

## Microseguro Crece Protegido

### 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

**Accidente:** Todo suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. **No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.**

**Accidente de Tránsito:** Accidente que cause daño a personas, mientras estas se encuentran viajando, descendiendo o subiendo de cualquier medio de transporte terrestre privado o público, bajo la condición de pasajero o conductor.

**Asegurado:** Persona Natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza, que cumple con los requisitos de edad establecidos en la póliza y se encuentra debidamente identificado en la Solicitud – Certificado.

**Asegurado Titular:** Se trata del Asegurado que se acoge a todas las coberturas -principales y adicionales- previstas por la presente póliza.

**Asegurado Adicional:** Es el hijo mayor de edad, cónyuge o progenitor del Asegurado Titular, designado por este último en la Solicitud-Certificado, que se acoge a las coberturas de muerte natural y muerte accidental, y cumple con las condiciones establecidas en las Condiciones Particulares. **La COMPAÑÍA no otorgará cobertura al Asegurado Adicional, en caso el parentesco con el Asegurado Titular no corresponda a los permitidos en esta póliza.**

**Beneficiario:** Persona Natural o Persona Jurídica determinada en la Solicitud-Certificado que tiene derecho a cobrar la suma asegurada tras la ocurrencia del siniestro.

**Cobertura:** Riesgo(s) cubierto(s) por la Póliza de seguro y que se encuentran detallados en la Solicitud-Certificado.

**Comercializador:** Persona Natural o Jurídica con la que LA COMPAÑÍA celebra un Contrato de Comercialización, con el objeto de que la persona se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros. Incluye a la comercialización a través de 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. La aprobación de las condiciones mínimas contempladas en las condiciones generales del producto se realizará en cada oportunidad que se solicite la incorporación de un nuevo producto al Registro de modelos de pólizas, en el procedimiento previsto por la Superintendencia

**Condiciones Particulares o Específicas:** 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. Cualquier referencia a condiciones particulares, se entiende referida a condiciones específicas.

**Contratante:** Persona con la que LA COMPAÑÍA celebra el contrato de seguro y que figura como tal en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-certificado.

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

**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 solicitud- certificado de seguros o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido aprobados por el CONTRATANTE y LA COMPAÑÍA, 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.

**Periodo de carencia:** Periodo comprendido entre el momento inicial en que se formaliza una Póliza y una fecha posterior predeterminada por la aseguradora, durante el cual todavía no surten efecto las coberturas previstas en la Póliza.

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

**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 empresa. El costo de la prima puede expresarse como monto fijo o un valor porcentual. Es el precio del seguro.

**Reclamo:** Son comunicaciones presentadas por los usuarios o terceros en nombre de los usuarios, relacionados únicamente con los productos y servicios contratados, o con las operaciones asociadas a estos, en las que expresan su insatisfacción con la operación, producto o servicio recibido o por el incumplimiento de las obligaciones contempladas en los contratos o en el marco normativo vigente, o manifestando la presunta afectación de su legítimo interés. Adicionalmente, se considera reclamo a toda reiteración que se origina como consecuencia de la disconformidad del usuario respecto de la respuesta emitida por LA COMPAÑÍA, o por la demora o falta de atención de un reclamo o de un requerimiento.

**Requerimiento:** Son las comunicaciones realizadas por los usuarios o por terceros a nombre de los usuarios, por la que se busca una acción por parte de LA COMPAÑÍA.

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

**SBS:** Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

**Seguro grupal o colectivo:** Modalidad de seguro que se caracteriza por cubrir, mediante un solo contrato, a múltiples asegurados que integran una colectividad.

**Siniestro:** Materialización de un riesgo cubierto por la presente Póliza.

**Solicitud-Certificado:** Documento que recoge la información de la solicitud de seguro y certificado de seguro, y que es utilizado en los seguros de grupo o colectivos siempre que sean masivos.

**Suma asegurada:** Monto máximo indicado en la Solicitud-Certificado y en las Condiciones Particulares, que deberá pagar LA COMPAÑÍA a favor de EL BENEFICIARIO, en caso de siniestro, conforme a los límites indicados en la póliza.

## ARTÍCULO N° 2: 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 en la Póliza.

## ARTÍCULO N° 3: COBERTURAS

### a) Muerte Natural:

LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, cuando EL ASEGURADO fallezca como consecuencia de una enfermedad o producto de la vejez.

### b) Muerte Accidental:

LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, cuando EL ASEGURADO fallezca como consecuencia de un Accidente, según la definición establecida en el artículo N°1 de la presente Póliza.

**Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato por un Accidente, aquel que ocurra dentro del periodo señalado en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado, contado desde la fecha de ocurrencia del Accidente.**

## ARTÍCULO N° 4: EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

1. **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia a las secuelas producidas por un accidente previo a la contratación del seguro, independientemente de si el fallecimiento como consecuencia de este se produce durante la vigencia del seguro.
2. **Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).**

3. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Asegurado en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro su vida y la vida e integridad física de las personas, incluyendo pero no limitando, su participación en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Asegurado, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.
4. El siniestro se haya originado a causa de la participación del Beneficiario en actos temerarios o cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, que pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas y en particular, la del Asegurado, de actos ilegales, delictivos o criminales realizados por el Beneficiario, sea como ejecutor del mismo, cómplice, coautor y/o autor intelectual del delito o acto ilegal.
5. Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.
6. Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.
7. Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento (solo para coberturas de invalidez total y permanente, cuando corresponda).

#### **ARTÍCULO N° 5: 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 determinados en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado de Seguro.

#### **ARTÍCULO N° 6: 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, las cuales se incluyen en la Solicitud – Certificado de Seguro y/o en comunicaciones escritas con su correspondiente constancia de recepción por parte de la Compañía y cualquier declaración adicional efectuada por cualquiera de ellos durante el proceso de apreciación del riesgo por parte de la Compañía. La Compañía se basa en la veracidad y exactitud de dichas declaraciones para definir los términos y condiciones de la Solicitud-Certificado de seguro que se emitirá al Asegurado.

#### **ARTÍCULO N° 7: VIGENCIA DEL SEGURO**

Las fechas de inicio y de fin de vigencia de la Póliza se indican en sus 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, siempre que se cumplan los términos y condiciones estipulados en la Póliza.

#### **ARTÍCULO N° 8: 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 y/o Solicitud-Certificado.

#### **ARTÍCULO N° 9: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO**

La prima es la contraprestación de EL ASEGURADO titular por la cobertura que presta LA COMPAÑÍA. En este tipo de seguro, se deberá pagar la prima según el monto, lugar, forma y plazo de pago indicados en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud-Certificado. No obstante, LA COMPAÑÍA no puede rechazar el pago de la prima ofrecido o efectuado por personas distintas a EL ASEGURADO titular.

El COMERCIALIZADOR podría encargarse de recaudar la prima del ASEGURADO titular. Todo pago que se haga a EL COMERCIALIZADOR se entiende como recibido por LA COMPAÑÍA.

**Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado en los documentos antes señalados, se otorga un plazo de gracia adicional, el cual se detalla en las condiciones particulares y/o Solicitud-Certificado, y se contabiliza desde el día siguiente al último día que el ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el plazo de gracia adicional, la cobertura de la póliza permanecerá vigente.**

**Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero durante el plazo de gracia adicional; se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.**

Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurrido el plazo de gracia adicional otorgado por LA COMPAÑÍA, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que LA COMPAÑÍA se comunique de forma previa.

Los corredores de seguros, salvo disposición legal diferente, están prohibidos de cobrar primas y/o extender documentos de financiamiento o recibos de pago por cuenta de LA COMPAÑÍA. El pago hecho por el Asegurado al corredor se tiene por no efectuado mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente a LA COMPAÑÍA o a la entidad financiera autorizada por LA COMPAÑÍA para recaudar el pago. En el caso de que este seguro sea comercializado a través de una empresa del sistema financiero u otra persona natural o jurídica debidamente autorizada que haya suscrito un contrato de comercialización con LA COMPAÑÍA, los pagos efectuados por el ASEGURADO al COMERCIALIZADOR se consideran abonados a LA COMPAÑÍA..

## ARTÍCULO N° 10: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

### · Extinción

La Póliza se extinguirá si ocurre el siguiente evento:

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

La Solicitud – Certificado se extinguirá, adicionalmente a la casual indicada en el punto anterior, si ocurren los siguientes eventos:

1. Cuando LA COMPAÑÍA pague las coberturas contratadas, según corresponda.
2. Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia establecido en las Condiciones Particulares o Solicitud Certificado.

Como consecuencia de la extinción de la Solicitud Certificado, ya no tendrán efecto las coberturas otorgadas al titular de la respectiva Solicitud - 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 el Artículo N° 9 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo cubierto anterior a la resolución de la póliza.
  2. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL CONTRATANTE debiendo comunicarlo a LA COMPAÑÍA a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó o se declararon, según corresponda, para la contratación del seguro. Si EL CONTRATANTE opta por la resolución, esta opera desde la fecha de notificada la solicitud de resolución a LA COMPAÑÍA, esta última tiene derecho a la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto.
  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 de Seguro quedará resuelta 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 12 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 veinte (20) días calendarios desde la presentación de toda la documentación obligatoria completa listada en esta póliza para la evaluación de solicitud de cobertura. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la parte proporcional de la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta la solicitud de cobertura del siniestro fraudulento.
  2. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo cubierto anterior a la resolución de la póliza.
  3. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo LA COMPAÑÍA opta por resolver la solicitud-certificado. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones de 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 de la solicitud certificado, por modificaciones autorizadas por EL CONTRATANTE en la póliza y en la solicitud-certificado, utilizando cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios, que se ponen a su disposición en la Solicitud - Certificado. Para efectos de la resolución, EL ASEGURADO TITULAR 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 TITULAR debiendo comunicarlo a LA COMPAÑÍA, utilizando cualquiera de los mecanismos de comunicación dispuestos por LA COMPAÑÍA, detallados en este documento o en la Solicitud-Certificado, según corresponda. Si EL ASEGURADO opta por la resolución, esta opera desde la fecha de notificada la solicitud de resolución a LA COMPAÑÍA, esta última tiene derecho a la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto.
  6. Por declaración inexacta o reticente, siempre que está se hubiera producido sin dolo o culpa inexcusable, conforme a lo establecido en el artículo 13 de la Ley de Contrato de Seguro.

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 devengada por el periodo 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 prima devengada por el tiempo transcurrido. 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 TITULAR o CONTRATANTE, según corresponda, en un plazo de quince (15) días calendario desde la fecha de resolución de la Solicitud-certificado o Póliza. En el caso de los numerales a.2, b.4 y b.5. corresponderá la devolución de la prima por al periodo no devengado, en un plazo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud del ASEGURADO TITULAR y/o CONTRATANTE, sin gestión adicional y deduciendo los gastos administrativos, en caso correspondan; los mismos que serán debidamente sustentados mediante comunicación escrita a la parte correspondiente y, adicionalmente, se encontraran precisados en el Condicionado Particular o Solicitud-Certificado, cuando correspondan. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del CONTRATANTE o directamente al ASEGURADO TITULAR, según corresponda.

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

La resolución de la 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 Póliza o Solicitud- Certificado, respectivamente.

Será nulo todo Contrato o Solicitud- 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 Reticencia 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 o Solicitud Certificado. En este caso, se procederá con la devolución de las primas pagadas correspondientes.

La nulidad de la póliza o la Solicitud-Certificado, 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 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 debidamente sustentados y tributos a que hubiere lugar.

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas en un plazo de quince (15) días calendario de declarada la nulidad, sin intereses al Contratante y deduciendo los gastos administrativos, en caso correspondan, los mismos que serán debidamente sustentados mediante comunicación escrita a la parte correspondiente y adicionalmente, estarán precisados en el Condicionado Particular o la Solicitud-Certificado, cuando corresponda. Salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal c) de Nulidad de la póliza, 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° 11: AVISO DEL SINIESTRO, SOLICITUD Y PAGO 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 Creceer Seguros por teléfono al XXXX (para Lima) o XXXX (para Provincias) o por correo electrónico a XXXXXX (correo).

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 podría 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. 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. 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.

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 de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios<sup>1</sup> requeridos para solicitar el pago del siniestro:

Documentos <sup>2</sup>	Muerte Natural	Muerte Accidental
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el asegurado o es emitido por el médico que certifica la muerte en el domicilio.	x	x
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial)	x	x
Certificado de Necropsia – es el documento que contiene las conclusiones del fallecimiento de la persona (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la		x3

solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.

Protocolo de Necropsia – es el documento donde se detallan los exámenes que se realizarán al cadáver en base a los hallazgos encontrados en el cuerpo (copia simple). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.

x3

Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.

x3

Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, y es adicional al Dosaje etílico.

x3

Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica o Informe Médico original en Formato de LA COMPAÑÍA. Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado se ha tratado.

x

DNI del Beneficiario

x

x

Documento que acredite la filiación entre el asegurado adicional fallecido y el asegurado titular que puede ser: (a) Copia Certificada expedida por el RENIEC o certificación de reproducción notarial del Acta o Partida de nacimiento del beneficiario, (b) Copia Certificada por el Poder Judicial de la Sentencia de adopción firme o de la Sentencia de declaración de paternidad firme, (c) Copia Certificada de la Partida Registral donde aparezca inscrito el contenido del Testamento.- Se obtiene en Registros Públicos, o (d) Documento de fecha cierta donde conste el reconocimiento extrajudicial de la filiación (original o certificación de reproducción notarial). O en su caso, documento que acredite el vínculo matrimonial entre el asegurado adicional fallecido y el asegurado titular, consistente en Acta o Partida de Matrimonio (copia certificada expedida por el RENIEC o certificación de reproducción notarial)

x

X4

1 La solicitud-certificado puede indicar la presentación de menos documentos obligatorios que los aquí listados. En este caso, junto con la solicitud de pago del siniestro, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en la solicitud-certificado.

2 Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

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

4 Este documento se solicitará cuando la cobertura se solicite por la muerte natural o accidental del asegurado adicional.

LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa antes señalada a LA COMPAÑÍA o al COMERCIALIZADOR.

El pago será efectuado a LOS BENEFICIARIOS, designados en la Solicitud- Certificado. En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS, éstos serán sus herederos legales. Para acreditar dicha condición de herederos será necesario presentar copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del ASEGURADO, según corresponda, expedida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.

El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente a EL BENEFICIARIO. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL BENEFICIARIO, comunicándosele la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviados al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según lo señalado en la Solicitud-Certificado.

En caso EL ASEGURADO TITULAR no haya designado a los BENEFICIARIOS en la solicitud-certificado, éstos serán sus herederos legales. Para acreditar dicha condición de herederos será necesario presentar Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado según corresponda expedida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.

#### **ARTÍCULO N° 12: 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 procederá a resolver la Solicitud-Certificado. LA COMPAÑÍA deberá comunicar a EL ASEGURADO o al BENEFICIARIO su decisión de resolver la Solicitud-Certificado en un plazo no mayor a veinte (20) días calendarios, computados desde la entrega de la documentación obligatoria completa, listada para la evaluación de la solicitud de cobertura, según lo establecido en esta póliza. La presente causal de resolución produce la liberación LA COMPAÑÍA de la obligación de cobertura de todos los siniestros ocurridos incluido aquel fraudulentamente solicitado en adelante.

#### **ARTÍCULO N° 13: 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 calendario desde su recepción.

Los datos de LA COMPAÑÍA para la presentación de requerimientos o reclamos son:

##### **CRECER SEGUROS S.A.**

- Dirección: XXXXXX
- Correo electrónico: XXXXX
- Página web: [www.creceseguros.pe](http://www.creceseguros.pe)
- Teléfono: Lima XXXXX / Provincia: XXXXX

#### **ARTÍCULO N° 14: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

a) Vía administrativa

En caso EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no estén de acuerdo con la respuesta de LA COMPAÑÍA a un reclamo o al pronunciamiento sobre la solicitud de cobertura de un siniestro podrán acudir a:

**Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI**

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

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

**Departamento de Servicios al Ciudadano - SBS**

- Dirección: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima, Perú.
- Página Web: [www.sbs.gob.pe](http://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.

#### ARTÍCULO N° 15: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS tienen derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, con el objeto de resolver las controversias que surjan entre ellos y LA COMPAÑÍA sobre la cobertura de un siniestro, de acuerdo al Reglamento de la Defensoría del Asegurado, siendo el fallo final vinculante, definitivo e inapelable para LA COMPAÑÍA.

##### DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

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

- Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 307, piso 9, Distrito de San Isidro, Lima, Perú.
- Página Web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)
- Teléfono: (01) 4210614

Ello, sin perjuicio del derecho de EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(s) de acudir a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes.

#### ARTÍCULO N° 16: 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 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 estas (carga, 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 respectiva 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 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° 17: MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CON OCASIÓN DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA**

La presente póliza puede ser de renovación facultativa o de renovación automática, según se indique en las condiciones particulares.

Cuando sea de renovación automática, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación de LA COMPAÑÍA por medio de los mecanismos de comunicación pactados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

EL CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por LA COMPAÑÍA; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas para la renovación automática de la póliza.

En caso la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la póliza.

#### **ARTÍCULO N° 18: MODIFICACIÓN DE CONDICIONES DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO**

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 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 a EL CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de LOS ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el Contrato.

#### **ARTÍCULO N° 19: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado, 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 comunicación que LA COMPAÑÍA pone a disposición en la Solicitud-Certificado, 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.

#### **ARTÍCULO N° 20: REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA**

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

#### **ARTÍCULO N° 21: RENOVACIÓN DEL SEGURO**

En caso el contrato de seguro se renovará automáticamente, será en las mismas condiciones pactadas en la fecha de su celebración al término de la vigencia establecida en las condiciones particulares o Solicitud- Certificado, según corresponda, siempre que el Contratante y/o Asegurado cumpla con pagar la prima correspondiente. El presente contrato de seguro podrá no renovarse de forma automática, debiendo para tal efecto comunicarlo cualquier de las partes por escrito con sesenta (60) días calendarios de anticipación a la fecha la renovación.

#### **ARTICULO N° 22: PRESCRPCIÓN**

Las acciones fundadas en la Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde la ocurrencia del siniestro, con excepción de las acciones relativas 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 O BENEFICIARIO hubiera solicitado el beneficio, LA COMPAÑÍA quedará liberada de la obligación de pagar la Suma Asegurada.