Seguro de Invalidez por Accidente

Condiciones Generales

CONDICIONES GENERALES – SEGURO DE INVALIDEZ POR ACCIDENTE

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 lesiones corporales externas y/o internas. **No se considera accidente, los hechos derivados de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.**

Accidente de Tránsito: Evento súbito, imprevisto y violento, en el que participa cualquier medio de transporte terrestre en circulación (privado o público); que causa daño físico a personas, que tengan 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 las Condiciones Particulares y Solicitud de Seguro.

Beneficiario: Persona Natural o Persona Jurídica determinada en las Condiciones Particulares y Solicitud de Seguro, según corresponda, 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 las Condiciones Particulares de la misma.

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.

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 Particulares: Estipulaciones que especifican aspectos concretos relativos al riesgo individualizado que se asegura. Por ejemplo: nombre y domicilio de las partes contratantes, suma asegurada, importe de la prima, vigencia del contrato, entre otros.

Contratante: Es la persona natural o persona jurídica que contrata la presente póliza y a quien le corresponde el pago de las primas. Tiene la atribución de designar al Asegurado.

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.

Exclusiones: Circunstancias o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro, pero que no están cubiertas por la Póliza.

Interés Asegurable: Deseo sincero - que existe al momento de celebrar el Contrato de Seguro y durante toda su vigencia - de que no se materialice ninguno de los riesgos cubiertos, ya que ello le originaría un perjuicio económico.

La Compañía: Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros.

Póliza: Documento que refleja las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la empresa y el contratante. Incluye los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y 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.

Queja: Disconformidad no relacionada al producto o servicio adquiridos, sino relativa a la atención o trato recibidos.

Reclamo: Cualquier disconformidad respecto del producto o servicio adquirido.

Requerimiento: Los requerimientos son las comunicaciones realizadas por los usuarios o por terceros en nombre de los usuarios, por la que se busca una acción por parte de la empresa.

SBS: Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

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

Solicitud de Seguro: Constancia de la voluntad del contratante y/o asegurado, según corresponda, de contratar el seguro.

Suma asegurada: Monto máximo indicado 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

Invalidez Total y Permanente (ITP) por Accidente de Tránsito:

LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, cuando EL ASEGURADO incurra en un supuesto de Invalidez Total y Permanente, consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de EL ASEGURADO, como consecuencia de un accidente de tránsito, que le impide desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.

Deberá tratarse de una pérdida o disminución que implique:

1. Fractura incurable de la columna vertebral.
2. Pérdida total de la visión de ambos ojos.
3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos.
4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.
5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.
6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie.
7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.

La invalidez deberá estar sustentada en un Dictamen o Certificado Médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos enumerados anteriormente, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).

La invalidez también puede estar sustentada en un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique el diagnóstico (que evidencia un accidente de tránsito), la naturaleza de la incapacidad (permanente) y su grado (total o de gran incapacidad); definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la directiva sanitaria "Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF".

Asimismo, se entenderá como accidente de tránsito todos aquellos supuestos enmarcados dentro de la definición del artículo 1° de las presentes Condiciones Generales.

Se cubre la Invalidez Total Permanente acaecida durante la vigencia de la presente póliza y que se manifieste como máximo dentro de los dos (2) años siguientes al accidente de tránsito.

En caso el accidente se produzca en transporte público, a efectos de acceder a la cobertura, es condición necesaria que la mencionada unidad de transporte tenga la respectiva licencia para transportar pasajeros.

ARTÍCULO N° 4: EXCLUSIONES

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

1. **Preexistencia: condición de salud o condición física diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia a toda condición de salud o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia del mismo 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, drogas o sustancias tóxicas, por parte del Asegurado, que ocasionen el siniestro. Cuando se trate de accidentes de tránsito, deberá implicar el uso de alcohol por parte del Asegurado, por encima del límite legal vigente.**

7. **Lesiones inferidas a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica solo para la cobertura de invalidez total y permanente).**

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 establecidos en las Condiciones Particulares y Solicitud de Seguro, según corresponda.

ARTÍCULO N° 6: 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 23:59 horas del último día de la vigencia, siempre que se cumplan los términos y condiciones estipulados en la Póliza.

ARTÍCULO N° 7: 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.

ARTÍCULO N° 8: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO

La prima es la contraprestación a cargo de EL CONTRATANTE, 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 Solicitud de Seguro, según corresponda. No obstante, LA COMPAÑÍA no puede rechazar el pago de la prima ofrecido o efectuado por personas distintas a EL CONTRATANTE.

El COMERCIALIZADOR, cuando corresponda, podrá recaudar la prima de El CONTRATANTE, a través del canal que se defina para ese fin y que se señala en las Condiciones Particulares y Solicitud de Seguro. 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 a EL ASEGURADO y/o CONTRATANTE sobre el incumplimiento de pago de la prima, así como sobre el plazo del que se dispone para realizar el pago 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, según corresponda y adicionalmente, a cualquiera de los datos de contacto brindados por el ASEGURADO que permitan informar de manera cierta. 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.

Si la cobertura se encuentra suspendida por incumplimiento de pago, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver la presente póliza. Para tal efecto, comunicará por escrito a EL CONTRATANTE su decisión de resolver la póliza, por falta de pago de prima, con treinta (30) días calendario de anticipación, contados desde que EL CONTRATANTE recibe tal comunicación; pasados los cuales operará la resolución.

Por otro lado, Si LA COMPANÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en las Condiciones Particulares para el pago de la prima, se entiende que la presente póliza queda extinta.

En caso de resolución o extinción, LA COMPAÑÍA podrá realizar la cobranza de una o más cuotas impagas, incluyendo además los gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento, siendo estos últimos conceptos acreditados a través de un proceso judicial o arbitral.

ARTÍCULO N° 9: 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. La presente póliza podrá ser rehabilitada únicamente si LA COMPAÑÍA no ha comunicado su deseo de resolverla o si esta no se ha extinguido.

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

a) Causales de resolución

1. **Por incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 8 de las presentes Condiciones Generales. 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 del CONTRATANTE sobre la propuesta de revisión del Contrato de Seguro, efectuada por LA COMPAÑÍA, en caso de declaración inexacta o reticente que no obedezca a dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según lo indicado en el artículo vigésimo séptimo de este condicionado.**
3. **Por presentar una solicitud de pago de siniestro fraudulenta. 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 entrega de la documentación obligatoria completa listada en este condicionado general, para la solicitud de cobertura. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la parte proporcional de la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta la solicitud de pago del siniestro fraudulenta.

4. **Por ejercicio de su derecho de arrepentimiento.**
5. **Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL CONTRATANTE o LA COMPAÑÍA, debiendo comunicarlo, a la otra parte, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó para la contratación del seguro o cualquiera de los otros mecanismos de contacto declarados en la póliza. Si LA COMPAÑÍA ejerce la facultad de resolver, debe por medio fehaciente dar un preaviso, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución y en caso corresponda, reembolsar la prima proporcional por el periodo no cubierto. Si EL CONTRATANTE opta por la resolución, esta opera desde la fecha de notificada la solicitud de resolución a LA COMPAÑÍA, quien tiene derecho a la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto.**
6. **Por declaración de agravación del riesgo por parte de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, conforme a lo establecido en el artículo vigésimo octavo de este condicionado.**

En los casos que corresponda, LA COMPAÑÍA devolverá a EL CONTRATANTE, en un plazo no mayor a treinta (30) días de resuelto el seguro y sin gestión adicional alguna por parte de éste, la prima correspondiente al periodo no cubierto, en caso de existir, según la forma de pago de la prima determinada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro.

b) Causales de extinción

La presente póliza se extinguirá si ocurren los siguientes eventos:

1. **Por muerte de EL ASEGURADO.**
2. **Cuando LA COMPAÑÍA pague las coberturas contratadas, según corresponda.**
3. **Al cumplir, EL ASEGURADO la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares.**
4. **Por incumplimiento en el pago de la prima, en caso de que transcurran noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima, según lo establecido en el Artículo N° 8 de las presentes Condiciones Generales.**

Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente póliza, se libera a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad de pago posterior, ante la ocurrencia de un siniestro.

c) Causales de nulidad

Además de las causales de resolución y extinción, la presente póliza será nula desde el inicio de su vigencia en los siguientes casos:

1. **Si EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO incurren en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable. Para tales efectos, LA COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días calendarios para invocar la nulidad en base a la presente causal, plazo que se computará desde que LA COMPAÑÍA conoce la reticencia o declaración inexacta.**
2. **Si se comprueba que EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso, a la fecha de contratación del seguro e hizo una declaración inexacta de su verdadera edad.**
3. **En ausencia de interés asegurable al momento de la celebración del Contrato de Seguro.**
4. **Si al momento de contratar el seguro, se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.**

En caso de que se produzca alguno de los supuestos de nulidad, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada por EL CONTRATANTE, sin intereses, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal c.1 del presente artículo, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por LA COMPAÑÍA, quien tiene derecho al cobro de estas para el primer año de duración del contrato de seguro.

La devolución, en los casos que corresponda, se realizará – sin gestión adicional alguna por parte de EL CONTRATANTE- en un plazo de treinta (30) días desde que se declaró la nulidad.

La nulidad de la presente póliza será notificada a EL CONTRATANTE.

ARTÍCULO N° 11: AVISO DEL SINIESTRO, SOLICITUD Y PAGO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO 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 este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta de El COMERCIALIZADOR o podrá comunicarse con LA COMPAÑÍA por teléfono al XXXXX (para Lima) o XXXXX (para Provincias) o por correo electrónico a XXXXX.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal de rechazo del siniestro. Sin embargo, LA COMPAÑÍA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado, cuando se vea afectada en 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, o si se demuestra que la Compañía ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. Si el

incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.

Asimismo, cuando el ASEGURADO o el BENEFICIARIO prueben su falta de culpa, o el incumplimiento se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO y/o EL BENEFICIARIO deberá entregar a LA COMPAÑÍA o al EL COMERCIALIZADOR los siguientes documentos obligatorios requeridos por LA COMPAÑÍA para solicitar el pago del siniestro:

Documentos2	**ITP por accidente de tránsito**
Dictamen o Certificado médico de Invalidez emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSA) en original o en certificación de reproducción notarial.	**x**
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia.	**x1**
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 Publico, y es adicional al Dosaje etílico.	**x1**
Copia de la Historia Clínica (foliada y fedateada) o Informe médico original en formato de Crecer Seguros. Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado ha tratado su ITT por Accidente de Tránsito.	**x1**

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

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 el consentimiento del siniestro requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago.

Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, o de la SBS, en caso EL ASEGURADO o BENEFICIARIO no dieran su autorización. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá solicitar documentos adicionales que considere necesarios para la evaluación del siniestro, relacionados a aclaraciones o precisiones sobre la documentación e información obligatoria requerida en esta póliza. 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 listados en esta póliza. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro (previsto en el párrafo anterior) 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° 12: PAGO DE SINIESTRO

El pago de la indemnización por parte de LA COMPAÑÍA se efectuará dentro de los treinta (30) días calendarios de aprobado o consentido el Siniestro. Se entiende consentido el Siniestro cuando LA COMPAÑÍA no se pronuncia sobre el rechazo o aprobación del Siniestro dentro de los treinta (30) días calendarios desde la fecha de recibidos los Documentos obligatorios completos, conforme el procedimiento establecido en esta póliza.

ARTÍCULO N° 13: 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 presente póliza. LA COMPAÑÍA deberá comunicar a EL CONTRATANTE y al BENEFICIARIO su decisión de rechazar la cobertura y resolver la misma, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios desde la entrega de la documentación obligatoria completa listada en esta póliza para la evaluación de la solicitud de cobertura, salvo que LA COMPAÑÍA haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley del Contrato de Seguro. La presente causal de resolución produce la liberación LA COMPAÑÍA de cualquier obligación de cobertura desde el momento que se presente dicha situación.

ARTÍCULO N° 14: 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 treinta (30) días calendario desde su recepción.

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

CRECER SEGUROS S.A.
• Dirección: XXXXXXXX
• Correo electrónico: XXXXXXX
• Página web: www.crecerseguros.pe
• Teléfono: Lima XXXXXX/ Provincia: XXX

ARTÍCULO N° 15: RECLAMOS, DENUNCIAS Y 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 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
• Teléfono: (01) 224-7777 / 0-800-4-4040 (línea gratuita en provincias)

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 (Atiende consulta y denuncias)

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

b) Vía judicial
Toda disputa, controversia, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre 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° 16: 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** **• 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° 17: 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, 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 ASEGURADO, el BENEFICIARIO 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 las mismas (cargo, grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación).

Los domicilios, correo electrónico y/o número telefónico mencionados se encuentran registrados en la Solicitud de Seguro y/o en el Condicionado Particular.

Todo cambio de domicilio, número telefónico o de correo electrónico de EL ASEGURADO, EL CONTRATANTE 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.

ARTÍCULO N° 18: COPIA DE LA PÓLIZA

EL ASEGURADO tendrá derecho a solicitar una copia de la Póliza a EL COMERCIALIZADOR y/o a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la fecha de recepción de la solicitud.

ARTÍCULO N° 19: AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA

En caso de que se produzca un siniestro cubierto por la Póliza, EL ASEGURADO autoriza expresamente, mediante de su firma en la Solicitud de Seguro; a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR, en su representación, a solicitar y acceder a su Historia Clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

ARTÍCULO 20: MODIFICACIÓN DE CONDICIONES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

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.

ARTÍCULO N° 21: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En caso la presente póliza sea comercializada a través de comercializadores o uso de sistemas a distancia, y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, EL CONTRATANTE podrá resolver la póliza, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza o de la nota de cobertura provisional, correspondiente, 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 cobertura y/o beneficios de la presente póliza.

Para tal fin, EL CONTRATANTE que quiera hacer uso de este derecho, podrá emplear cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición.

ARTÍCULO N° 22: 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° 23: 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 y/o El BENEFICIARIO, según corresponda, salvo que la Ley declare de manera expresa que son de cargo exclusivo de LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO N° 24: 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.

Cumplido el plazo de prescripción, sin que el CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO hubieran solicitado el beneficio, LA COMPAÑÍA quedará liberada de la obligación de pagar la Suma Asegurada.

ARTÍCULO N° 25: 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.

En ese caso, cuando corresponda, LA COMPAÑÍA, informará a EL CONTRATANTE, los cambios que haya sufrido la póliza. 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 contario, EL CONTRATANTE debe manifestar su aceptación a las modificaciones informadas, en caso correspondan, como señal y constancia de la renovación de la póliza.

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

ARTÍCULO N° 26: DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

La Póliza ha sido emitida por LA COMPAÑÍA sobre la base de las declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, al momento de solicitar el seguro, las cuales se incluyen en la Solicitud, Declaración Personal de Salud 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 del seguro contratado..

ARTÍCULO N° 27: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

Según lo indicado en el Artículo Vigésimo sexto 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 y/o ASEGURADO. Si las declaraciones mencionadas fueran inexactas o reticentes, es probable que LA COMPAÑÍA hubiera definido condiciones diferentes, bajo conocimiento del verdadero estado del riesgo declarado. Es por ello, que LA COMPAÑÍA tiene derecho a declarar la nulidad del contrato de seguro, siempre y cuando, haya habido dolo o culpa inexcusable, como se señala en el Artículo Décimo de este documento.

Si la declaración inexacta o reticente no obedece a dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO y no han transcurrido dos años desde la celebración del contrato, se pueden producir las siguientes situaciones:

1. Si no ha ocurrido ningún siniestro: LA COMPAÑÍA podrá presentar una propuesta de revisión del seguro, 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 CONTRATANTE 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 contrato de seguro, comunicándoselo a EL CONTRATANTE dentro de los treinta (30) días siguientes a los diez (10) días antes mencionados.
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° 28º: AGRAVACIÓN EN EL RIESGO.

EL CONTRATANTE y/o el ASEGURADO, durante el curso del contrato, deberán notificar por escrito a LA COMPAÑÍA, los hechos y circunstancias que agraven el riesgo y que sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría celebrado en condiciones más gravosas. Comunicada a LA COMPAÑÍA la agravación del riesgo, ésta debe manifestar al CONTRATANTE, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, o modificarlas o resolverlo. Tendrán la consideración de agravaciones del riesgo: a) El cambio de actividad y ocupación del ASEGURADO, aún de carácter temporal, que signifiquen un mayor riesgo de accidentes respecto a la situación declarada previamente a LA COMPAÑÍA. No obstante, no tendrán tal consideración los trabajos o reparaciones domésticas realizadas sin fines lucrativos. b) La incapacidad o invalidez de tipo permanente y las enfermedades de carácter crónico sobrevenidas al ASEGURADO por hechos no amparados por esta Póliza. Cuando LA COMPAÑÍA opte por resolver el contrato tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si no le comunica oportunamente la agravación del riesgo, LA COMPAÑÍA tiene derecho a percibir la prima por el período de seguro en curso.