

CRECE SEGURO

Condiciones Generales

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

Artículo 1°: Definiciones.

Asegurado Titular: Persona natural que se encuentra cubierta por la presente Póliza, que se encuentra expuesta a los riesgos detallados en la misma, y a quien se le otorga un pago periódico, según lo establecido en las Condiciones Particulares de la presente Póliza. El Asegurado Titular puede ser a su vez el Contratante, siempre que este último sea una persona natural.

Beneficiario: Para la cobertura principal de esta Póliza, el Beneficiario es el Asegurado Titular, el cual recibirá el pago, conforme a la cobertura principal elegida.

Contratante: Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro y figura como tal en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro. Es el responsable del pago de la Prima Única, salvo pacto en contrario. Si el Contratante es persona natural, puede también ser el Asegurado Titular de la póliza.

Corredor de Seguros: Persona natural o jurídica, debidamente autorizado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, que por cuenta del Contratante intermedia en la celebración del contrato de seguro. Entre sus obligaciones principales frente al Contratante y/o Asegurado Titular son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la Póliza, entre otros. También se les conoce como “Broker” o “Agente de seguros”.

Concubinato – Acreditación y Disolución:

- **Acreditación:** El Asegurado Titular deberá acreditar la condición de Concubinato por medio de un Pronunciamiento Judicial de Unión de Hecho o, por medio de una escritura pública de Reconocimiento de Unión de Hecho debidamente inscrita en Registros Públicos.
- **Disolución:** El Asegurado Titular, a fin de acreditar la disolución del concubinato, deberá presentar una Resolución Judicial que acredite dicha disolución o, en su defecto, la escritura pública y la debida inscripción en Registros Públicos, de dicha disolución.

Culpa Inexcusable: Actitud descuidada, negligente o imprudente del Asegurado por la cual no cumple con alguna de las obligaciones establecidas en la Póliza.

Declaración inexacta: Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el Asegurado Titular conozca.

Declaración personal de salud (DPS): Descripción veraz, completa y exacta del Asegurado respecto a su estado de salud al momento de solicitar el seguro. La Declaración Personal de Salud, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por La Compañía, pudiendo encontrarse como parte de la Solicitud de Seguro.

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

Dolo: Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir. No declarar intencionalmente lo que se debe declarar. Tiene el mismo efecto que la Culpa inexcusable, salvo las excepciones previstas normativamente.

Endoso: Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante y/o el Asegurado Titular. Surte efecto una vez suscrito y/o aprobado por La Compañía y/o El Contratante, según corresponda.

Factor de Ajuste del Pago: Es la tasa anual establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza según la cual, el Pago se reajustará a una tasa equivalente de acuerdo con la Periodicidad del Pago establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza. Aplica al Pago del Asegurado Titular y en caso corresponda, a los Beneficiarios del Pago en caso se haya contratado la Cláusula Adicional de la Cobertura de Pago de Beneficiario, bajo las siguientes consideraciones:

El Pago se reajusta en el tiempo según la periodicidad de este modo:

- Si la Periodicidad del Pago es mensual, dicho Pago se reajustará en los períodos que se inician en los meses de enero, abril, julio y octubre de cada año, a partir de la Fecha de Devengue Base, siempre que no se trate del Primer Ajuste, en cuyo caso el primer ajuste considerará únicamente los meses transcurridos desde la Fecha de Devengue Base hasta la Fecha de Inicio del Primer Pago.
- Si la Periodicidad del Pago no es mensual, el importe del Pago se reajustará mensualmente, con independencia del período en que corresponda otorgar el próximo pago de la cobertura.

Fallecimiento: Fin de la vida del Asegurado Titular.

Fecha de Devengue Base: Fecha que se toma como referencia para determinar el importe del Pago, y a su vez, para realizar los reajustes que correspondan, según lo establecido en la definición de “Factor de Ajuste del Pago” contenido en las presentes Condiciones Generales. La Fecha de Devengue Base, el Factor de Ajuste del Pago y la Periodicidad del Pago se encuentran en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Interés Asegurable: Es el interés de carácter económico que tiene el Contratante y/o Asegurado Titular de que no se materialice alguno de los riesgos cubiertos bajo la presente póliza.

Pago: Es el importe indemnizatorio asignado al Asegurado Titular, de frecuencia en base a la Periodicidad del Pago elegido por el Contratante, el cual es calculado a la Fecha de Devengue Base que se encuentra en las Condiciones Particulares.

El Pago estará afecto al “Factor de Ajuste del Pago” contratado. En el caso que dicho Factor sea igual a cero (0), el monto del Pago será constante en el tiempo.

Periodicidad del Pago: Corresponde al período elegido por el Contratante y que La Compañía mantenga vigente y disponible a la fecha de contratación de la póliza para el Pago; en tal sentido, el Contratante podrá elegir el Pago, bajo cualquiera de las siguientes periodicidades:

- Mensual
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Anual

El Pago que se otorgará al Asegurado Titular se realizará desde la Fecha de Inicio definida en el Artículo 15° de este Condicionado General, y bajo la periodicidad contratada conforme consta en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Póliza: Es el documento emitido por La Compañía el que consta el contrato de seguro. Está conformado por las presentes Condiciones Generales y sus Anexos, Condiciones Particulares, Condiciones especiales, si las hubiere entre las que se encuentran las Cláusulas Adicionales de haberlas; solicitud, los cuestionarios médicos y/o financieros y Declaraciones Personales de Salud (DPS), cuando corresponda. En caso de producirse discrepancias entre las condiciones de esta Póliza, queda convenido que las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y, éstas prevalecen sobre las generales. En las presentes Condiciones Generales y en los demás documentos que formen parte de la Póliza, se podrá hacer referencia indistintamente a Póliza de Seguro o a Contrato de Seguro.

Prima Comercial Única: Valor monetario determinado por La Compañía en contraprestación por las coberturas otorgadas en la Póliza. Esta debe ser pagada por el Contratante en una sola oportunidad en la fecha que establezca La Compañía para tal efecto.

Reticencia: Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el Contratante o Asegurado.

Siniestro: Materialización de un riesgo cubierto por la Póliza de Seguro y que da origen a una solicitud de cobertura bajo los términos y condiciones de la Póliza.

Artículo 2°: Coberturas Principales

1. **Pagos Periódicos:** La cobertura principal otorga Pagos periódicos por la supervivencia del Asegurado Titular bajo las condiciones elegidas por el Contratante en la Solicitud de Seguro, y que se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza. En el caso del Plan Temporal, los Pagos son hasta la

fecha del fallecimiento del Asegurado Titular o hasta la fecha de fin de vigencia de la Póliza de Seguro; lo que ocurra primero. Para el Plan Vitalicio, los Pagos son hasta la fecha de fallecimiento del Asegurado Titular.

Bajo las condiciones de la presente cobertura, el fallecimiento del Asegurado Titular produce automáticamente la terminación de la vigencia de la Póliza de Seguro, por tanto, La Compañía quedará liberada de cualquier obligación contemplada en la póliza a partir de dicha fecha. En caso de que el Contratante haya elegido adicionalmente a la presente cobertura la Condición Especial de Periodo Garantizado y/o la Cláusula Adicional de Pago de Beneficiarios, no se producirá la terminación de la vigencia de la Póliza de Seguro, y se aplicará lo establecido en dicha(s) cláusula(s).

Adicionalmente a la cobertura principal que elija el Contratante, éste podrá elegir coberturas adicionales, cuyas condiciones formarán parte de la Póliza de Seguro.

El importe del Pago que otorgará La Compañía será fijado en las Condiciones Particulares, así como las sumas aseguradas respecto de las coberturas adicionales que elija el Contratante, según sea el caso.

- 2. Cobertura de Sepelio:** En caso se produzca el fallecimiento del Asegurado Titular durante la vigencia de esta cobertura, La Compañía pagará como indemnización el importe de Sepelio indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza. El fin de vigencia de la cobertura de Sepelio también se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza. La cobertura de Sepelio será pagada a los Beneficiarios declarados en la póliza o, en ausencia de todos ellos a los Herederos Legales del Asegurado Titular, según corresponda. Si fallece alguno/s de los Beneficiarios, el beneficio que les correspondía será repartido en partes iguales entre los otros Beneficiarios declarados. Los requisitos para el otorgamiento y forma de pago de esta cobertura se detallan en la cláusula vigésimo séptima.

La moneda en que se otorgará la cobertura de Sepelio será la establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza. El Asegurado Titular deberá ser mayor de 18 años.

La declaración inexacta de la edad del Asegurado Titular acarrea la facultad de La Compañía de determinar el nuevo importe de Sepelio, correspondiente.

En caso de que el Asegurado Titular sea persona distinta al Contratante, el Asegurado Titular tendrá la facultad de revocar su consentimiento a ser asegurado bajo la cobertura de sepelio. La revocación surtirá efectos desde la fecha en que La Compañía haya recibido dicha comunicación por parte del Asegurado Titular, y es a partir de ese momento en que cesa la presente cobertura. La revocación indicada en el presente párrafo genera el derecho a El Contratante de la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente a periodo de tiempo en que la póliza tuvo vigencia. Asimismo, El Contratante puede decidir un recalculeo en el importe de la renta otorgada bajo la Cobertura Principal correspondiente al monto de la diferencia de la prima a devolver.

Artículo 3°: Exclusiones

La cobertura de Pagos Periódicos que otorga esta Póliza no impone exclusiones al Asegurado Titular.

En caso de la cobertura de Sepelio, si el fallecimiento del Asegurado Titular fuere a consecuencia de un acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o participe, por uno o más de los Beneficiarios designados o por uno de los Herederos Legales del Asegurado Titular, según corresponda, dichos Beneficiarios o Herederos Legales no tendrán derecho al pago de la indemnización generada como consecuencia de la cobertura de sepelio, y por consiguiente, los demás Beneficiarios o herederos legales del Asegurado Titular tendrán el derecho de acrecer su beneficio en partes iguales.

No obstante, las coberturas adicionales que podría elegir el Contratante sí pueden contemplar exclusiones, las cuales se detallarán en el tenor de cada una de ellas.

Artículo 4°: Condiciones para el asegurado

Podrá ser Asegurado Titular bajo la presente Póliza, cualquier persona natural que haya respondido todas las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS), y cuya solicitud de Seguro haya sido aceptadas por La Compañía.

Artículo 5°: Inicio de Vigencia y Plazo de la Póliza

La vigencia de la presente póliza inicia en la fecha y hora pactada en las Condiciones Particulares. Asimismo, la presente Póliza tiene como fecha máxima de fin de vigencia o plazo la que se ha pactado en las Condiciones Particulares.

Artículo 6°: Compromisos Asumidos por La Compañía

La Compañía se compromete a otorgar al Asegurado Titular, todas las obligaciones que se deriven del presente Contrato de Seguro de acuerdo con las condiciones de la póliza.

Artículo 7°: Compromisos Asumidos por el Contratante y/o Asegurado Titular

El Contratante se compromete a pagar la Prima Comercial Única.

- El Contratante y/o Asegurado Titular se comprometen a brindar a La Compañía toda la información pertinente, tanto en la Solicitud del Seguro, Declaración Personal de Salud, en caso corresponda, así como en cualquier otro documento, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de La Compañía, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.
- El Contratante y/o Asegurado Titular se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- El Contratante declara conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un corredor de seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del Contratante, todos

los trámites administrativos vinculados con el presente contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y La Compañía surten todos sus efectos con relación al Contratante con las limitaciones previstas en la Ley vigente.

- La póliza se basa en la información ofrecida por el Asegurado Titular o Contratante en la solicitud de seguro, la cual tiene carácter de declaración jurada y en cualquier otra comunicación escrita y cursada a La Compañía.

Artículo 8°: Observación de Diferencias entre la propuesta u oferta y la póliza y cambio de condiciones contractuales durante la vigencia de la póliza.

B. Observación de Diferencias entre la Propuesta u Oferta y la Póliza

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta y/u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por El Contratante, si no reclama dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la Póliza.

No obstante, la aceptación indicada en el párrafo precedente se presume solo cuando La Compañía haya advertido al Contratante en forma detallada, mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por La Compañía, se tendrán las diferencias como no escritas, excepto cuando estas sean favorables para el Asegurado.

Para producir efectos antes de los treinta (30) días, la aceptación de las diferencias por parte del Contratante deberá ser expresa mediante comunicación escrita.

Cuando existan diferencias entre los términos y condiciones del seguro ofrecidas mediante sistemas de publicidad y el contenido de la Póliza, relativas al mismo Seguro, prevalecen las condiciones más favorables para el Asegurado.

Para efectos del presente contrato, la cotización final es la propuesta u oferta realizada por La Compañía, el cual es el aprobado por el Contratante, y que forma parte integrante de la Solicitud de Seguro, que firmará el Contratante. Las estimaciones referenciales que entregue La Compañía a favor del Contratante en el proceso de adquisición de la presente Póliza no constituyen propuestas u ofertas. Dichas estimaciones contemplan información referencial y no obligan a La Compañía.

B. Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza

La Compañía no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por La Compañía. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del Contratante no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado. En caso de que el Contratante sea persona distinta al Asegurado Titular, éste tendrá la obligación de poner en conocimiento del Asegurado Titular, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Artículo 9°: Comprobación de la fecha de nacimiento.

Para determinar el monto del Pago de la cobertura correspondiente a la presente Póliza se considera la fecha de nacimiento del Asegurado Titular, junto con toda la información declarada en la Solicitud del Seguro.

La comprobación y/o acreditación de la fecha de nacimiento del Asegurado Titular podrá efectuarla La Compañía en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, para lo cual solicitará al Asegurado, la presentación del respectivo Documento Oficial de Identidad original, al momento de efectuarse el Pago de la cobertura. Si la fecha de nacimiento verdadera del Asegurado Titular es diferente a la declarada por él en la Solicitud de Seguro y como consecuencia su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en las Condiciones Particulares, se procederá con lo establecido en el Artículo 12°, literal c) de las presentes Condiciones Generales. Asimismo, en otro caso, se aplicará lo dispuesto en el último párrafo del Artículo 10°.

Artículo 10°: Modificación de condiciones a solicitud del contratante y recálculo del pago.

El Contratante podrá solicitar modificaciones a las condiciones de la Póliza de Seguro, para lo cual deberá presentar a La Compañía una solicitud por escrito, bajo el formato preestablecido para tal efecto por La Compañía, dentro de los primeros diez (10) días de cada mes. En caso de que el Contratante presente la solicitud, antes indicada, fuera del plazo establecido, se considerará que dicha solicitud se ha realizado el primer día útil del mes siguiente.

La respuesta a dicha solicitud, por parte de La Compañía, será remitida al Contratante, mediante los medios de comunicación pactados. En caso de proceder las modificaciones solicitadas por el Contratante, La Compañía detallará las consecuencias de tales modificaciones y estarán disponibles para que sean aceptadas o rechazadas por el Contratante en un plazo máximo de quince (15) días contabilizados desde la fecha en que el Contratante recibe la respuesta a su solicitud.

En caso de que el Contratante no se pronuncie dentro de dicho plazo, se tomará como rechazo a la respuesta planteada por La Compañía, en cuyo caso, la Póliza de Seguro seguirá surtiendo efectos bajo las condiciones originalmente pactadas. Por otro lado, en caso de que el Contratante acepte la respuesta planteada por La Compañía, se emitirá el respectivo Endoso modificatorio.

Se deja constancia que, la revisión de la solicitud de modificación de condiciones realizada por parte del Contratante estará afecto a un costo administrativo que será determinado por La Compañía y comunicado en la respuesta a la solicitud del Contratante. Dicho costo administrativo estará a cargo del Contratante y se deberá cancelar en caso sea aceptada la respuesta emitida por La Compañía.

El endoso que se emita como consecuencia de la modificación de las condiciones de la Póliza de Seguro surtirá efectos a partir del mes siguiente a la fecha de aceptación de las nuevas condiciones por parte del Contratante.

El Pago que se otorga por la presente Póliza de Seguro, se podrá recalcularse como consecuencia de la solicitud de modificación o endoso presentada por el Contratante, únicamente en los siguientes casos:

- a. Por la inclusión de Cónyuge en caso de Matrimonio o, concubinato o Hijos Nacidos durante la vigencia de la póliza, en caso haya sido contratada la cláusula adicional de Pago de Beneficiarios.
- b. Por la exclusión de Cónyuge como Beneficiario en caso de divorcio, o del concubino presentando la disolución de este (ver definición de “Concubinato – Acreditación y Disolución”), siempre que haya sido contratada la cláusula adicional de Pago de Beneficiarios.
- c. Por modificación de la fecha de inicio de Pago pactado originalmente, solo aplicable para los casos en que el Pago haya sido pactado como diferido.
- d. Otras causas establecidas por La Compañía, las que deberán ser previamente acordadas con el Contratante.

El Contratante solo tendrá derecho a solicitar tres (03) endosos modificatorios durante la vigencia de esta póliza.

No obstante, lo antes indicado, si el Contratante y/o Asegurado Titular realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, se aplicará lo dispuesto en el Artículo 12º, literal b).

Si la reticencia y/o declaración inexacta no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado Titular y es constatada antes que se produzca el siniestro, La Compañía ofrecerá al Contratante la revisión del contrato en un plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación, ofreciéndole un recálculo de primas y/o Pago, otorgándole asimismo un plazo de diez (10) días para que el Contratante se pronuncie por la aceptación o el rechazo de la oferta de recálculo. Si la revisión es aceptada, el recálculo de la prima y/o Pago se efectuará según lo acordado; caso contrario, La Compañía podrá resolver la póliza mediante comunicación dirigida al contratante, en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo anterior.

En este caso, corresponden a La Compañía las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que esta efectuó la resolución.

No obstante, si La Compañía opta por no resolver la póliza, o en su defecto, vencido el plazo de treinta (30) días contabilizados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días que tenía el Contratante para aceptar o rechazar la propuesta presentada por La Compañía sin que haya resuelto la póliza, este mantendrá su vigencia según las condiciones pactadas y establecidas originalmente en la póliza de seguros.

Asimismo, La Compañía podrá recalcularse y reducir el importe del Pago en proporción a la prima percibida, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, La Compañía restituirá el exceso de la prima percibida, sin intereses.

Artículo 11°: Causales de término del contrato de seguro e irrevocabilidad del contrato de seguro.

El contrato de seguro terminará en la primera de las siguientes fechas, sin necesidad de aviso previo, simultáneo o posterior por parte de La Compañía:

- a. Por fallecimiento del Asegurado Titular. En caso se haya contratado la Condición Especial de Periodo Garantizado y/o la Cláusula Adicional de Pago de Beneficiarios, no se producirá la terminación de la vigencia de la Póliza de Seguro, y se aplicará lo establecido en dicha(s) cláusula(s).
- b. Al finalizar la vigencia de la Póliza.

La celebración del presente contrato de seguro es IRREVOCABLE, es decir, ninguna de las partes intervinientes en el presente contrato de seguro, podrá resolverlo sin expresión de causa y en forma unilateral..

Artículo 12°: Nulidad de la Póliza.

La Póliza ha sido extendida por La Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o Asegurado Titular en la Solicitud de Seguro.

Será nulo todo Contrato de Seguro:

- a. Si el Contratante y/o el Asegurado Titular hubiera tomado el Seguro sin contar con Interés Asegurable.
- b. Por Reticencia y/o Declaración Inexacta, siempre que ésta se hubiere producido con dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado Titular, respecto de circunstancias conocidas por ellos, que hubiesen impedido la celebración del presente Contrato o modificado sus condiciones, de haber sido conocidas por la Compañía.

En el supuesto indicado en el párrafo anterior, La Compañía deberá invocar la causal en un plazo de treinta (30) días desde que tomó conocimiento de la Reticencia o Declaración Inexacta.

- c. Declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, al momento de celebración del Contrato, hubiere excedido los límites establecidos en las Condiciones Particulares. En este caso, se procederá con la devolución de las primas correspondientes.

La nulidad del presente Contrato determina que el Contratante y/o el Asegurado titular pierdan el derecho a exigir a La Compañía indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza emitida a su favor.

Los Beneficiarios y/o Asegurado Titular que hubieren cobrado el beneficio previsto en la Póliza con anterioridad a la declaración de nulidad del Contrato, quedarán obligados a devolver el beneficio recibido cuando la Compañía ejerza las acciones legales

correspondientes, devolución a realizar a la Compañía juntamente con los intereses legales, gastos debidamente sustentados y tributos a que hubiere lugar.

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas en un plazo de 30 días calendario de declarada la nulidad, sin intereses al Contratante, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal b) del presente artículo, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de estas para el primer año de duración del contrato de seguro.

Artículo 13°: Pago de Prima Comercial Única.

- a. La Prima Comercial Única tiene el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia.
- b. El pago de la Prima Comercial Única deberá ser realizado por el Contratante, en la misma moneda en que recibirá el Pago de la cobertura y depositado en la cuenta que La Compañía determine para tal efecto.
- c. Los Corredores y/o Asesores de Seguros están prohibidos de cobrar la Prima Única por cuenta de La Compañía. Cualquier pago realizado al Corredor y/o Asesor de Seguros se tiene por no efectuado.

Artículo 14°: Forma de Pago de la Cobertura Principal.

El monto del Pago que se otorga ha sido calculado por La Compañía a la Fecha de Devengue Base y considerando los términos y condiciones pactados entre el Contratante y La Compañía, las mismas que se encuentran indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro. El otorgamiento de la cobertura principal será realizado por La Compañía durante los últimos siete (07) días de cada mes, según la periodicidad pactada en las Condiciones Particulares de la Póliza. El pago al Asegurado Titular que sea menor de edad y/o declarado judicialmente como incapaz, podrá ser realizado por La Compañía mediante depósito en la cuenta bancaria que, para tal efecto, los padres y/o apoderados, según corresponda, generen a nombre del Asegurado Titular.

Artículo 15°: Fecha de Inicio del Pago.

Las partes acuerdan que la Fecha de Inicio del Pago de la cobertura que otorga esta Póliza de seguro será la determinada por las partes en las Condiciones Particulares de la Póliza, independientemente de la Fecha de Inicio de vigencia de la Póliza de Seguro.

A solicitud del Contratante, la Fecha de Inicio del Pago de la cobertura podrá diferirse, cuya fecha estará indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza. Si el Pago de la cobertura es otorgado por La Compañía de forma inmediata, la Fecha de Inicio del Pago será igual a la Fecha de Devengue Base.

Artículo 16°: Acreditación de Supervivencia del Asegurado Titular.

Los Pagos que se otorgan bajo la cobertura de la presente Póliza se realizan bajo la periodicidad convenida por el Contratante, para lo cual, el Asegurado Titular deberá

acreditar su supervivencia en el caso que La Compañía lo solicite por escrito o medios electrónicos, conforme lo establecido en el Artículo 17°.

En caso de que el Contratante haya solicitado el pago de la cobertura principal elegida, bajo la modalidad de Pago Diferido (es decir, con posterioridad a la Fecha de Devengue Base), deberá acreditar la supervivencia del Asegurado Titular a La Compañía, con una anticipación no menor a quince (15) días útiles a la Fecha de Inicio del Pago Diferido contratado, bajo los mecanismos establecidos en el Artículo 17°.

La acreditación de la Supervivencia del Asegurado Titular deberá presentarse en las Oficinas y/o Plataformas de Atención al Cliente de La Compañía. La falta de acreditación de la supervivencia del Asegurado Titular dará origen a la suspensión del Pago de la(s) cobertura(s) que corresponda(n) bajo las condiciones de la presente Póliza, las mismas que se retendrá(n) hasta que el Asegurado Titular regularice su acreditación, en cuyo caso La Compañía repondrá los pagos retenidos hasta la fecha de la presentación del certificado correspondiente, sin considerar ningún tipo de intereses. No obstante, lo antes indicado, La Compañía podrá efectuar validaciones periódicas en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) o mediante otros medios para verificar la condición de supérstite (supervivencia) de los Asegurados Titulares o Beneficiarios con Pago. En caso se detecte el fallecimiento del Asegurado Titular o Beneficiarios con Pago, según sea el caso, se procederá a suspender los Pagos, de forma inmediata.

Artículo 17°: Documentos que acreditan la Supervivencia del Asegurado Titular.

El Asegurado Titular o Beneficiario, en caso haya contratado la cobertura adicional de Pago de Beneficiarios, deberán acreditar su supervivencia presentándose en forma personal a las Oficinas y/o Plataformas de Atención al Cliente de La Compañía, presentando su Documento Oficial de Identidad.

El Beneficiario deberá acreditar su supervivencia siempre que el Asegurado Titular haya fallecido y mantenga vigente su derecho de recibir el Pago de la cobertura que le corresponda. En caso de que no sea posible la presencia del Asegurado Titular o Beneficiario en las Oficinas de La Compañía, se deberá acreditar su supervivencia presentando cualquiera de los documentos que se detallan a continuación:

- Certificado de Supervivencia Notarial expedido por Notario Público de la ciudad de residencia del Asegurado Titular, o Beneficiario, en caso corresponda.
- Certificado de Supervivencia otorgado por el Cónsul del Perú en la ciudad donde reside el Asegurado Titular o Beneficiario, en caso corresponda, siempre que domicilie en el extranjero.

Artículo 18°: Solicitud de cobertura fraudulenta.

Se considera fraudulento:

- a. La presentación de una solicitud de cobertura engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.
- b. Emplear medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.

- c. Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el Contratante y/o Asegurado Titular y/o Beneficiario bajo su complicidad o consentimiento.

El (los) Beneficiario(s) o el (los) heredero(s) legal(es) que haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a recibir los Pagos de cobertura que le correspondieran. En este supuesto, el Pago que le correspondía a éste(os), se redistribuirá entre los que tengan derecho al beneficio. Esta condición solo es aplicable para el caso en que el Contratante haya elegido alguna de las coberturas adicionales (Cláusula Adicional de Pago de Beneficiarios, Cláusula Adicional de Capital de Fallecimiento del Asegurado Titular, Cláusula Adicional de Devolución de Prima, Cláusula Adicional de Sepelio o Condición Especial de Periodo Garantizado).

En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actúe, contando con los poderes legales requeridos para ello, en nombre y representación de los demás Asegurados, Beneficiarios o Herederos Legales, todos perderán el derecho a recibir el Pago de cobertura que les corresponda, quedando expedito el derecho de la Aseguradora para recuperar los montos que hubiera otorgado por las coberturas contratadas por esta póliza, sin perjuicio de ejercer su facultad de demandar judicial y/o penalmente a quienes resulten responsables por los perjuicios que dicha conducta le hubieran ocasionado.

La Compañía está autorizada a realizar las investigaciones que fueran necesarias y solicitar la información correspondiente para comprobar las situaciones antes señaladas.

Artículo 19°: 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 Compañía dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente hábil de su presentación a LA COMPAÑÍA.

Los datos de la Compañía para la presentación de requerimientos o reclamos son:

CRECER SEGUROS S.A.

- Dirección: Av. Jorge Basadre N° 310, distrito de San Isidro, Lima
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe
- Página web: www.crecerseguros.pe
- Teléfono: Lima (01) 417-4400 / Provincia: (0801) 17440

Artículo 20°: Defensoría del asegurado.

El Contratante, Asegurado Titular y/o Beneficiario tienen derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, con el objeto de resolver las controversias que surjan entre ellos y la Compañía sobre su solicitud de cobertura, de acuerdo con el Reglamento de la Defensoría del Asegurado, siendo el fallo final vinculante, definitivo e inapelable para la Compañía.

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 del Contratante, Asegurado Titular y/o Beneficiarios(s) de acudir a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes.

Artículo 21°: Indisputabilidad.

Si transcurren dos años desde la celebración del contrato, La Compañía no puede invocar la reticencia o falsa declaración del Contratante y/o Asegurado Titular, excepto cuando es dolosa.

Artículo 22°: Domicilio, validez, avisos y comunicaciones.

El Contratante y/o Asegurado Titular y/o Beneficiario y la Aseguradora establecen sus domicilios, correo electrónico y/o números telefónicos en la Solicitud de Seguro y/o Condiciones Particulares de la Póliza, los cuales serán válidos para los avisos y comunicaciones que intercambien las partes.

Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de los mecanismos de comunicación acordados en el Contrato de Seguro, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos estos. 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 estas (cargo, grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación). Las comunicaciones mediante llamada telefónica serán posible, salvo que la ley establezca expresamente que la comunicación deba realizarse por escrito.

El Contratante, el Asegurado Titular y/o Beneficiario deberán informar por escrito o por teléfono a La Compañía todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico con la finalidad de tomar las medidas correspondientes, caso contrario, se tendrá como válido los últimos datos de contacto señalados en la Póliza y el cambio carecerá de valor y efecto para el presente Contrato. Para los efectos del presente Contrato La Compañía, el Contratante, el Asegurado Titular y/o Beneficiario señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares.

Artículo 23°: Mecanismos de solución de controversias.

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el Contratante y/o Asegurado Titular y/o Beneficiario, según corresponda de acuerdo con Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Sin perjuicio de lo antes indicado, el Contratante y/o Asegurado Titular y/o Beneficiario, en caso corresponda, podrán

presentar su reclamo o denuncia ante la Defensoría del Asegurado; Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (Departamento de Servicio al Ciudadano) o el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

Artículo 24°: Prescripción liberatoria.

Los reclamos y las acciones fundadas en la Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde la ocurrencia del Siniestro, con excepción de los reclamos y acciones relativos a las coberturas por fallecimiento las que prescribirán en el plazo de diez (10) años desde que el Beneficiario tome conocimiento de la existencia del beneficio.

Cumplido el plazo de prescripción, sin que el Contratante, Asegurado, Beneficiario o Heredero Legal hubiera solicitado el beneficio, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar la Suma Asegurada.

Artículo 25°: Tributos.

Todos los tributos que pudieran gravar la Prima Comercial Única, los Pagos o Sumas Aseguradas o su correspondiente liquidación serán de cargo del Contratante y/o Asegurado Titular y/o Beneficiario o de sus herederos legales, según corresponda; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de La Compañía y no puedan ser trasladados.

Artículo N° 26: Moneda

El monto de la prima a pagar, la suma asegurada 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.

No obstante, en caso de que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, la Compañía podrá convertir los montos y/o valores que se precisen en la Póliza en moneda nacional, ajustándose la Suma Asegurada y demás obligaciones, al tipo de cambio de la SBS, correspondiente a la fecha de inicio de vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación. La Compañía tiene un plazo de treinta (30) días para comunicar al Contratante y/o Asegurado Titular de la Póliza, las modificaciones efectuadas. Dentro de dicho plazo asimismo entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones en conocimiento del Asegurado Titular.

Artículo 27: Solicitud de cobertura y pago de siniestro de la cobertura de Sepelio

Al fallecimiento del Asegurado Titular durante la vigencia de la cobertura de Sepelio, los Beneficiarios declarados o los Herederos Legales del Asegurado Titular, según corresponda, presentarán la Solicitud de Cobertura de Sepelio adjuntando los siguientes documentos:

- a. Copia Certificada del Acta de Defunción del Asegurado Titular expedida por RENIEC.

- b. Copia simple del Certificado Médico de Defunción del Asegurado Titular o Protocolo de Necropsia (en caso de muerte accidental), según corresponda.
- c. Copia simple de sus documentos de identidad de cada uno de los beneficiarios o los Herederos Legales del Asegurado Titular.
- d. Copia literal de la Inscripción en Registros Públicos del testamento o de la Sucesión Intestada del Asegurado Titular, según corresponda, siempre que la Solicitud sea presentada por los Herederos Legales del Asegurado Titular.
- e. En caso algún Beneficiario declarado en la póliza haya fallecido, se deberá presentar la copia certificada del Acta de Defunción de dicho Beneficiario.

En caso de muerte presunta, se deberá entregar a La Compañía la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente copia certificada del Acta de defunción.

La Solicitud de Cobertura de Sepelio será proporcionada por La Compañía y deberá estar firmada por la totalidad de Beneficiarios declarados o Herederos Legales del Asegurado Titular, según corresponda.

Todo documento de procedencia extranjera debe ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

El pronunciamiento de La Compañía se encontrará suspendido hasta la recepción de todos los documentos antes indicados.

Una vez que La Compañía haya recibido la totalidad de la documentación antes detallada, ésta deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo de la Solicitud de Cobertura de Sepelio dentro de los treinta (30) días siguientes.

En caso que La Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por los Beneficiarios o los herederos legales, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, contados desde la fecha de presentación de la totalidad de los documentos descritos anteriormente, suspendiendo dicho plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

En caso de que La Compañía no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días, a que se refiere en párrafo anterior, se entenderá que la solicitud de cobertura ha quedado consentida o aceptada, salvo que La Compañía requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL BENEFICIARIO, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

Una vez aceptada la solicitud de cobertura, La Compañía cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago de este a los respectivos Beneficiarios.