Protección Grupal

Condiciones Generales

SEGURO PROTECCIÓN GRUPAL
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, súbito, violento y ajeno a la intencionalidad de EL ASEGURADO, que le ocasione una o más lesiones corporales. No se considera como accidentes a sucesos que sean consecuencia de: ataques cardiacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.
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 - Certificado de Seguro.

Beneficiario: Persona Natural o Persona Jurídica determinada en las Condiciones Particulares y Solicitud-Certificado 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 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 relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el convenio de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros.
Contratante: Es la persona natural o persona jurídica que contrata la presente póliza y a quien le corresponde el pago de las primas.
Días: Días calendario, salvo que se indique lo contrario.

Endoso: Documento adicional a la póliza de seguro, en el que se establecen modificaciones a la póliza o certificado de seguros o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido aprobados por el Contratante y La

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.
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.

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.
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. Es el precio del seguro.
Requerimiento: Son las comunicaciones realizadas por los ASEGURADOS, CONTRATANTES O BENEFICIARIOS o por terceros en nombre de los usuarios, por la que se busca una acción por parte de LA COMPAÑÍA.
Reclamo: son comunicaciones presentadas por los ASEGURADOS, CONTRATANTES o BENEFICIARIOS o por terceros en nombre de estos, expresando su insatisfacción con la operación, producto o servicio recibido o por el incumplimiento de las obligaciones contempladas en el contrato o 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 de los anteriores sujetos respecto de la respuesta emitida por LA COMPAÑÍA, o por la demora o falta de atención de un reclamo o de un requerimiento..
SBS: Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.
Siniestro: Materialización de un riesgo cubierto por la presente Póliza.
Solicitud– Certificado de Seguro: Documento que recoge la información de seguro 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 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

Los riesgos que están cubiertos por esta Póliza son la muerte (natural o accidental) y la invalidez total permanente (por enfermedad o por accidente). En este caso, las coberturas son excluyentes; es decir, que solo se podrá utilizar una de las coberturas por Asegurado.

a) Muerte natural
Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de una enfermedad, que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza.

b) Muerte accidental
Se cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza.

c) Invalidez total permanente (ITP) por enfermedad
Se cubre la ITP de EL ASEGURADO consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o intelectuales, que le impidan desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.

Este seguro cubre la ITP causada por una enfermedad que no esté incluida dentro de las exclusiones de la Póliza y que exista de modo continuo por un periodo no menor de seis (6) meses.

La invalidez debe estar sustentada por 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. Deberá tratarse de 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 N° 058-94-EF/SAFP).

La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique que la naturaleza de la incapacidad es permanente y que su grado es 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".

d) Invalidez total permanente (ITP) por accidente
Se cubre la Invalidez total permanente de EL ASEGURADO, consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o intelectuales, que le impida desempeñar cualquier ocupación para la que esté preparado por su educación, capacidad o experiencia.

Este seguro cubre la ITP que ocurra como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la solicitud-certificado de seguro, que se manifieste a más tardar dentro de

los dos (2) años de producido el accidente y, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza. Deberá tratarse de una pérdida o disminución que implique:

Invalidez total permanente (ITP) por accidente
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 puede estar sustentada por 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 indique el porcentaje de invalidez y que es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos detallados en el cuadro anterior, 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 por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique un diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas en el cuadro anterior), 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".

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 y no resuelta, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia a todo accidente o complicación derivada del mismo, producido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia de los mismos 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, 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, que conlleve a un actuar negligente del asegurado que ocasione el siniestro. Cuando se trate de accidentes de tránsito deberá implicar el uso de alcohol por encima del límite legal vigente.
7. Lesiones inferidas a EL ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento (aplica sólo a la cobertura de invalidez total 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.

El Contratante podrá asegurar bajo esta Póliza a las personas naturales que cumplan los requisitos mencionados en el párrafo anterior con los que mantenga una relación contractual y hayan sido declarados a LA COMPAÑÍA en formato oficial.

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.

La cobertura individual de cada ASEGURADO 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 indicados en la Solicitud-certificado. Asimismo, la cobertura para cada ASEGURADO se mantendrá vigente siempre que: (i) la póliza se mantenga vigente, (ii) EL ASEGURADO siga manteniendo una relación de tracto sucesivo o duración continuada con EL CONTRATANTE, (iii) EL CONTRATANTE continúe incluyéndolo en su declaración y (iv) EL CONTRATANTE siga pagando la prima y no se haya producido la resolución o la extinción de seguro por falta de pago de la prima; sin perjuicio, de la inicial suspensión de la cobertura por impago..

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: RESOLUCION DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL CONTRATANTE.

EL CONTRATANTE podrá resolver la Póliza sin expresión de causa presentando una solicitud en dicho sentido y acompañando la siguiente documentación: Carta de resolución anticipada debidamente suscrita, Ficha RUC de la empresa, Copia Literal de los Poderes que acrediten a su(s) representante(s) y Copia del Documento de Identidad de su(s) representante(s). La resolución antes indicada podrá realizarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que utilizó EL CONTRATANTE para contratar el seguro. Si EL CONTRATANTE opta por la resolución, esta opera desde notificada la solicitud de resolución a LA COMPAÑÍA, esta última tiene derecho a la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto. Una vez resuelto el Contrato, LA COMPAÑÍA queda liberada de su prestación.

En caso corresponda, LA COMPAÑIA devolverá en el plazo de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud de resolución del seguro, la prima no consumida – en forma prorrateada- que hubiese sido recibida, sin intereses y sin cobro de ninguna penalidad.

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

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

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura de seguro de la póliza y en específico, de la solicitud – certificado de los ASEGURADOS declarados conforme lo establecido en el Condicionado Particular y Solicitud- Certificado, 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 CONTRATANTE y ASEGURADO 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 o LA COMPAÑÍA, a la dirección consignada en las Condiciones Particulares. 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 y la solicitud –certificado de los ASEGURADOS declarados, los cuales se consideran resueltos en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que EL CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión, lo cual deberá ser informado por EL CONTRATANTE a LOS ASEGURADOS. Cuando la resolución se produzca por incumplimiento en el pago de la prima, LA COMPAÑÍA tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.
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 y la solicitud- certificado de seguro de los ASEGURADOS declarados, quedan extintas.
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 mediante un proceso judicial o arbitral.
Ante la falta de presentación de la declaración por parte del CONTRATANTE con la periodicidad acordada, la COMPAÑÍA mantendrá la cobertura respecto de los ASEGURADOS declarados el periodo anterior, siempre y cuando se siga cumpliendo con el pago de la prima y no se produzca la suspensión de la cobertura o la extinción de la póliza por impago.

ARTÍCULO N° 10: REHABILITACIÓN
La cobertura de seguro que se encuentre suspendida podrá ser rehabilitada por LA COMPAÑÍA siempre que se paguen en su integridad las primas 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 por escrito de resolver la misma o si esta no se ha extinguido.

ARTÍCULO N° 11: 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 el Artículo N° 9 de estas Condiciones Generales.**

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

1. **Por el pago de las coberturas establecidas en esta póliza**
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 anterior a la suspensión de la cobertura.**
2. **Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL CONTRATANTE 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 conforme a lo establecido en el artículo 8 de este condicionado general. Si EL CONTRATANTE opta por la resolución esta opera desde 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. La resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación de resolución a EL CONTRATANTE. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.**

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 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 Contrato de Seguro. 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.**
3. **Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo LA COMPAÑÍA opta por resolver la solicitud-certificado. La resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación de resolución al ASEGURADO. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones de la solicitud-certificado original.**
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 de Seguro. La resolución operará a los treinta (30) días de recibida la comunicación en la que EL ASEGURADO manifiesta su voluntad de resolver su Solicitud-Certificado de Seguro.

5. **Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL ASEGURADO debiendo comunicarlo a la otra parte utilizando cualquiera de los mecanismos de comunicación dispuestos por LA COMPAÑÍA, detallados en este documento o en la Solicitud-Certificado. Si EL ASEGURADO opta por la resolución, esta opera desde 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. La resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación de resolución a EL ASEGURADO.**

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 proporción de la prima correspondiente por el periodo efectivamente cubierto, en el 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 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 y deduciendo los gastos administrativos que correspondan; los mismos que serán debidamente sustentados mediante comunicación escrita a la parte correspondiente y, en su oportunidad se encontraran precisados en el Condicionado Particular o Solicitud-Certificado. 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 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 Solicitud- Certificado de Seguro.

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. En este caso, se procederá con la devolución de las primas pagadas correspondientes.**

La nulidad de la póliza o la Solicitud-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 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 conjuntamente con los intereses legales, gastos originados para el recupero del beneficio, que correspondan, debidamente sustentados mediante carta o documento escrito al Beneficiario y/o Asegurado, informados en el momento en que aplique este evento, así como, los tributos a que hubiere lugar.

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas en un plazo de 30 días calendario de declarada la nulidad, sin intereses al Contratante y deduciendo los gastos administrativos, en caso correspondan, los mismos que serán debidamente sustentados mediante comunicación escrita a la parte correspondiente y en su oportunidad, estarán precisados en el Condicionado Particular o la Solicitud-Certificado, 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° 12: AVISO DEL SINIESTRO, SOLICITUD Y PAGO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, EL ASEGURADO, EL CONTRATANTE y/o EL BENEFICIARIO deberán 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, conforme a los medios de comunicación pactados en la presente póliza.

El incumplimiento del plazo antes señalado no constituye causal de rechazo del siniestro. Sin embargo, en caso de culpa leve, 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. Lo indicado en el párrafo precedente no aplica en caso de culpa inexcusable de EL CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO, cuando la falta de aviso afecte la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro; o en caso de dolo por parte de estos, en cuyo caso LA ASEGURADORA se libera del pago de la indemnización. En el supuesto de culpa inexcusable, esta sanción no se producirá si se prueba que LA COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.
Asimismo, cuando el ASEGURADO o el BENEFICIARIO prueben su falta de culpa, o el incumplimiento se deba acaso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.
Para solicitar la cobertura correspondiente, EL BENEFICIARIO deberá entregar a LA COMPAÑÍA o al EL COMERCIALIZADOR, en caso corresponda, los documentos obligatorios detallados en la tabla adjunta (1).

Documentos (2)	**Muerte natural**	**Muerte accidental**	**ITP por accidente**	**IPT por enfermedad**
Documento Oficial de Identidad del Asegurado (copia)			**X**	**X**
Certificado de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el asegurado o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio.	**X**	**X**		
Partida o Acta de defunción (copia certificada expedida por el RENIEC o certificado de reproducción notarial)	**X**	**X**		
Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público-Fiscalía de la Nación.		**X(3)**		

Protocolo de Necropsia (copia simple). Se realiza la solicitud en el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público-Fiscalía de la Nación.		**X(3)**		
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		**X(3)**	**X(3)**	
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial y Protocolo de necropsia). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El Estudio Químico Toxicológico es adicional al Dosaje Etílico.		**X(3)**	**X(3)**	
Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica del ASEGURADO o Informe Médico original en Formato de LA COMPAÑÍA.	**X**			**X**
Documento Oficial de Identidad del Beneficiario	**X**	**X**		
Dictamen o Certificado Médico 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**	**X**

(1) La Solicitud -Certificado de Seguro puede indicar la presentación de menos documentos obligatorios que los aquí listados. En este caso, junto con la solicitud de cobertura, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en estos documentos.
(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 le haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente
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 de EL 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 N° 29946.
Asimismo, en caso LA COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales relacionados a la documentación e información presentada por el ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO(S) deberá solicitarlos 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° 13: 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 a EL BENEFICIARIO.

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 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: xxxxxxxxxxxxxxx
• Correo electrónico: xxxxxxxxx
• Página web: www.crecerseguros.pe
• Teléfono: Lima (01) xxxxxx/ Provincia: xxxxxxx

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 de la SBS (Atiende consulta y denuncias)
• Dirección: Avenida Dos de Mayo 1475, San Isidro, Lima, Perú.
• Página Web: www.sbs.gob.pe
• Teléfono: (01) 200-1930 / (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 y EL ASEGURADO, el BENEFICIARIO o EL CONTRATANTE con motivo de este contrato, deberá efectuarse vía telefónica y/o mediante carta al domicilio físico o correo electrónico de LA COMPAÑÍA o vía telefónica y/o mediante carta al correo electrónico 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-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 o EL ASEGURADO 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: 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 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° 19: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA DURANTE SU VIGENCIA

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 al CONTRATANTE documentación suficiente para que ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado al contrato.

En caso EL CONTRATANTE manifieste su disconformidad con las modificaciones propuestas durante la vigencia del contrato, no operará la renovación de la póliza, cuando corresponda.

ARTÍCULO 20: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA Y MODIFICACIÓN DE CONDICIONES DE LA PÓLIZA

La presente póliza es de renovación automática, por lo que, en caso LA COMPAÑÍA o EL CONTRATANTE no deseen renovar la misma, deberán dar aviso a su contraparte antes de que opere su renovación.

En caso de renovación de la póliza, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, y cuando LA COMPAÑÍA considere incorporar modificaciones en dicha renovación, esta última deberá cursar aviso por escrito a EL CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato.

En tal supuesto, EL CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo en 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.

En caso EL CONTRATANTE manifiesta su disconformidad con las modificaciones propuestas, no operará la renovación de la póliza.

ARTÍCULO N° 21: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado del Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, comunicando su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición en este documento. En caso, EL ASEGURADO ejerza el derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total o parte de la prima, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud de derecho de arrepentimiento; 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° 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 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, estarán a 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.

ARTÍCULO 25: CONSENTIMIENTO DEL TERCERO Y SU REVOCACIÓN

EL ASEGURADO puede revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento, en caso EL ASEGURADO sea una persona diferente al CONTRATANTE. LA COMPAÑÍA, desde la recepción del documento que contiene la solicitud de revocación, cesará la cobertura del riesgo, devolviendo la prima pagada al CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, bajo el mismo método de pago utilizado, salvo la parte correspondiente al periodo en que el contrato tuvo vigencia, dentro de los treinta (30) días siguientes contados desde la recepción de la solicitud de revocación.