

Seguro de Desempleo e Incapacidad Total Temporal

Condiciones Generales

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

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES

- a) Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y violentos que ocasione daños al Asegurado, ocasionándole una o más lesiones. **NO SE CONSIDERA COMO ACCIDENTES LO LLAMADOS “ACCIDENTES MÉDICOS” ES DECIR AQUELLOS QUE SON CONSECUENCIA DE ATAQUES CARDIACOS, EPILÉPTICOS, ENFERMEDADES VASCULARES, TRASTORNOS MENTALES, DESVANECIMIENTOS O SONAMBULISMO QUE SUFRA EL ASEGURADO O POR MALA PRÁCTICA MÉDICA.**
- b) Antigüedad Laboral: Es el periodo de tiempo estipulado en la Solicitud, Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, durante el cual, El Asegurado deberá depender de un mismo empleador para obtener el derecho a la cobertura de Desempleo Involuntario.
- c) Asegurado: es la persona que se encuentra cubierta por la presente Póliza y que se encuentra expuesta a los riesgos detallados en la misma.
- d) Beneficiario: Es el titular de los derechos de las indemnizaciones originadas por la presente póliza. Podrá ser el Contratante, el Asegurado o la persona que se designe en la Solicitud, Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, así como en las Condiciones Particulares de la Póliza, según la cobertura contratada.
- e) Causas Justas de despido: Se trata de causas de despido que se encuentren relacionadas con la capacidad o conducta del trabajador. Serán consideradas causas justas de despido las relacionadas con la capacidad del trabajador:
- Las deficiencias físicas, intelectuales, mentales o sensoriales cuando impidan el desempeño de las funciones del trabajador, siempre y cuando no exista un puesto vacante al que el trabajador pueda ser transferido y que no implique riesgos para su seguridad y la salud o la de terceros.
 - El rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en sus labores.
 - La negativa de manera injustificada del trabajador a someterse a examen médico previamente convenido o que se encuentre establecido por Ley, determinantes de la relación laboral, o a cumplir las medidas profilácticas o curativas prescritas por el médico para evitar

- enfermedades o accidentes.
Serán consideradas causas justas de despido relacionadas con la conducta del trabajador:
- La condena penal por delito doloso
 - La inhabilitación del trabajador
 - La comisión de falta grave.
- f) Certificado de Seguro: Documento de la Póliza que certifica la incorporación del Asegurado a una Póliza grupal o colectiva.
- g) Cobertura: Riesgo(s) cubierto(s) por la Póliza de seguro.
- h) Comercializador: Persona Natural o Jurídica que ofrece los seguros de La Compañía a través de su(s) canal(es) de venta. Para este efecto, se celebra con ella un Contrato de Comercialización.
- i) Condiciones Especiales: Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar, y en general, modificar el contenido o efecto de las condiciones generales o particulares.
- j) 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.
- k) 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.
- l) Contratante: Es la persona natural o persona jurídica proveedora de bienes y/o servicios, quien conviene los términos y condiciones del contrato de seguro con La Compañía para un grupo homogéneo de personas.
- m) Deducible: Es el importe, porcentaje o número de cuotas que debe pagar el Asegurado en caso de quedar en situación de desempleo involuntario o incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad.
- n) Desempleo involuntario: Se entiende por desempleo involuntario aquella situación que se produce por circunstancias no imputables al actuar del Asegurado y que compromete la privación total de ingresos por conceptos de carácter laboral. Para los trabajadores del sector privado, la definición de Desempleo involuntario abarca:
- El despido arbitrario, los actos de hostilidad del empleador equiparables al despido y las causas objetivas para la terminación colectiva de los contratos de trabajo contemplados en la normativa laboral vigente.
 - La cesantía no imputable a la voluntad o conducta del Asegurado.
 - El término anticipado del contrato de trabajo a plazo fijo, siempre y cuando el Asegurado haya laborado de manera ininterrumpida con el mismo empleador, por un periodo igual o mayor a un año. Mutuo disenso, siempre que exista una indemnización por los años de servicio y los montos indemnizatorios que la ley prevé en el caso de

Desempleo involuntario no atribuible al trabajador. Para los trabajadores del sector público, Fuerzas Armadas y Policía, la definición de Desempleo involuntario abarcará también la cesantía involuntaria por las causales contempladas en sus Leyes Orgánicas, Estatutos y Reglamentos, siempre que no sean imputables a la voluntad o conducta del funcionario. La cobertura de Desempleo Involuntario corresponderá únicamente a los Trabajadores Dependientes.

- o) 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 Compañía, según corresponda.
- p) Enfermedad: se define como toda alteración del estado de salud de causa no accidental.
- q) Exclusiones: Circunstancias o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro, pero que no están cubiertas por la Póliza.
- r) Incapacidad temporal: Situación ocasionada por un accidente o enfermedad, por la que el Asegurado se encuentra impedido de ejercer total y temporalmente cualquier actividad profesional, por el periodo determinado en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro. La presente cobertura aplica únicamente para los Trabajadores Independientes.
- s) La Compañía: Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros.
- t) Modalidad Formativa: Son los tipos especiales de convenios que relacionan el aprendizaje teórico y práctico mediante el desempeño de tareas programadas de capacitación y de formación profesional. Estas son:

- La capacitación laboral juvenil
- La pasantía: En la empresa o de la pasantía de Docentes o Catedráticos.
- Las prácticas pre profesionales.
- Las prácticas Profesionales.
- El aprendizaje con preeminencia en la Empresa o en el Centro de Formación. Profesional.
- La actualización de reinserción laboral.

- u) Periodo activo mínimo: Es el período de tiempo que debe transcurrir para que el Asegurado indemnizado por alguna de las coberturas del seguro, pueda invocar nuevamente el derecho a gozar de la indemnización bajo esa misma cobertura.
- v) Periodo de carencia: Se define como el número de días calendario u horas contados a partir de la fecha de suscripción de la Solicitud, Solicitud-Certificado o emisión del Certificado durante el cual el Asegurado no está amparado por el seguro. **Es decir que sus coberturas aún no se encuentran activas. En caso de que ocurra un evento o siniestro durante el periodo de carencia, este no será cubierto durante**

todo el periodo de vigencia de la Póliza, ni en sus renovaciones, considerándose como excluido de cobertura.

- w) Póliza: 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.
- x) Póliza de seguro electrónica: Es la versión digital de la póliza de seguro, regulada por la Ley del Contrato de Seguro y las normas emitidas por la Superintendencia, y que es remitida y/o puesta a disposición por medios electrónicos.
- y) 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, y el beneficio comercial de La Compañía. Es el precio del seguro.
- z) Seguro grupal o colectivo: Modalidad de seguro que se caracteriza por cubrir, mediante un solo contrato, a múltiples asegurados que integran una colectividad homogénea..
- aa) Siniestro y/o evento: Materialización de un riesgo cubierto por la Póliza de seguro.
- bb) Suma asegurada: Monto que deberá pagar LA COMPAÑÍA a favor del beneficiario en caso de siniestro. Se encuentra detallada en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado.
- cc) Trabajador Dependiente: Se considerarán como Trabajadores Dependientes, aquellos que tengan:
 - Contrato de trabajo a tiempo indefinido, verbal o escrito, y se encuentren registrados en la planilla del empleador.
 - Contrato de trabajo a plazo fijo, siempre que estén debidamente inscritos en el Ministerio de Trabajo y perciban un ingreso mensual producto de este contrato, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es mayor a un año.
- dd) Trabajador Independiente: Se considerará como trabajador independiente a la persona que ejerza una actividad lucrativa de manera autónoma, sin relación de dependencia, obteniendo de dicha actividad la totalidad o un porcentaje de sus ingresos mayor a 50%.

ARTÍCULO N° 2: DISPOSICIONES GENERALES

Esta Póliza sólo podrá ser suscrita o modificada por los representantes de La Compañía.

ARTÍCULO N° 3: OBJETO DEL SEGURO

Este contrato se encuentra sujeto a los términos y condiciones de la póliza. La Compañía pagará al Contratante y de ser el caso al Asegurado y/o a su(s) beneficiario(S) según corresponda, una indemnización en la forma y hasta

el límite de la suma asegurada, siempre que reciba la prima convenida. Estos términos se encuentran establecidos en las Condiciones Particulares, en la Solicitud, Certificado o Solicitud-Certificado de Seguro.

ARTÍCULO N° 4: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

La Póliza de seguro contiene los siguientes documentos:

1. Condiciones Especiales.
2. Condiciones Particulares.
3. Condiciones Generales.
4. Solicitud de Seguro.
5. Resumen.

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, prevalecerán las condiciones especiales sobre las particulares, y estas sobre las condiciones generales.

ARTÍCULO N° 5: COBERTURAS

5.1 DESEMPLEO INVOLUNTARIO (aplicable solo a Trabajadores Dependientes):

La Compañía pagará al Asegurado y/o al beneficiario una indemnización hasta el límite de la suma asegurada, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, en la Solicitud-Certificado, o en el Certificado de Seguro, en el evento en que el Asegurado se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario **y siempre y cuando cumpla con la Antigüedad Laboral establecida en los documentos antes señalados.** El pago de la indemnización se dará en la forma y condiciones establecidas en la Solicitud de Seguro, la Solicitud-Certificado o en el Certificado de Seguro; siempre que el Asegurado se encuentre en situación de Desempleo Involuntario.

En caso de que el Asegurado se reinserte a la actividad laboral, con contrato de trabajo suscrito con un empleador, cesará inmediatamente el pago de indemnizaciones por parte de La Compañía.

Habrà lugar a una nueva aplicación de la cobertura de Desempleo Involuntario, si el Asegurado reincide en estado de Desempleo Involuntario; siempre y cuando haya transcurrido el Periodo Activo Mínimo señalado en la Solicitud de Seguro, en la Solicitud- Certificado o en el Certificado de Seguro, que se computa desde el cese del último estado de Desempleo Involuntario. El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Mínimo aplicable a esta cobertura, se encontrarán establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, en la Solicitud-Certificado o en el Certificado de Seguro.

5.2 INCAPACIDAD TEMPORAL (aplicable solo a Trabajadores Independientes):

La Compañía pagará al Asegurado y/o al Beneficiario(s) una indemnización hasta el límite de la suma asegurada, establecida en las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, en la Solicitud- Certificado o en el Certificado de Seguro, cuando el Asegurado se vea afectado por una situación de Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente. La indemnización será otorgada en la forma y plazos señalados en Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, en la Solicitud- Certificado o en el Certificado de Seguro, siempre y cuando el Asegurado se encuentre en estado de Incapacidad Temporal.

Habrá lugar a una nueva aplicación de esta cobertura, si el Asegurado reincide en estado de Incapacidad Temporal, siempre y cuando haya transcurrido el Periodo Activo Mínimo señalado en la Solicitud de Seguro, en la Solicitud- Certificado o en el Certificado de Seguro, desde el término de la Incapacidad Temporal ya indemnizada y siempre que esta nueva Incapacidad Temporal sea por una causa distinta y no originada por la Enfermedad o Accidente que originó la primera Incapacidad Temporal ya indemnizada. El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Mínimo y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguros o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

ARTÍCULO N° 6: EXCLUSIONES

La Compañía no estará obligada a indemnizar al Contratante y/o Asegurado y/o beneficiario designado, si el Desempleo Involuntario o la Incapacidad temporal, ocurra como consecuencia de:

6.1 EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

1) Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.

2) Por vencimiento del plazo previsto en el contrato de trabajo sujeto a modalidad.

3) Causales de extinción del Contrato de Trabajo: fallecimiento, renuncia o retiro voluntario del trabajador, término de la obra o servicio, cumplimiento de la condición resolutoria y el vencimiento del plazo en los contratos legalmente celebrados bajo modalidad (cuando la antigüedad laboral con el empleador es menor a un año), invalidez absoluta permanente y jubilación.

4) Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público.

5) Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa.

6) Suspensión perfecta de labores.

7) Liquidación o cierre definitivo de la empresa en la que labora el trabajador.

6.2. EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

- 1) Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el periodo de carencia.
- 2) Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.
- 3) Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puéting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.
- 4) Lesiones que el Asegurado sufra en el servicio militar, actos de guerra internacional (con declaración o no), guerra civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular o terrorismo.
- 5) Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez, o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lit o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15gr/lit. por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.
- 6) Manipulación de explosivos o armas de fuego.
- 7) A consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo; peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa.
- 8) Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.
- 9) Por embarazos, parto, aborto provocado o no provocado.
- 10) A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, tratamientos de origen psiquiátricos o psicológicos, incluyendo los tratamientos por uso o adicción a las drogas, estupefacientes y/o alcohol.
- 11) Hernias y sus consecuencias.
- 12) Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.

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 al Asegurado, a menos que se señale que corresponden al Contratante o al Beneficiario.

ARTÍCULO N° 8: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a cualquier persona natural, residente en el Perú, que cumpla con los siguientes requisitos de asegurabilidad: edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia. Los requisitos de asegurabilidad se encuentran establecidos en las Condiciones Particulares y Solicitud-Certificado o Solicitud de Seguro, según corresponda.

Una vez cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso al Contratante y/o Asegurado, éste último quedará automáticamente sin cobertura.

ARTÍCULO N° 9: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO
La Póliza ha sido emitida por La Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y 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 del Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado que se emitirá al Asegurado.

ARTÍCULO N° 10: VIGENCIA DEL SEGURO

Las fechas de inicio y de fin de vigencia de la Póliza se indican en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado o Solicitud de Seguro, según corresponda. La cobertura comienza a las 00:00 horas del día en que se inicia la vigencia de la póliza y culmina a las 23:59 horas del último día de la vigencia, siempre que se cumplan los términos y condiciones estipulados en la Póliza.

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 el Certificado o Solicitud-Certificado.

ARTÍCULO N° 12: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO

La prima es la contraprestación del Asegurado por la cobertura que presta La Compañía. En este tipo de seguro, se 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 o Solicitud-Certificado. No obstante, La Compañía no puede rechazar el pago de la prima ofrecido o efectuado por personas distintas al Asegurado.

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

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura de seguro, una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación; siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, La Compañía deberá comunicar de manera cierta al Asegurado y al Contratante sobre el incumplimiento de pago de la prima, así como sobre el plazo del que dispone para pagar antes que se suspenda la cobertura del seguro. Dicha comunicación se realizará de forma directa o a través del Comercializador, a la dirección consignada en la Solicitud de Seguro o Solicitud-Certificado. La Compañía no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura; se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el Contratante o Asegurado haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del contrato.

Si la cobertura se encuentra suspendida por incumplimiento de pago, La Compañía podrá optar por resolver el Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado. Para tal efecto, comunicará por escrito al Asegurado su decisión de resolver el Certificado o Solicitud-Certificado 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. Una vez resuelto La Compañía deberá notificar la resolución al Contratante.

Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en el Certificado o Solicitud-Certificado para el pago de la prima, se entiende que el Certificado o Solicitud-Certificado queda extinto.

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

ARTÍCULO N° 13: REHABILITACIÓN

La cobertura de seguro que se encuentre suspendida podrá ser rehabilitada por La Compañía siempre y cuando se 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.

El Certificado o Solicitud-Certificado podrá ser rehabilitado únicamente si La Compañía no ha comunicado su deseo de resolver el Certificado o Solicitud-Certificado o si este último no se ha extinguido.

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 del Contratante y el Asegurado. Si las declaraciones 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 del Certificado o Solicitud-Certificado, siempre y cuando haya habido dolo o culpa inexcusable, como se señala en el Artículo N° 15 de este documento, debiendo para tal fin notificar de forma fehaciente al Asegurado en un plazo de treinta (30) días, invocando la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta, dicho plazo debe computarse desde que La Compañía conoce la reticencia o declaración inexacta, conforme señala el artículo 9° de la Ley de Contrato de Seguros.

Si la declaración inexacta o reticente no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante o el Asegurado se pueden producir las siguientes situaciones:

1. Si no ha ocurrido ningún siniestro: La Compañía podrá presentar una propuesta de revisión del Certificado o Solicitud-Certificado en lo referente a un ajuste de primas y/o de cobertura, en un plazo de treinta (30) días desde la fecha en que se constató la declaración inexacta o reticente. El asegurado titular deberá aceptar o rechazar la propuesta en un plazo máximo de diez (10) días desde que le fue hecha. Si no se pronuncia o rechaza la propuesta, La Compañía podrá resolver el Certificado o Solicitud-Certificado comunicándoselo al Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a los diez (10) días antes mencionados. Corresponde a LA COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que efectuó la resolución.

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.

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

- **Extinción**

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

1. Por término de la vigencia pactada al inicio del Contrato de Seguro.
2. 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 estas Condiciones Generales.

La Solicitud – Certificado o Certificado de Seguro se extinguirá, adicionalmente a las casuales indicadas en el punto anterior, si ocurren los siguientes eventos:

1. Cuando el interés asegurable desaparece durante la vigencia de la Solicitud-certificado o certificado de seguro.
2. Cuando LA COMPAÑÍA pague las coberturas contratadas, según corresponda.
3. Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia establecido en las Condiciones Particulares, Certificado o Solicitud Certificado.

En el caso de los numerales 1 y 3 referentes la Solicitud-Certificado o Certificado, en caso aplique, la devolución de la prima por el periodo no cubierto, se efectuará en un plazo de treinta (30) días calendario desde la solicitud de devolución de primas del ASEGURADO o CONTRATANTE. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del CONTRATANTE o directamente al ASEGURADO, según corresponda.

Como consecuencia de la extinción de la Solicitud - Certificado o Certificado de Seguro, ya no tendrán efecto las coberturas otorgadas al titular de la respectiva Solicitud - Certificado o Certificado y se libera a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad de pago ante la ocurrencia de un siniestro.

- Resolución

a. La presente póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes escenarios, previa notificación a EL CONTRATANTE:

1. Por incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo anterior a la suspensión de la cobertura.
2. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL CONTRATANTE o LA COMPAÑÍA, debiendo comunicarlo a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó o se declararon, según corresponda, para la contratación del seguro. Si LA COMPAÑÍA ejerce la facultad de resolver, debe por medio fehaciente dar un preaviso en un plazo no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución y reembolsar la prima proporcional por el plazo no corrido. Si EL CONTRATANTE opta por la resolución, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.

3. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo, LA COMPAÑÍA opta por resolver el contrato. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original. Para efectos de la resolución, LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

b. La Solicitud - Certificado o Certificado de Seguro quedará resuelto con respecto al ASEGURADO cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

1. 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 treinta (30) días calendarios desde la presentación de toda la documentación obligatoria completa listada en esta póliza para la evaluación de solicitud de cobertura, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley de Contratos de Seguros. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la parte proporcional de la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta la solicitud de cobertura del siniestro fraudulento.

2. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo 12 de estas Condiciones Generales.

3. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo LA COMPAÑÍA opta por resolver el Certificado o la solicitud-certificado. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del Certificado o la solicitud-certificado original. Para efectos de la resolución, LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

4. Por ejercicio del derecho de resolución del certificado o solicitud certificado, por modificaciones autorizadas por EL CONTRATANTE en la póliza y en los certificados o solicitud-certificados, utilizando cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios, que se ponen a su disposición en la Solicitud – Certificado o Certificado de Seguro. Para efectos de la resolución, EL ASEGURADO deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

5. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL ASEGURADO o LA COMPAÑÍA, debiendo comunicarlo a la otra parte, utilizando cualquiera de los mecanismos de comunicación dispuestos por LA COMPAÑÍA, detallados en este documento o en el Certificado o Solicitud-Certificado, según corresponda. Si LA COMPAÑÍA ejerce la facultad de resolver, debe por medio fehaciente dar un preaviso en un plazo no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución y reembolsar la prima proporcional por el plazo no corrido. Si EL

ASEGURADO opta por la resolución, **LA COMPAÑÍA** tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.

6. Por declaración inexacta o reticente, siempre que está se hubiera producido sin dolo o culpa inexcusable, según el procedimiento establecido en estas Condiciones Generales.

En los numerales a.1 y b.2, donde la causa de la resolución es la falta de pago de primas, **LA COMPAÑÍA** tendrá derecho a la prima correspondiente por el periodo efectivamente cubierto, en caso corresponda.

En los numerales, a.2, a.3, b.1, b.3, b.4, b.5 y b.6, **LA COMPAÑÍA** tendrá derecho a la proporción de la prima correspondiente por el periodo efectivamente cubierto. Asimismo, para los numerales a.3, b.1, b.3 y b.6 **LA COMPAÑÍA** procederá con la devolución de la prima correspondiente al periodo no devengado a **EL ASEGURADO** o **CONTRATANTE**, según corresponda, en un plazo de treinta (30) días calendario desde la fecha de resolución de la Solicitud-certificado, Certificado o Póliza. En el caso de los numerales a.2, b.4 y b.5. corresponderá la devolución de la prima por el periodo no devengado, en un plazo de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud de resolución del **ASEGURADO** y/o **CONTRATANTE**, sin gestión adicional. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del **CONTRATANTE** o directamente al **ASEGURADO**, según corresponda.

En cualquier caso, una vez resuelto el Contrato y/o el Certificado o Solicitud-Certificado, la Compañía queda liberada de su prestación.

La resolución del Certificado o Solicitud Certificado deberá posteriormente ser comunicada a **EL CONTRATANTE**.

- **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 en la Solicitud- Certificado o Certificado de Seguro.

Será nulo todo Contrato o Solicitud- Certificado o Certificado de Seguro, según corresponda:

a. Si el Contratante y/o el Asegurado hubiera tomado el Seguro sin contar con Interés Asegurable.

b. Si al tiempo de la celebración se hubiera producido el Siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.

c. Por Reticencia y/o Declaración Inexacta, siempre que ésta se hubiere producido con dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado, 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 Retención o Declaración Inexacta.

d. 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.

La nulidad de la póliza, la Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, según corresponda, determina que el Contratante y/o el Asegurado pierdan el derecho a exigir a la Compañía indemnización o beneficio alguno relacionado con la Solicitud- Certificado o Certificado de Seguro o la Póliza emitida a su favor.

Los Beneficiarios y/o Asegurado 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 y tributos a que hubiere lugar, los cuales estarán sustentados en la resolución, laudo o actas, recibos por honorarios, tasas u otro documento derivado de las acciones legales ejercidas por la Compañía para el recupero del beneficio pagado y que serán presentados en dicha oportunidad a los Beneficiarios y/o Asegurado, según corresponda.

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 c) del presente artículo, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las mismas para el primer año de duración del contrato de seguro.

ARTÍCULO N° 16: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier tercero deberá informar a La Compañía sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. Para estos efectos, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, La Compañía

podrá reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. Si el incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro obedece a culpa inexcusable del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.

En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.

Para solicitar la cobertura, el Asegurado, el beneficiario o la persona que haya tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro podrá acercarse a cualquier oficina de La Compañía o del Comercializador y presentar los siguientes documentos obligatorios (*) requeridos para solicitar el pago del siniestro:

1. PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO:

a) Para el pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Liquidación de beneficios sociales y constancia del pago del beneficio por despido (original o certificación de reproducción notarial).
- Certificación Laboral emitida por su Empleador (copia simple).
- Documento de Identidad del Asegurado (Copia Simple).
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Convenio de Cese por Mutuo Disenso y comprobante que acredite el pago de la liquidación de beneficios sociales, en caso corresponda
- Carta o resolución de cese emitida por la empresa o institución respectivamente, o en caso de despido de facto o hecho, solo la constatación policial (copia simple).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

b) En caso aplique más de un pago, el ASEGURADO deberá presentar para cada pago adicional:

- Declaración Jurada del Asegurado de encontrarse en situación de Desempleo Involuntario.
- Certificado de las doce (12) últimas aportaciones a la AFP o la ONP, emitido con posterioridad al mes de desempleo reclamado (original o certificación de reproducción notarial). En caso el Asegurado, se encuentre aportando por su cuenta a la AFP, adjuntar las constancias de pago y/o estado de cuenta emitido por la AFP donde figuren los últimos aportes realizados por el empleador (original o certificación de reproducción notarial).

- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

2. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL:

a) Para el pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- Copia simple de la constancia de ingresos del Trabajador independiente (copia del certificado de 4ta o 3era categoría para independientes o recibo último de honorarios o factura por servicios prestados).
- Certificado médico o de Hospitalización detallado (días de reposo, causa de incapacidad, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, historia médica, clínica, hospital en donde recibió la asistencia médica, médico colegiado tratante y fecha de atención) en original o certificación de reproducción notarial, emitido por el médico tratante que acredite la situación de Incapacidad Temporal.
- Historia Médica completa del Asegurado (copia fedateada).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

b) En caso aplique más de un pago, el ASEGURADO deberá presentar para cada pago adicional:

- Formulario de Declaración de Continuidad de Incapacidad, proporcionado por la Compañía, firmado por el asegurado.
- Certificado médico o de Hospitalización actualizado en original o certificación de reproducción notarial, emitido por el médico tratante que acredite la situación de Incapacidad Temporal.
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

La Compañía deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa; 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 del Asegurado o beneficiario, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro, Ley N° 29946.

Asimismo, La Compañía podrá solicitar documentos adicionales, respecto a aclaraciones o precisiones de la documentación e información obligatoria presentada por El Contratante, El Asegurado o El Beneficiario, listada en esta póliza, que considere necesarios para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser solicitados dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta La Compañía para consentir o rechazar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

Si La Compañía no se pronuncia en los plazos establecidos en este Artículo, se entenderá que el siniestro queda consentido.

ARTÍCULO N° 17: PAGO DE SINIESTRO

Una vez aprobado o consentido el siniestro, La Compañía cuenta con un plazo de treinta (30) días calendario para realizar el pago del siniestro.

ARTÍCULO N° 18: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTO

En caso de que se presente documentos falsos, dolosos o engañosos para sustentar la solicitud de pago de siniestro. La Compañía deberá comunicar al Asegurado o a su beneficiario, su decisión de rechazar la cobertura y resolver el Certificado o Solicitud-Certificado conforme a lo establecido en el Artículo N° 15 de las presentes Condiciones Generales. La presente causal de resolución produce la liberación de La Compañía al momento que se presente dicha situación.

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 del Asegurado y el Beneficiario, salvo que la Ley declare de manera expresa que son de cargo exclusivo de La Compañía.

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

Durante la vigencia del contrato, La Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por La Compañía 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 hasta el término de su vigencia. La Compañía deberá proporcionar la información suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el Contrato.

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 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

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 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)

Atiende únicamente consultas y denuncias.

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

b) Vía judicial

Toda disputa, controversia, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre los Asegurados, el Beneficiario, La Compañía y el Contratante que se encuentre relacionada con el Contrato de Seguro o con la interpretación de la Póliza, podrá ser resuelta por los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.

c) Vía arbitral

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

ARTÍCULO N° 23: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Cualquier desacuerdo existente entre La Compañía y/o el Asegurado y/o el beneficiario y/o el Contratante de la Póliza, cualquiera de estos tres últimos podrán someter la controversia 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 del Asegurado y/o el Beneficiario 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, N° 307, piso 9, San Isidro, Lima, Perú.
- Página Web: www.defaseg.com.pe
- Teléfono: (01) 4210614

ARTÍCULO N° 24: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre LA COMPAÑÍA, EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO y/o EL CONTRATANTE con motivo de este contrato, podrá 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 ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO y/o EL CONTRATANTE. Las comunicaciones mediante llamada telefónica serán posibles, 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 estas (cargo, grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación).

Los domicilios, correo electrónico y/o número telefónico mencionados se encuentran registrados en la Solicitud-Certificado o Certificado respectivo y/o en los datos de contacto que EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO hayan proporcionado a través de EL COMERCIALIZADOR.

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

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

ARTÍCULO N° 25: 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.

ARTÍCULO 26: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA Y MODIFICACIONES CON OCASIÓN DE LA RENOVACIÓN.

La presente póliza es de renovación automática. En principio el contrato se renueva en las mismas condiciones vigentes en el periodo anterior. 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 a la propuesta; en caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por La Compañía. En este último caso La Compañía debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

De producirse modificaciones con ocasión de la renovación conforme al párrafo anterior, LA COMPAÑÍA brindará al CONTRATANTE la documentación suficiente para que este ponga las modificaciones en conocimiento de los Asegurados.

ARTÍCULO N° 27: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado o Certificado de Seguro, 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 a través del uso de sistemas a distancia.