condición de invalidez del BENEFICIARIO, el asunto podrá ser directamente sometido a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

10.2.6 La COMPAÑIA procederá a pagar las pensiones de los BENEFICIARIOS que no hubieren impugnado su decisión en el plazo establecido en el Artículo 26 del Decreto Supremo N° 003-918- SA, es decir, LA COMPAÑIA pagará directamente al ASEGURADO o BENEFICIARIO(S) las pensiones que se devenguen, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los 10 días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al ASEGURADO o la notificación de la resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación o del Laudo Arbitral, en su caso.

Respecto a los Gastos de Sepelio serán pagados a más tardar dentro de los 10 días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al ASEGURADO o la notificación del Laudo Arbitral, en su caso.

Asimismo, resueltas las discrepancias conforme al procedimiento señalado en los artículos precedentes, la COMPAÑIA procederá al pago de las pensiones que correspondan conforme a lo indicado en el Artículo 19 de las Condiciones Generales.

10.2.7 Actualmente el plazo de prescripción para solicitar una pensión de sobrevivencia es de 10 años contados desde la fecha en que los BENEFICIARIOS toman conocimiento de la existencia del beneficio. Sin perjuicio de lo antes indicado, se deja expresa constancia que se aplicará el plazo de prescripción vigente a la fecha de presentación de la solicitud de cobertura.

10.3 GASTOS DE SEPELIO:

Las personas que reclamen Gastos de Sepelio, deberán presentar a la COMPAÑIA, una solicitud de reembolso en los formatos proporcionados por aquélla, adjuntando los siguientes documentos:

- a) Certificado de Defunción del Asegurado. (Original o certificación de reproducción notarial)
- b) Facturas, Boletas de Venta y Recibos originales que sustenten el gasto de sepelio efectuado. (Original o certificación de reproducción notarial)

Estos documentos deben estar emitidos a nombre de la persona natural o jurídica que solicite el reembolso correspondiente.

10.3.1 La COMPAÑIA evaluará directamente la procedencia del reclamo, pronunciándose en el plazo de diez (10) días calendario.

10.3.2 En caso de existir discrepancias respecto de este beneficio la cuestión será resuelta en forma definitiva por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

10.3.3 La COMPAÑÍA pagará el beneficio que corresponda una vez consentida su decisión o resuelta las discrepancias surgidas, en el plazo señalado en el artículo siguiente.

10.3.4 Actualmente el plazo de prescripción para solicitar el reembolso de los gastos de sepelio es de diez (10) años contados desde la fecha en que los BENEFICIARIOS toman conocimiento de la existencia del beneficio. Sin perjuicio de lo antes indicado, se deja expresa constancia que se aplicará el plazo de prescripción vigente a la fecha de presentación de la solicitud de cobertura.

LA COMPAÑÍA pagará directamente al Asegurado o a sus Beneficiarios las pensiones de invalidez o sobrevivencia que se devenguen respectivamente, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los 10 (diez) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al Asegurado o a sus Beneficiarios, o de notificada la resolución judicial, laudo arbitral o resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación, según corresponda. En el caso de los gastos de sepelio, éstos serán pagados a más tardar dentro de los diez (10) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al interesado, o la notificación del laudo arbitral, de ser el caso.

Las pensiones de sobrevivencia de los Beneficiarios menores de edad o de incapaces legalmente, se pagarán a la madre o al padre, según corresponda. A falta de éstos deberá pagarse a la persona llamada por la ley.

Para el caso de Beneficiarios declarados como inválidos que sean hijos mayores de edad, con la calificación de invalidez en trámite al momento del pago inicial, el pago quedará suspendido y condicionado a los resultados del dictamen emitido por el médico de LA COMPAÑÍA o la entidad que ésta designe.

11. AREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS. Los quejos 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 al reclamo será comunicada por **LA COMPAÑÍA** en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

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

CRECER SEGUROS S.A.

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

12. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS:

Cualquier controversia o discrepancia que surja entre **LA COMPAÑÍA**, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios o cualquier otra parte involucrada, con motivo del presente contrato o de sus modificaciones, bien se refieran a su interpretación, cumplimiento, terminación, nulidad o invalidez, así como sobre cualquier hecho, acto o circunstancia por la que se le atribuya una obligación y/o responsabilidad a cargo de **LA COMPAÑÍA** ante cualquiera de las personas anteriormente mencionadas será sometida al fallo definitivo e inapelable de la Comisión Arbitral Permanente que funcionará en la Superintendencia Nacional de Salud- SUSALUD.

Queda convenido que en tanto no se haya fallado definitivamente el juicio arbitral, queda en suspenso el derecho que pudiese tener el **Asegurado** para cobrar cualquier prestación, de manera que en ningún caso y bajo ningún motivo podrá exigirse el pago o la consignación de todo o parte de la misma.

13. CARGAS:

Durante la vigencia del presente seguro, es obligación de EL CONTRATANTE a los efectos de mantener vigente la cobertura presentar a LA COMPAÑÍA la declaración jurada mensual de los asegurados dentro del plazo establecido en el numeral 5 de las Condiciones Generales, detallando los nombres, apellidos, su remuneración, su fecha de ingreso y si se encuentran percibiendo subsidio de salud o una pensión temporal; así como identificando los Asegurados propios de la empresa con los contratistas. Cualquier variación por entradas y salidas de Asegurados a la planilla deberá ser comunicada a LA COMPAÑÍA en un plazo máximo de 24 horas de ocurrido a fin que sea considerado en la cobertura de la presente póliza; caso contrario, en la eventualidad de un siniestro, el Asegurado no reportado carecerá de cobertura de la presente póliza. La comunicación será por escrito y deberá contener los datos del Asegurado cesado del centro de trabajo o del que inicia una relación laboral, según formato establecido por LA COMPAÑÍA. Asimismo, el Contratante se encuentra obligado a informar a LA COMPAÑÍA sobre cualquier incapacidad, licencias, vacaciones, suspensiones de contratos de trabajo, modificación de salarios, y cualquier otro cambio en las relaciones laborales y condiciones de trabajo que afecten a los asegurados.

14. COPIA DE LA PÓLIZA:

EL ASEGURADO tendrá derecho o solicitar una copia de la Póliza 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.

15. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales - Ley N° 29733 - y su Reglamento - Decreto Supremo 003-2013-JUS -, EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO queda informado y dan su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de LA COMPAÑÍA, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza. LA COMPAÑÍA utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, LA COMPAÑÍA utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al CONTRATANTE y/o ASEGURADO información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés. EL CONTRATANTE reconoce y acepta que el Trabajador podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales. Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual. Los datos suministrados por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso, EL CONTRATANTE decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de LA COMPAÑÍA. Conforme a ley, EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en www.crecersegueros.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

16. AUTORIZACIÓN PARA USO DE LA PÓLIZA ELECTRÓNICA.

Autorizo expresamente desde la fecha de suscripción del presente documento, al envío de la póliza, promociones, cartas y/u otra documentación, sean recibida a través de medios electrónicos, incluyendo mi correo electrónico indicado en la presente solicitud. He sido informado de la forma de envío de la póliza de seguro por medios electrónicos, así como de su procedimiento comprendiendo las ventajas y posibles riesgos asociados, tomando conocimiento de las medias de seguridad pertinentes. El procedimiento para acceder a la Solicitud-Certificado de póliza electrónica del Seguro, es el siguiente:

1. Ingresar a la página web de Crecer Seguros: www.crecerseguros.pe
2. Acceder a la "Zona Clientes", ubicada al lado derecho de la página principal.
3. Digitar el usuario y la contraseña para "Iniciar sesión". En caso que no se encuentre registrado, seleccionar la opción "¿cliente nuevo?" y crear el usuario y la contraseña siguiendo los pasos indicados en la página web.
4. Ingresar a la sección "Mis pólizas" y seleccionar la Solicitud Certificado o la Póliza que desea revisar.

17. • COMUNICACIONES

EL ASEGURADO ha sido informado y acepta que: el domicilio, correo electrónico y/o número telefónico que CRECER SEGUROS utilizará para remitirle comunicaciones en su calidad de ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, serán los mismos declarados en este documento y/o los declarados ante EL CONTRATANTE al inicio y/o durante su relación laboral. Asimismo, declara haber sido informado y acepta, que, en caso de presentar una solicitud de cobertura, un requerimiento o un reclamo, CRECER SEGUROS se reserva la facultad de contactarse con el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda, para actualizar y/o ratificar los medios de comunicación a través de los cuales brindará respuesta a la solicitud.

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

LA COMPAÑÍA

EL ASEGURADO