

VIDA LEY

Condiciones Generales

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES

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

Asegurado: Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza.

Beneficiario: Persona Natural que tiene derecho a cobrar la suma asegurada tras la ocurrencia del siniestro, de acuerdo con el Decreto Legislativo N° 688 y las disposiciones legales vigentes.

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.

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

Cláusulas Adicionales: Conjunto de condiciones especiales, accesorias a una o más Pólizas que permiten extender o ampliar las coberturas comprendidas en las Condiciones Generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por LA COMPAÑÍA que rigen una determinada modalidad o producto de seguros.

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 Jurídica que se obliga al pago de la prima con LA COMPAÑÍA. Se encuentra identificado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

Culpa inexcusable: Actitud descuidada, negligente o imprudente de EL ASEGURADO por la cual no cumple con alguna de las obligaciones establecidas en la Póliza.

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.

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

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

Medios electrónicos: Uso de equipos electrónicos para la transmisión, procesamiento y almacenamiento de la información.

Póliza: 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: Valor monetario determinado por LA COMPAÑÍA en contraprestación por las coberturas otorgadas en la Póliza. Es el precio del seguro.

Remuneración Mensual Asegurable: Es aquella que se consigna en los libros de planillas y boletas de pago percibidas habitualmente por el trabajador, aun cuando sus montos puedan variar en razón de incrementos u otros motivos, hasta el límite de la remuneración máxima asegurable establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones. Están excluidas las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente. Cuando se trate de trabajadores remunerados a comisión o destajo se considera el promedio de las percibidas en los últimos tres meses.

Reticencia: Omitir declarar estados, hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por EL ASEGURADO y que hubiesen impedido la celebración del contrato o podido modificar las condiciones de la Póliza.

Riesgo: Se admite dos acepciones del término Riesgo. La primera como suceso futuro e incierto cuya materialización da origen a la obligación de indemnización de LA COMPAÑÍA contenida en la presente Póliza, siempre que se encuentre bajo la cobertura de la misma. La segunda como la materia asegurada u objeto de seguro.

Seguro 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 que está obligada a pagar LA COMPAÑÍA a favor de EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO en caso de siniestro. Se encuentra detallada en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Seguro.

ARTÍCULO N° 2: DISPOSICIONES GENERALES

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

ARTÍCULO N° 3: OBJETO DEL SEGURO

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

ARTÍCULO N° 4: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

La Póliza de seguro contiene los siguientes documentos:

Endosos o Adendas.
Condiciones Especiales.
Condiciones Particulares.
Condiciones Generales.
Solicitud de Seguro.

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

ARTÍCULO N° 5: COBERTURAS

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

En caso ocurra un siniestro, LA COMPAÑÍA pagará el monto de la suma asegurada, a EL ASEGURADO o a sus BENEFICIARIOS, dependiendo de la cobertura solicitada.

Muerte natural

Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de una enfermedad.

Muerte accidental

Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente.
Invalidez total y permanente (ITP) por accidente

Se cubre la Invalidez total y 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.

Según lo indicado en el Artículo 5 del Decreto Legislativo N° 688, deberá tratarse de una pérdida o disminución que implique:

Invalidez total y permanente (ITP) por accidente
Fractura incurable de la columna vertebral.
Descerebramiento que impida efectuar trabajo u ocupación por el resto de la vida.
Pérdida total de la visión de ambos ojos.
Pérdida total de ambas manos.
Pérdida total de ambos pies.
Pérdida total de una mano y un pie.
Alienación mental absoluta e incurable.
Otros que se puedan establecer por Decreto Supremo.

La invalidez debe estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez emitido por ESSALUD, el Ministerio de Salud, el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC); en el cual se indique un diagnóstico que implique una de las situaciones enumeradas en el cuadro anterior.

ARTÍCULO N° 6: EXCLUSIONES

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 688, el seguro de "Vida Ley" no contempla exclusiones referidas a las coberturas básicas descritas en el Artículo N° 5 de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO N° 7: TITULAR DE LA PÓLIZA

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

ARTÍCULO N° 8: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a todos los trabajadores, quienes tienen derecho a un seguro de vida a cargo de su empleador – EL CONTRATANTE- a partir del inicio de la relación laboral. Los trabajadores deben figurar en los registros de EL CONTRATANTE y ser declarados a LA COMPAÑÍA en formato oficial.

ARTÍCULO N° 9: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO O EL CONTRATANTE

La Póliza ha sido emitida por LA COMPAÑÍA sobre la base de las declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE al momento de solicitar el seguro. LA COMPAÑÍA se basa en la veracidad y exactitud de dichas declaraciones para definir los términos y condiciones de la Póliza que se emite.

ARTÍCULO N° 10: VIGENCIA DEL SEGURO

Las fechas de inicio y de fin de vigencia de la Póliza se indican en las Condiciones Particulares. La cobertura comienza a las 00:00 horas del día en que se inicia la vigencia y culmina a las 24:00 horas del último día de la vigencia.

La cobertura individual de cada ASEGURADO se inicia a las 00:00 horas del primer día del mes en que se incluyó por primera vez a EL ASEGURADO en la declaración de planillas presentada por EL CONTRATANTE. Asimismo la cobertura para cada ASEGURADO se mantendrá vigente siempre que: (i) la póliza se mantenga vigente, (ii) EL ASEGURADO siga perteneciendo a la planilla de EL CONTRATANTE, (iii) EL CONTRATANTE continúe incluyéndolo en su declaración y (iv) EL CONTRATANTE siga pagando la prima y no se haya producido la resolución o la extinción de seguro por falta de pago de la prima; sin perjuicio, de la inicial suspensión de la cobertura por impago.

ARTÍCULO N° 11: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL CONTRATANTE

EL CONTRATANTE podrá resolver la Póliza sin expresión de causa con por lo menos treinta (30) días de anticipación, extinguiéndose tras dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza. EL CONTRATANTE deberá notificar a LA COMPAÑÍA por escrito y adjuntar la siguiente documentación: Carta de resolución anticipada debidamente suscrita, Ficha RUC de la empresa, Copia Literal de los Poderes que acrediten a su(s) representante(s) y Copia del Documento de Identidad de su(s) representante(s). Si EL CONTRATANTE resuelve el Contrato de Seguro conforme a lo antes indicado, LA COMPAÑÍA devolverá la prima no consumida que hubiese sido recibida, sin intereses y sin cobro de ninguna penalidad.

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.

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

La prima es la contraprestación de EL CONTRATANTE por la cobertura que presta LA COMPAÑÍA. En este tipo de seguro, EL CONTRATANTE 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 CONTRATANTE.

EL CONTRATANTE tiene un plazo de (15) días contados a partir del primer día del mes para presentar a LA COMPAÑÍA, la declaración de planillas del mes. En la declaración de planillas se consignará la información nominativa de los trabajadores asegurados (como mínimo: nombres, apellidos, documento de identidad, fecha de nacimiento, fecha de ingreso a planilla, remuneración mensual, género, estado civil, nacionalidad y ocupación) y la suma total de las remuneraciones mensuales asegurables.

Si EL CONTRATANTE declarase una suma total de remuneraciones mensuales asegurables menor a la que figura en la planilla y boletas de pago, será considerado como su propio asegurador, por la parte proporcional correspondiente a la diferencia entre el monto declarado y el que debió declarar. Para tal efecto, en caso de siniestro, LA COMPAÑÍA revisará las sumas totales declaradas durante los últimos seis (6) meses y de no corresponder éstas a las que debieron declararse, se aplicará la regla proporcional.

LA COMPAÑÍA calculará la prima mensual multiplicando la remuneración mensual asegurable total declarada por EL CONTRATANTE (declaración de planillas) por la tasa que corresponda a cada categoría de ASEGURADO.

LA COMPAÑÍA emitirá y hará llegar a EL CONTRATANTE el reporte de liquidación de primas, dentro de los cinco (5) días calendarios siguientes de recibida la declaración de planillas.

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura de 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 CONTRATANTE sobre el incumplimiento de pago de la prima, así como sobre el plazo del que dispone para pagar antes que se suspenda la cobertura del seguro. Dicha comunicación se realizará de forma directa 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, sin deducir montos adeudados, con independencia de las acciones de cobranza contra el empleador/CONTRATANTE. Si la cobertura se encuentra suspendida por incumplimiento de pago, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver la Póliza. Para tal efecto, comunicará por escrito a EL CONTRATANTE su decisión de resolver la Póliza por falta de pago de prima, con treinta (30) días calendario de anticipación, contados desde que EL CONTRATANTE recibe tal comunicación sin haberse efectuado el pago; 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 en la Póliza para el pago de la prima, se entiende que el contrato queda extinto.

En caso de resolución o extinción, LA COMPAÑÍA podrá realizar la cobranza de una o más cuotas impagas, incluyendo los gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento, a través de un proceso judicial o arbitral.

Ante la falta de presentación de la declaración de planilla mensual LA COMPAÑÍA mantendrá la cobertura respecto de LOS ASEGURADOS declarados el mes anterior. No obstante, si transcurren treinta (30) días desde el pago de la liquidación de LOS ASEGURADOS del mes anterior y aún no se ha recibido la declaración de planillas correspondiente, queda suspendida su cobertura de seguro.

Para tal efecto, LA COMPAÑÍA deberá comunicar de manera cierta a EL CONTRATANTE sobre su falta de presentación de la planilla mensual y sus consecuencias. Dicha comunicación se realizará de forma directa 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 EL CONTRATANTE quiere rehabilitar la cobertura, deberá presentar todas las declaraciones de planilla y ponerse al día en el pago total correspondiente a los meses ya transcurridos. El pago de cualquier suma en concepto de primas que no pueda ampararse en una declaración previa y oportuna de planillas, será considerado como un no pago a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima; y pasados noventa (90) días sin que se regularice esta situación – presentando las declaraciones de planillas correspondientes y pagando las primas adeudadas -, previa notificación a EL CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA dará por extinguido el contrato, con devolución de toda suma no consumida.

ARTÍCULO N° 14: REHABILITACIÓN

La cobertura de seguro que se encuentre suspendida podrá ser rehabilitada por LA COMPAÑÍA siempre y cuando EL CONTRATANTE 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 Póliza 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 CONTRATANTE. 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 de la Póliza, 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 CONTRATANTE y no han transcurrido dos años desde la celebración del contrato, se pueden producir las siguientes situaciones: Si no ha ocurrido ningún siniestro: LA COMPAÑÍA podrá presentar una propuesta de revisión de la Póliza en un plazo de treinta (30) días desde la fecha en que se constató la declaración inexacta o reticente. EL CONTRATANTE deberá aceptar o rechazar la propuesta en un plazo máximo de diez (10) días. Si no se pronuncia o rechaza la propuesta, LA COMPAÑÍA podrá resolver la Póliza comunicándoselo a EL CONTRATANTE en un plazo de treinta (30) días desde el vencimiento del plazo para pronunciarse.

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

Causales de resolución

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° 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 rechazo o falta de pronunciamiento por parte de EL CONTRATANTE sobre la propuesta de revisión de la Póliza efectuada por LA COMPAÑÍA, en caso de declaración inexacta o reticente que no obedece 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.

Por solicitud de resolución de EL CONTRATANTE, la cual podrá efectuarse en cualquier momento y sin expresión de causa, con por lo menos treinta (30) días de anticipación. La resolución deberá ser comunicada por EL CONTRATANTE a LOS ASEGURADOS. LA COMPAÑÍA devolverá – sin gestión adicional alguna por parte de EL CONTRATANTE - 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. La devolución se producirá en un plazo de treinta (30) días calendario desde que se recibió la solicitud de resolución.

Causales de extinción

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

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

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.

Asimismo, El Certificado de Seguro se extinguirá si ocurren los siguientes eventos:

Por muerte natural o accidental de EL ASEGURADO.

Por invalidez total y permanente por accidente de EL ASEGURADO.

Cuando EL ASEGURADO, por cualquier motivo, concluya su relación contractual con EL CONTRATANTE.

Como consecuencia de la resolución o extinción del Certificado de Seguro (excepto los supuestos b.3 y b.4 anteriores en que se evaluará la cobertura del siniestro ocurrido), ya no tendrán efecto las coberturas otorgadas al titular del respectivo certificado y se libera a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad de pago ante la ocurrencia de un siniestro.

Causales de nulidad

Además de las causales de resolución y extinción, el Contrato de Seguro será nulo desde el inicio de su vigencia en los siguientes casos:

Si EL CONTRATANTE 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.

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 el supuesto de nulidad contenido en el numeral 2 antes citado, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada por EL CONTRATANTE, 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 siete (7) días desde que se declaró la nulidad.

ARTÍCULO N° 17: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO

EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO, y/o EL BENEFICIARIO deberá comunicar a LA COMPAÑÍA la ocurrencia del siniestro. El Siniestro podrá ser comunicado a través de los medios y lugares especificados en el Certificado.

Para solicitar el pago del siniestro, se deberá presentar en cualquier oficina de LA COMPAÑÍA los siguientes documentos obligatorios¹:

| Documento Obligatorios | Muerte Natural | Muerte Accidental | ITP por Accidente |
|--|----------------|-------------------|-------------------|
| Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial) | X | X | |
| Partida o Acta de Defunción (original o copia simple) | X | X | |
| Certificado de Necropsia ¹ (original o certificación de reproducción notarial) | | X | |
| Atestado Policial Completo ¹ (copia simple) | | X | X |
| Dictamen o certificado médico emitido por COMAFP, COMEC, ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINS), en original o en certificación de reproducción notarial. | | | X |
| Declaración Jurada ² que incluye la relación de beneficiarios, firmada por el asegurado de acuerdo al artículo N°6 - Decreto Legislativo 688 (original o certificación de reproducción notarial). Documento entregado por EL CONTRATANTE. | X | X | |
| Documento nacional de identidad de los beneficiarios (copia simple). | X | X | |

¹ Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

² La declaración jurada deberá ser entregada a LA COMPAÑÍA dentro del plazo de 48 horas de producido el fallecimiento de EL ASEGURADO. En caso EL ASEGURADO no hubiese presentado la declaración de beneficiarios a la que se refiere la mencionada norma, EL CONTRATANTE deberá proporcionar a la COMPAÑÍA una carta indicando que EL ASEGURADO no presentó dicha declaración. En defecto de esta, los interesados pueden presentar Acta de Sucesión Intestada o Resolución Judicial de Declaratoria de herederos o testamento. En caso de existir un testamento por escritura pública, prima sobre la declaración jurada, de ser posterior a esta.

ARTÍCULO N° 18: PAGO DE SINIESTRO

Después de recibidas y aprobadas las pruebas legales del deceso o ITP y la documentación de sustento de LOS BENEFICIARIOS, LA COMPAÑÍA efectuará el pago de la cantidad que corresponda a EL ASEGURADO o a LOS BENEFICIARIOS, que aparezcan en la declaración jurada entregada por el trabajador a EL CONTRATANTE o en el testamento por escritura pública si este es posterior a la declaración jurada.

El pago del siniestro se efectuará dentro del plazo de 72 horas de presentada la solicitud de cobertura, acompañada de la documentación completa, y aun cuando no se hayan presentado LOS BENEFICIARIOS, a partir de los quince (15) días de la fecha de fallecimiento del empleado.

LA COMPAÑÍA queda obligada al pago de los intereses legales vencidas las setenta y dos (72) horas de presentada la solicitud, conforme se indica en párrafo anterior. LA COMPAÑÍA queda liberada de esa obligación, a partir de la fecha de consignación del importe del monto asegurado, consignación que no podrá producirse antes de haber transcurrido treinta (30) días naturales desde el deceso del empleado. La consignación se realizará a los BENEFICIARIOS señalados en el primer párrafo, en caso de no existir los mismos, el pago se consignará en el Juzgado competente, conforme a lo establecido en el artículo 17 del Decreto Legislativo N° 688.

Una vez efectuado el pago del siniestro por fallecimiento, LA COMPAÑÍA queda liberada de cualquier responsabilidad en caso aparecieran posteriormente BENEFICIARIOS con derecho al seguro de vida. Bajo ese contexto, LOS BENEFICIARIOS que cobraron el seguro serán responsables solidariamente entre sí por el pago de la alicuota correspondiente a LOS BENEFICIARIOS posteriores.

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 rechazará el pago del siniestro.

ARTÍCULO N° 20: CONTINUIDAD DEL SEGURO EN CASO DE CESE DEL TRABAJADOR ASEGURADO

En caso se produzca el cese de EL ASEGURADO activo, este puede optar por mantener su seguro de vida; suscribiendo con la empresa de seguros una póliza de vida individual con vigencia anual renovable, asumiendo por cuenta propia el pago de las primas correspondientes.

Para estos efectos, EL ASEGURADO deberá comunicar por escrito a LA COMPAÑÍA su intención de continuar asegurado en un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados desde el término de la relación laboral con EL CONTRATANTE.

ARTÍCULO N° 21: 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 CONTRATANTE, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO, salvo que la Ley declare de manera expresa que son de cargo exclusivo de LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO N° 22: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

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

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

ARTÍCULO N° 23: PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de diez años desde que ocurrió el siniestro. En los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento de una persona, el plazo de prescripción para el BENEFICIARIO se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

ARTÍCULO N° 24: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS

Las quejas 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 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: gestionalcliente@crecerseguros.pe

Página web: www.crecerseguros.pe

Teléfono: (01) 4174400

ARTÍCULO N° 25: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

a) Vía administrativa

En caso de que EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO no estén de acuerdo con la respuesta de LA COMPAÑÍA a un reclamo o al pronunciamiento sobre la solicitud de un siniestro (aprobación o rechazo) podrán acudir a las siguientes instancias administrativas:

INDECOPI (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual)

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

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

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

b) Vía judicial

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

c) Vía arbitral

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

ARTÍCULO N° 26: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Cualquier desacuerdo existente entre LA COMPAÑÍA y/o EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO de la Póliza podrá ser sometida a la competencia de la Defensoría del Asegurado de la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG). Esta entidad privada se encuentra orientada a la protección de los derechos de LOS ASEGURADOS o Usuarios de los servicios del seguro privado, realizando la solución de las diversas controversias que se generen entre éstos y las Empresas Aseguradoras. Ello, sin perjuicio del derecho de EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO(s) de acudir a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes, o a un proceso arbitral, de haberse pactado.

Defensoría del Asegurado

Por montos de hasta US\$ 50,000.00, y que sean de competencia de la Entidad, según lo detallado en su reglamento.

Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima, Perú.

Página Web: www.defaseg.com.pe

Teléfono: (01) 4469158

ARTICULO N° 27: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre LA COMPAÑÍA y EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o EL CONTRATANTE con motivo de este contrato, deberá efectuarse vía telefónica y/o mediante carta al domicilio físico y/o correo electrónico de LA COMPAÑÍA o vía telefónica y/o mediante carta al correo electrónico y/o domicilio físico de EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO. 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 o Solicitud de Seguro y en el Certificado respectivo y/o en los datos de contacto que EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO hayan proporcionado a través de EL CONTRATANTE.

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

ARTÍCULO N° 28: COPIA DE LA PÓLIZA

EL ASEGURADO tendrá derecho a solicitar una copia de la Póliza a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde solicitada.

ARTÍCULO N° 29: AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA

EL CONTRATANTE autoriza a LA COMPAÑÍA a enviar la Póliza a través de medios electrónicos. Quince (15) días después de firmada la Solicitud de seguro, y en caso no fuera rechazada esta, LA COMPAÑÍA entregará a EL CONTRATANTE los certificados de LOS ASEGURADOS.

ARTÍCULO N° 30: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La presente Póliza tiene renovación automática, salvo que EL CONTRATANTE o LA COMPAÑÍA expresen su deseo de no renovarla, con una anticipación no menor a treinta días previos al vencimiento indicado en las Condiciones Particulares. Si LA COMPAÑÍA decide renovar la Póliza con cambios en condiciones, deberá comunicarlo por escrito a EL CONTRATANTE, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor a cuarenta y cinco (45) días calendarios previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza. EL CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación del Contrato efectuada por LA COMPAÑÍA. En caso contrario, se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA COMPAÑÍA.

Esta deberá emitir la renovación de Póliza y consignar en caracteres destacados las modificaciones. En caso la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA sea rechazada, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente y no se renovará la póliza.