

CONDICIONES GENERALES SEGURO VIDA LEY TRABAJADORES



CONDICIONES GENERALES – SEGURO VIDA LEY TRABAJADORES COD. SBS N° VI1787300005

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 cardíacos, 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 que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivo, vinculado a una póliza de seguro determinada.

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

Comercializador: persona natural o jurídica con la que la empresa celebra un contrato de comercialización, con el objeto de que este se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros. También se consideran comercializadores a las empresas de operaciones múltiples (bancaseguros).

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 lo 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 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 adicional a la póliza de seguro, en el que se establecen modificaciones a la póliza o certificado de seguros 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.

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

Póliza de seguro: Documento que refleja las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE. Incluye los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y endosos.

Póliza de seguro electrónica: Es la versión digital de la póliza de seguro, regulada por la Ley de Contrato de Seguro y las normas emitidas por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, y que es remitida y/o puesta a disposición por medios electrónicos. Se entiende que toda referencia a la póliza de seguro electrónica comprende al certificado de seguro electrónico en el caso de seguros de grupo o colectivos.

Prima Comercial: Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores, promotores y el beneficio comercial de la empresa. 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 tope 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 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 homogénea.

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.

2. ARTÍCULO N° 2: DISPOSICIONES GENERALES

Esta Póliza sólo podrá ser suscrita o modificada por los representantes de LA COMPAÑÍA. En cuanto a las modificaciones a esta póliza rige lo establecido en el artículo 22 de este Condicionado General.

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:

- Endosos o Adendas.
- Condiciones Especiales.
- Condiciones Particulares.
- 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 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 por cualquier causa, con excepción de lo indicado en la cobertura de Muerte Accidental.

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:

- 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 enunciadas arriba.

Se precisa que la cobertura de ITP comprende la invalidez del Asegurado que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato de seguro, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente, siendo válidas las cláusulas que amplíen este plazo, conforme el artículo 132 de la Ley de Contrato de Seguro y sus modificaciones.

6. 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.

En caso de haber contratado coberturas adicionales, LA COMPAÑÍA podrá establecer exclusiones que serán detalladas en las Cláusulas Adicionales y de aplicación sobre cada una de ellas.

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 a EL CONTRATANTE o a EL BENEFICIARIO.

8. 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.

9. 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.

10. 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 día 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.

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

EL CONTRATANTE podrá resolver la Póliza sin expresión de causa, 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.

12. 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.

13. ARTÍCULO N° 13: DECLARACIÓN DE PLANILLAS Y PAGO DE LA PRIMA

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.

En caso corresponda, todo pago que se haga al Comercializador se entiende como recibido por La Compañía.

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, 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 comercial multiplicando la remuneración mensual asegurable total declarada por EL CONTRATANTE (declaración de planillas) por la tasa neta mensual que corresponda a cada categoría de ASEGURADO y por la cantidad de meses que refiera la vigencia contratada.

LA COMPAÑÍA emitirá y hará llegar a EL CONTRATANTE, una vez conforme con la declaración de planillas, el reporte de liquidación de primas, en un plazo no mayor de los cinco (5) días calendarios siguientes de recibida la declaración de planillas.

Si EL CONTRATANTE no cumpliera con la presentación de planillas, según la forma y plazos antes indicados, la presente cobertura quedara suspendida automáticamente, y LA COMPAÑÍA deberá notificar dicho hecho (suspensión) por escrito AL CONTRATANTE, quedando relevada LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro que ocurra.

Si EL CONTRATANTE no cumpliera la obligación señalada en párrafo previo y la cobertura quedará suspendida en caso de ocurrencia de cualquier siniestro, será el CONTRATANTE quien se encuentra obligado a pagar la Suma Asegurada a los Beneficiarios, según lo indicado en el artículo 7° del Decreto Legislativo N° 688, de igual forma, aplicará lo establecido en el artículo siguiente de Incumplimiento de pago de la prima y rehabilitación. La Compañía podrá optar por resolver el contrato de seguro durante la suspensión de la cobertura, mediante una comunicación escrita enviada al CONTRATANTE con treinta (30) días calendario de anticipación. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo anterior a la suspensión de la cobertura.

Para que EL CONTRATANTE pueda contar nuevamente con cobertura para sus trabajadores (asegurados), deberá realizar la declaración de planillas correspondiente al periodo no presentado y en tanto ello ocurra, como máximo, hasta el último día del mes siguiente al que corresponde la cobertura.

14 ARTÍCULO N° 14: INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE LA PRIMA Y REHABILITACIÓN

Si el contratante no cumpliera con el pago de la prima en el plazo indicado, la cobertura quedará suspendida automáticamente quedando relevada la Compañía de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro que ocurra, el cual será de responsabilidad del Contratante según lo establecido por ley. En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de la prima, la Compañía podrá optar por resolver el contrato de seguro conforme al procedimiento descrito en artículo 16 de este condicionado general. En caso de producirse la suspensión de la cobertura de la póliza como consecuencia del incumplimiento en el pago de la prima, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, siempre y cuando La Compañía no haya expresado su decisión de resolver la póliza o se haya producido la extinción del contrato de seguros. Adicionalmente, para que el Contratante pueda contar nuevamente con cobertura para sus trabajadores

(asegurados), deberá realizar la declaración de planillas correspondiente al periodo no presentado y en tanto ello ocurra como máximo, hasta el último día del mes siguiente al que corresponde la cobertura.

La cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0.00) horas del día siguiente en que el Contratante pague el total de las primas vencidas.

15. 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.

16 ARTÍCULO N° 16: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

a) Causales de resolución

La presente Póliza o Certificado, según corresponda, se resolverá en cualquiera de los siguientes escenarios, previa notificación a EL CONTRATANTE:

1. 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 enviada al CONTRATANTE con treinta (30) días calendario de anticipación. 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 en el plazo de diez (10) días brindado por

LA COMPAÑÍA, en caso de declaración inexacta o reticente que no obedece a dolo o culpa inexcusable, LA COMPAÑÍA podrá resolver la Póliza previa comunicación a EL CONTRATANTE en un plazo de treinta (30) días, según lo indicado en el Artículo N° 15 de este Condicionado General. La resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita al CONTRATANTE, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del CONTRATANTE. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido entre la propuesta de ajuste y la resolución.

3. Por Agravación del Riesgo comunicada por escrito a LA COMPAÑÍA por EL CONTRATANTE ni bien conozca su ocurrencia. Una vez conocida la agravación, por parte de LA COMPAÑÍA, ésta tendrá un plazo de quince (15 días) para comunicar por escrito a EL CONTRATANTE su decisión de resolver el contrato, para lo cual le enviará una comunicación escrita, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución. Si es que el CONTRATANTE, o en su caso, EL ASEGURADO, omiten denunciar la Agravación por Riesgo a la COMPAÑÍA, ésta quedará liberada de su prestación, si el siniestro se produce mientras subsiste la Agravación del Riesgo, salvo que por las excepciones señaladas en el artículo 62° de la Ley del Contrato de Seguro, tales como: (a) EL CONTRATANTE o, en su caso, EL ASEGURADO incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable; (b) si la Agravación del Riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de LA COMPAÑÍA; (c) si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato de seguro en el plazo de los quince días arriba indicados en este numeral; o, (d) LA COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

4. El Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por la presentación de reclamaciones o solicitudes fraudulentas por parte del Contratante, Asegurado, Beneficiarios, herederos o terceras personas que actúen en su representación que empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, o declaraciones falsas para sustentar una reclamación o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la Póliza, en cuyo caso LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación escrita a EL CONTRATANTE, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, correspondiéndole a LA COMPAÑÍA la prima devengada a la fecha en que la resolución surtió efectos, asimismo LA COMPAÑÍA procederá a devolver al CONTRATANTE las primas no devengadas. Se precisa que la comunicación de resolución antes indicada por parte de LA COMPAÑÍA se realiza sin perjuicio de la respuesta a la solicitud de cobertura presentada.

5. Por solicitud de resolución de EL CONTRATANTE, la cual podrá efectuarse en cualquier momento y sin expresión de causa. La resolución opera desde el día de presentada la solicitud de resolución por EL CONTRATANTE a LA COMPAÑÍA. 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.

En cualquier caso, una vez resuelto el Contrato y/o el Certificado, LA COMPAÑÍA queda liberada de su prestación.

Para los numerales 2, 3 y 4, LA COMPAÑÍA, de oficio, procederá a la devolución de la prima no devengada al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario desde que se hace efectiva la resolución.

En todos los supuestos de resolución, antes mencionados, EL CONTRATANTE tendrá la obligación de informar de ello a LOS ASEGURADOS.

b) Causales de extinción

La Póliza o Certificado de Seguro, según corresponda, se extinguirá si ocurren los siguientes eventos:

1. Cuando EL ASEGURADO, por cualquier motivo, concluya su relación laboral con el Contratante.
2. Con relación al CONTRATANTE, al vencimiento del plazo de vigencia de la Póliza.
3. 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, adicionalmente, a los puntos indicados anteriormente, El Certificado de Seguro se extinguirá si ocurren los siguientes eventos:

4. Por muerte natural o accidental de EL ASEGURADO.
5. Por invalidez total y permanente por accidente de EL ASEGURADO.
6. 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.4 y b.5 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.

En todos los supuestos de extinción de la póliza, antes mencionados, EL CONTRATANTE tendrá la obligación de informar de ello a LOS ASEGURADOS.

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 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. En este caso, LA COMPAÑÍA deberá invocar la causal de nulidad por reticencia y/o declaración inexacta mediante carta notarial en un plazo de treinta (30) días desde que tomó conocimiento de la Retención 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, en concepto de indemnización, a las primas pactadas para el primer año.

En caso de que se produzca el supuesto de nulidad contenido en los numerales 1 y 2 antes citados, LA COMPAÑÍA, en caso corresponda, 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.

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

Los Beneficiarios y/o Asegurados 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 y tributos a que hubiere lugar.

Las coberturas contratadas a través de la Cláusula Adicional incorporada a la póliza, terminara ante la ocurrencia de cualquiera de los supuestos de nulidad, resolución o extinción detallados en la presente cláusula.

17. 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 o AL COMERCIALIZADOR 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 o del COMERCIALIZADOR, los siguientes documentos obligatorios1:

Documentos Obligatorios	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial), el cual se obtiene en el centro médico donde falleció el asegurado o es emitido por el médico que certificó la muerte en el domicilio.	X	X	
Partida o Acta de Defunción (original o copia simple). Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).	X	X	
Certificado de Necropsia ¹ (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	
Atestado Policial Completo ¹ (copia simple) Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		X	X
Dictamen o certificado médico emitido por COMAFP, COMEC, ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSA), 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	
Tres últimas boletas de pago correspondientes a los 03 meses anteriores a la fecha de siniestro (original o certificación de reproducción notarial)	x		
Última boleta de pago correspondiente al mes anterior de la fecha de siniestro (original o certificación de reproducción notarial).		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 (original o copia de certificación notarial). En caso de existir un testamento por escritura pública, prima sobre la declaración jurada, de ser posterior a esta.

18. 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. Se precisa que EL CONTRATANTE tendrá derecho a cobrar el capital asegurado en la póliza de seguro, si fallecido el ASEGURADO y vencido el plazo de un (1) año de ocurrido el siniestro, ninguno de los BENEFICIARIOS que aparecen en la declaración jurada hubieran ejercido su derecho de cobro, de conformidad con el Decreto Legislativo 688 - Ley de Consolidación de Beneficios Sociales y sus modificatorias.

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, dentro del plazo de 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 alícuota correspondiente a LOS BENEFICIARIOS posteriores.

19. ARTÍCULO N° 19: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTA

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 y se procederá conforme a lo establecido en este condicionado general.

20. 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 sesenta (60) días calendarios contados desde el término de la relación laboral con EL CONTRATANTE.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. ARTÍCULO N° 24: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS

Los requerimientos y/o reclamos podrán ser presentadas a LA COMPAÑÍA por teléfono, por correo electrónico, por carta física o a través de la página web. LA 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 310, Piso 2, San Isidro, Lima, Perú.
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe
- Página web: www.creceseguros.pe
- Teléfono: (01) 4174400

25. 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

Departamento de Servicios al Ciudadano 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.

26. 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: Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9 - San Isidro, Lima - Perú
- Página Web: www.defaseg.com.pe
- Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / amartin@defaseg.com.pe
- Teléfono: (01) (511) 201 1600 Anexo 425 / 939 905 055

27. 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 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.

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

28. ARTÍCULO N° 28: 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.

29. ARTÍCULO N° 29: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La presente póliza no es de renovación automática, por lo que, en caso EL CONTRATANTE requiera renovar la vigencia de la misma, será necesario que presente su solicitud por escrito a LA COMPAÑÍA, a través de cualquiera de los medios puestos a su disposición que lo permitan, en un plazo no menor a sesenta (60) días calendarios antes del fin de la vigencia establecido en las Condiciones Particulares:

1. En caso la Compañía no tenga propuestas de modificación a la póliza, bastará con la solicitud del Contratante de renovar la póliza, la cual se renovará bajo las mismas condiciones suscritas.
2. En caso LA COMPAÑÍA considere incorporar modificaciones a la renovación de la póliza, informará al CONTRATANTE la propuesta de modificación respectiva. La comunicación al CONTRATANTE se realizará 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. Caso contrario, EL CONTRATANTE debe manifestar su aceptación expresa a las modificaciones informadas, en caso correspondan, como señal y constancia de la renovación de la póliza.

La falta de aceptación expresa o el rechazo de los nuevos términos no implica la resolución del contrato y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el contrato de seguro fue acordado hasta el fin de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación de la Póliza, lo que será comunicado al Contratante utilizando los mismos medios que usó para la contratación del seguro.