

CONDICIONES GENERALES SEGURO VIDA LEY EX TRABAJADORES



CONDICIONES GENERALES – SEGURO VIDA LEY EX TRABAJADORES COD. SBS N° VI1788200015

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

1. 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. Es el extrabajador que, dentro de los 60 días calendarios de haber cesado de su centro laboral, solicita a LA COMPAÑÍA mantener su Seguro Vida Ley de forma individual.

Beneficiario: Cónyuge o conviviente, a que se refiere el artículo 321 del Código Civil, y de los descendientes del Asegurado; sólo a falta de éstos corresponde a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años del Asegurado.

Cláusulas Adicionales: Son aquellas condiciones especiales y opcionales a una o más pólizas, que permiten extender o ampliar las coberturas principales del producto de seguros, comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

Cobertura: Riesgo(s) cubierto(s) por la Póliza de seguro.

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

Condiciones Especiales: Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar, y en general, modificar el contenido o efecto de las condiciones generales o particulares.

Condiciones Particulares: Estipulaciones relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si los hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el convenio de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros.

Contratante: Persona Natural que se obliga al pago de la prima con LA COMPAÑÍA. Se encuentra identificado en las Condiciones Particulares y la Solicitud de Seguro. En la presente póliza EL CONTRATANTE siempre es EL ASEGURADO motivo por el cual, para efectos del presente, ambos términos podrán ser utilizados de forma indistinta.

Culpa inexcusable: Actitud descuidada, negligente o imprudente del 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 adicional a la póliza de seguro, en el que se establecen modificaciones a la póliza o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido aprobados por el contratante y la empresa, 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.

Póliza: Documento que refleja las condiciones de manera 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 endoso.

Prima Comercial: Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), contratación de promotores, y el beneficio comercial de la empresa. Es el precio del seguro.

Reclamo: Son comunicaciones presentadas por los Contratantes o por terceros en nombre de los Contratantes, expresando su insatisfacción con la operación, producto o servicio recibido o por el incumplimiento de las obligaciones contempladas en los contratos o marco normativo vigente, o manifestando la presunta afectación de su legítimo interés. Adicionalmente, se considera reclamo a toda reiteración que se origina como consecuencia de la disconformidad del Contratante, respecto de la respuesta emitida por La Compañía, o por la demora o falta de atención de un reclamo o de un requerimiento.

Remuneración Mensual Asegurable: Es aquella que fue percibida por el trabajador hasta el momento de su cese, figura en los libros de planillas y boletas

de pago, percibidas habitualmente por el trabajador, aun cuando sus montos hayan podido variar en razón de incrementos u otros motivos, hasta el límite de la remuneración máxima 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 hayan abonado mensualmente. Cuando se trata de trabajadores remunerados a comisión o destajo se considera el promedio de las remuneraciones percibidas en los últimos tres (03) meses previos a su cese.

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.

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 la Solicitud de Seguro.

2. ARTÍCULO N° 2: DISPOSICIONES GENERALES

Esta Póliza sólo podrá ser suscrita o modificada por los representantes de LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE, conforme a los procedimientos establecidos en esta póliza.

3. 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.

4. ARTÍCULO N° 4: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

La Póliza de seguro contiene los siguientes documentos:

1. Endosos o Adendas.
2. Cláusulas Adicionales
3. Condiciones Particulares.
4. Condiciones Generales.

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

5. 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 de la Póliza.

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

a) Muerte natural
LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO la suma asegurada señalada en la Condiciones Particulares cuando EL ASEGURADO fallezca por causas endógenas como vejez o enfermedad y no como consecuencia de factores externos y/o violentos.

b) Muerte accidental
LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares cuando EL ASEGURADO fallezca como consecuencia de un accidente. **No se considera muerte accidental al fallecimiento producido como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, accidentes cerebrovasculares, desvanecimientos o sonambulismo.**

c) Invalidez total y permanente (ITP) por accidente
La Invalidez total y permanente de EL ASEGURADO, consiste 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.

LA COMPAÑÍA pagará a EL ASEGURADO la suma asegurada señalada en la Condiciones Particulares, sólo cuando este acredite haber sido declarado bajo una invalidez total y permanente originada por accidente y que implique lo siguiente:

1. Fractura incurable de la columna vertebral.
2. Descerebramiento que impida efectuar trabajo u ocupación por el resto de la vida.
3. Pérdida total de la visión de ambos ojos.
4. Pérdida total de ambas manos.
5. Pérdida total de ambos pies.

6. Pérdida total de una mano y un pie.
7. Alienación mental absoluta e incurable.
8. Otros que se puedan establecer por Decreto Supremo.

La invalidez total y permanente debe estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez emitido por ESSALUD, por el Ministerio de Salud, por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o por 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.

Esta cobertura incluye la invalidez descrita anteriormente, que se derive de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato de seguro, que se manifieste máximo dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

6. ARTÍCULO N° 6: EXCLUSIONES

Este seguro no contempla exclusiones referidas a las coberturas básicas descritas en el Artículo N° 5 de estas Condiciones Generales.

En caso se hubieren contratado cláusulas adicionales, LA COMPAÑÍA puede establecer exclusiones en dichas cláusulas adicionales que forman parte integrante de la Póliza, las cuales únicamente serán consideradas para la cobertura respectiva.

7. 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 al BENEFICIARIO.

8. ARTÍCULO N° 8: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Se podrá asegurar en esta Póliza al trabajador que, al momento de su cese, hubiesen sido asegurados bajo una Póliza Vida Ley Trabajadores contratada con LA COMPAÑÍA, siempre y cuando soliciten el presente seguro dentro de los sesenta (60) días calendarios siguientes al término de su relación laboral.

9. ARTÍCULO N° 9: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

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

10. ARTÍCULO N° 10: VIGENCIA DEL SEGURO

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, siempre y cuando no se haya pactado un plazo adicional para dicho pago. Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo con el convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

La cobertura se mantendrá vigente en tanto (i) La Póliza se mantenga vigente, (ii) EL ASEGURADO efectúe el pago de la prima y no se haya producido la suspensión de la cobertura, resolución o la extinción de seguro por falta de pago de la prima.

11. ARTÍCULO N° 11: 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.

12. ARTÍCULO N° 12: 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, EL ASEGURADO directamente deberá pagar la prima según el monto, frecuencia, lugar y forma de pago indicados en las Condiciones Particulares del Seguro y la Solicitud de Seguro. No obstante, LA COMPAÑÍA no puede rechazar el pago de la prima ofrecido o efectuado por personas distintas a EL ASEGURADO.

La prima será determinada en base a la tasa establecida por LA COMPAÑÍA de acuerdo con la edad de EL ASEGURADO. La tasa se multiplica por la última remuneración mensual asegurable recibida por EL ASEGURADO antes de su cese y por los meses que refieren a la contratación del seguro. El monto de la prima no puede ser superior al que abonaba el Empleador antes del cese de la relación laboral, y se encontrará descrito, en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura de seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de pago mencionada en el Condicionado Particular; siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, LA COMPAÑÍA deberá comunicar de manera cierta a EL ASEGURADO, a través de los medios y en la dirección (física o electrónica) previamente acordada en esta póliza, sobre el incumplimiento de pago de la prima y sus consecuencias, así como sobre el plazo del que dispone para pagar antes que se suspenda la cobertura

del seguro. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura. 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 ASEGURADO su decisión de resolver la Póliza por falta de pago de prima, con treinta (30) días calendario de anticipación, contados desde que EL ASEGURADO recibe tal comunicación; pasados los cuales operará la resolución.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que EL CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del contrato.

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 misma, se entiende que el contrato queda extinto de pleno derecho.

Sin perjuicio de lo antes expuesto, en caso de resolución o extinción, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de 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.

Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero dentro del período previo a la suspensión de la cobertura o de forma previa a la extinción de la póliza de pleno derecho luego de los 90 días antes indicados, se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

13. ARTÍCULO N° 13: REHABILITACIÓN

La cobertura de seguro que se encuentre suspendida podrá ser rehabilitada por LA COMPAÑÍA siempre y cuando EL ASEGURADO realice el pago total de las cuotas vencidas. Con el pago total de las cuotas vencidas, la cobertura se rehabilitará a partir de las cero (00:00) horas del día siguiente al que se efectuó el pago.

La Póliza podrá ser rehabilitada únicamente si LA COMPAÑÍA no ha comunicado por escrito su deseo de resolver la Póliza o si esta última no se ha extinguido.

14. ARTÍCULO N° 14: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

Según lo indicado en el Artículo N° 9 de las presentes Condiciones Generales, los términos y condiciones de la Póliza se definen basándose en la veracidad y exactitud de las declaraciones proporcionadas por EL ASEGURADO. Si las declaraciones mencionadas fueran inexactas o reticentes, es probable que LA COMPAÑÍA hubiera definido condiciones diferentes bajo conocimiento del verdadero estado del riesgo declarado. Es por ello, que LA COMPAÑÍA tiene

derecho a declarar la **nulidad** de la Póliza, siempre y cuando haya habido dolo o culpa inexcusable, como se señala en el Artículo N° 15 de este documento.

Si la declaración inexacta o reticente no obedece a dolo o culpa inexcusable de EL ASEGURADO se pueden producir las siguientes situaciones:

1. Si no ha ocurrido ningún siniestro: LA COMPAÑÍA podrá presentar una propuesta de revisión de la Póliza en un plazo de treinta (30) días calendarios desde la fecha en que se constató la declaración inexacta o reticente. EL ASEGURADO deberá aceptar o rechazar la propuesta en un plazo máximo de diez (10) días calendarios de recibida. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se pagará según lo acordado. A falta de aceptación, LA COMPAÑÍA puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida a EL ASEGURADO, en el plazo de treinta (30) días calendarios computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días antes señalado.

2. Si ha ocurrido algún siniestro: LA COMPAÑÍA reducirá el monto del pago del siniestro en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la prima que se debió aplicar si se hubiera conocido el verdadero estado del riesgo declarado.

15. ARTÍCULO N° 15: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

a) Causales de resolución

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

a. Por falta de pago de la prima en caso La Compañía opte por resolver la Póliza, durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación enviada al Contratante, de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley de Contrato de Seguros.

b. Cuando se solicite la cobertura fraudulentamente de acuerdo con lo señalado en el artículo 18 de este Condicionado General. LA COMPAÑÍA enviará una comunicación a EL BENEFICIARIO y/o CONTRATANTE, de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de setenta y dos (72) horas de presentada la Solicitud de Beneficio y 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 periodo cubierto hasta la solicitud de cobertura del siniestro fraudulento

c. Si el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario.

d. De forma voluntaria y sin expresión de causa por el Contratante mediante un aviso a La Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del presente Contrato. La resolución opera desde el día de presentada la solicitud de resolución por el Contratante a La Compañía.

e. La falta de aceptación del Contratante del ajuste de prima propuesta por La Compañía en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del Contratante. La Compañía resolverá el Contrato de Seguro, según lo indicado en el Artículo N° 14 de las presentes Condiciones Generales.

La resolución del Contrato de Seguro en los supuestos señalados en los literales “b” “c” y “e” operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del CONTRATANTE. En el supuesto señalado en el literal “a” La Compañía tiene derecho al cobro de la prima proporcional correspondiente al período efectivamente cubierto. En los demás supuestos corresponden a La Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

Cuando la resolución del contrato sea efectuada por LA COMPAÑÍA la devolución de la prima que corresponda será efectuada en un plazo no mayor a treinta (30) días computados desde la fecha efectiva de la resolución. En el caso que la resolución sea efectuada por EL CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima en función al plazo no transcurrido, en el plazo de treinta (30) días, contados desde la fecha de la solicitud de resolución.

b) Causales de extinción

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

1. Por muerte natural o accidental de EL ASEGURADO.
2. Por invalidez total permanente por accidente de EL ASEGURADO.
3. Por término de la vigencia pactada, salvo sea renovado por las partes.
4. Por incumplimiento en el pago de la prima, en caso de que transcurran noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima, según lo establecido en el Artículo N° 12 de las presentes Condiciones Generales,
5. Por la contratación de un Seguro de Vida Ley, a favor del Asegurado, por parte de un empleador.

Como consecuencia de la resolución o extinción del presente Contrato de Seguro (excepto los supuestos b.1 y b.2 anteriores en que se evaluará la cobertura del siniestro ocurrido), ya no tendrán efecto las coberturas otorgadas y se libera a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad de pago ante la ocurrencia de un siniestro.

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

1. Si EL ASEGURADO incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, según lo indicado en el Artículo N° 14 de las presentes Condiciones Generales. En el supuesto indicado, LA COMPAÑÍA a través de una comunicación notificada por medio fehaciente al CONTRATANTE, deberá invocar la causal en un plazo de treinta (30) días desde que tomó conocimiento de la Reticencia o Declaración Inexacta.

2. 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 a las primas pactadas para el primer año, en calidad de indemnización.

En caso de que se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en el numeral 2 antes citado, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada por EL ASEGURADO, sin intereses, abonando el monto correspondiente a la cuenta en la que se efectuó el cargo. La devolución mencionada se efectuará en un plazo de siete (7) días calendarios desde que se declaró la nulidad.

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

EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO, según corresponda, deberá comunicar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días calendarios siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o comunicarse al teléfono (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

Para solicitar la cobertura, se deberá presentar en cualquier oficina de LA COMPAÑÍA los siguientes documentos obligatorios:

Documento Obligatorios1	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción Completo (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde se atiende el asegurado o es emitido	X	X	

por el medico que certifica la muerte en el domicilio.			
Partida o Acta de Defunción (copia certificada que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial)	X	X	
Certificado de Necropsia ² (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		X	
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal ² (copia simple). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		X	X
Dictamen o certificado médico de EL ASEGURADO emitido por COMAFP, COMEC, ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSa), en original o en certificación de reproducción notarial.			X
Documento nacional de identidad de LOS BENEFICIARIOS (copia simple).	X	X	
Tres últimas boletas de pago correspondientes a la última etapa de vida laboral del Asegurado, inmediatamente anterior a la contratación del presente Seguro de Vida. (original o certificación de reproducción notarial)	X		
Última boleta de pago correspondiente a la última etapa de vida laboral del Asegurado, inmediatamente anterior a la contratación del presente Seguro de Vida (original o certificación de reproducción notarial).		X	X

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

17. ARTÍCULO N° 17: PAGO DE SINIESTRO

Después de recibidos los documentos señalados en el artículo anterior, “LA COMPAÑÍA” efectuará el pago de la suma asegurada a EL ASEGURADO o a los BENEFICIARIOS señalados en la “Declaración de Beneficiarios”.

A tales efectos, el Asegurado, al momento de solicitar el seguro, deberá entregar a LA COMPAÑÍA una “Declaración de Beneficiarios” con su firma legalizada notarialmente o por el Juez de Paz a falta de Notario en el lugar de su domicilio, señalando como beneficiarios a:

a) El cónyuge o concubino (a) del Asegurado (según lo estipulado en el artículo 326 del Código Civil).

b) Los descendientes del Asegurado.

Solo si no existe ninguno de los beneficiarios indicados en los numerales anteriores, podrá nombrarse beneficiario a los ascendientes y hermanos menores de 18 años.

c) En caso de la Invalidez Total y Permanente por Accidente, el BENEFICIARIO será el mismo Asegurado. Si un Beneficiario falleciera durante el proceso de indemnización de la Póliza, el capital que le corresponda será pagado a los herederos legales del Beneficiario fallecido o, de no existir herederos, los Beneficiarios sobrevivientes tendrán derecho a acrecer en la proporción correspondiente. En todos los casos el pago del beneficio se hará en partes iguales.

En caso de Beneficiarios menores de edad, el monto de la indemnización será entregada al padre sobreviviente, tutor o apoderado legal, el cual administrará el monto que corresponda de conformidad con las normas del Código Civil.

En caso de uniones de hecho, la COMPAÑÍA consignará ante el Juzgado de Paz Letrado el importe del capital asegurado que pueda corresponder al conviviente o concubino, que figure en la declaración jurada o testamento por escritura pública, dicho Juzgado resolverá la procedencia del pago.

Queda claramente establecido que un mismo accidente no dará derecho a indemnizaciones acumulativas por Invalidez Total y Permanente por Accidente y Muerte Accidental, por lo que en caso ocurriera un fallecimiento como consecuencia de un accidente ya indemnizado por la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, no corresponderá indemnización alguna.

El pago de la indemnización por parte de LA COMPAÑÍA se efectuará dentro de las setenta y dos (72) horas de presentada la Solicitud de Beneficio y los documentos adjuntos solicitados, caso contrario LA COMPAÑÍA pagará los intereses legales que correspondan por el atraso producido en caso de vencer el plazo definido.

La entrega de la indemnización correspondiente se hará sin ninguna responsabilidad para LA COMPAÑÍA, en caso de que, posteriormente aparecieran otros beneficiarios con derecho al seguro de vida, conforme a lo definido en esta póliza. De ser éste el caso, los beneficiarios del Asegurado que hayan recibido los beneficios de la póliza serán responsables solidariamente entre sí por el pago de la alícuota correspondiente al (los) nuevo(s) Beneficiario(s) con derecho a cobro.

18. ARTÍCULO N° 18: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTA

El ASEGURADO o BENEFICIARIO, según corresponda, perderá el derecho a ser indemnizado, quedando LA COMPAÑÍA liberada de cualquier responsabilidad, cuando alguno de estos o cualquier tercero que actúe en su representación debidamente facultado, presente documentos falsos, dolosos o engañosos para sustentar la solicitud de pago de siniestro.

19. ARTÍCULO N° 19: IMPUESTOS

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

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

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

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL ASEGURADO, 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 por cualquier medio escrito, a través de los medios previamente acordados en esta póliza. 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.

La presente póliza de seguro no podrá ser modificada en sus coberturas o sumas aseguradas.

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

Los requerimientos y/o reclamos podrán ser presentados a LA COMPAÑÍA por teléfono, por correo electrónico, por carta física o a través de la página Web. La respuesta a los requerimientos y/o reclamos será comunicada por LA

COMPañÍA en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción..

Los datos de LA COMPañÍA para la presentación de requerimientos o reclamos son los siguientes:

CRECER	SEGUROS	S.A.
• Dirección: Av. Jorge Basadre 310, distrito de San Isidro, Lima.		
• Correo electrónico: gestionalcliente@creceerseguros.pe		
• Página		Web: www.creceerseguros.pe
• Teléfono: Lima (01) 4174400 / Provincia: (0801) 17440		

22. ARTÍCULO N° 22: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

a) **Vía administrativa**
En caso de que EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO no estén de acuerdo con la respuesta de LA COMPañÍA a un reclamo o al pronunciamiento sobre la solicitud de un siniestro (aprobación o rechazo) podrán acudir a las siguientes instancias administrativas:

INDECOPI (Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual)		
• Dirección: Calle La Prosa 104, San Borja, Lima, Perú.		
• Página		Web: www.indecopi.gob.pe
• Teléfono: (01) 2247800		

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

Departamento de Servicios al Ciudadano de la SBS - Atiende consulta y denuncias.		
• Dirección: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima, Perú.		
• Página		Web: www.sbs.gob.pe
• Teléfono: (0800) 10840 (línea gratuita)		

b) **Vía judicial**
Toda disputa, controversia, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO y LA COMPañÍA, que se encuentre relacionada con el Contrato de Seguro o con la interpretación de la Póliza, podrá ser resuelta por los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.

c) **Vía arbitral**

Asimismo, cuando se trate de controversias posteriores a la ocurrencia del siniestro, referidas al monto del pago del 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.

23. ARTÍCULO N° 23: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS tienen derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado (DEFASEG), 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.

DEFENSORÍA	DEL	ASEGURADO
Por montos de hasta US\$ 50,000.00, y que sean de competencia de la Entidad, según lo detallado en su reglamento.		
• Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 307, piso 9, Distrito de San Isidro, Lima, Perú.		
• Página	Web:	www.defaseg.com.pe
• Teléfono: (01) 4210614		

Ello, sin perjuicio del derecho de EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIO de acudir a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes, o a un proceso arbitral, de haberse pactado.

24. ARTÍCULO N° 24: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre LA COMPAÑÍA y EL ASEGURADO, o el BENEFICIARIO 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 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 de Seguro y/o en las Condiciones Particulares.

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

25. ARTÍCULO N° 25: 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.

26. ARTÍCULO N° 26: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La duración del presente contrato será anual. En caso el Asegurado desee renovar el seguro, deberá comunicarlo a LA COMPAÑÍA con una anticipación no menor de sesenta (60) días calendario a cualquiera de los medios de contacto puestos a disposición en esta póliza, a la fecha de vencimiento. En ese sentido, cuando LA COMPAÑÍA considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al contratante detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo en la propuesta. La falta de aceptación o rechazo de las modificaciones genera la no renovación de la póliza y deberán respetarse los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de su vigencia.

Caso contrario, se encuentre de acuerdo con las modificaciones, EL CONTRATANTE debe manifestar su aceptación a las modificaciones informadas, en caso correspondan, como señal y constancia de la renovación de la póliza.

En caso, la póliza no haya sufrido modificaciones, bastará solo con la aceptación del CONTRATANTE de renovar la póliza, bajo las mismas condiciones suscritas..

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

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

28. Artículo 28: PLAZO DE PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES.-

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

29. Artículo 29. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que EL CONTRATANTE recibe la póliza o nota de cobertura provisional, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna. Para este efecto, deberá comunicar su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición, 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/o a través del uso de sistemas a distancia.