

MICROSEGURO ONCOLÓGICO INDEMNIZATORIO
CÓDIGO SBS N° VI1788000058
Póliza Simplificada

1. DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Razón social	Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros
RUC	20600098633
Dirección	Av. Jorge Basadre 310, Piso 2.
Distrito	San Isidro.
Provincia	Lima.
Departamento	Lima.
Teléfono	Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.
Correo electrónico	gestionalcliente@crecerseguros.pe

2. DATOS DEL COMERCIALIZADOR

Nombre o Razón social	Financiera Confianza S.A.A.
Documento de Identidad o RUC	20228319768
Domicilio	Calle Las Begonias 441 Interior 238C
Distrito	San Isidro
Provincia	Lima.
Departamento	Lima.
Correo electrónico	-

3. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre del corredor	Marsh Perú S.A.C. Corredores de Seguros
Domicilio	Calle Las Orquídeas N° 675 Piso 12
Distrito	San Isidro
Provincia	Lima
Departamento	Lima
Número de registro oficial	J0045

4. 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	18 años
Edad máxima de ingreso	69 años y 364 días
Edad máxima de permanencia	74 años y 364 días

5. RIESGOS CUBIERTOS:
COBERTURAS PRINCIPALES Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada y Condiciones
Muerte Natural	LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en este documento, cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de una enfermedad, siempre que no esté incluido dentro de las exclusiones de la póliza.	Suma asegurada: S/ 1,000 Periodo de carencia: 60 días Deducible: No aplica
Indemnización por cáncer	LA COMPANIA pagará una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada este documento, al ASEGURADO que sea diagnosticado con cáncer; lo cual implica un tumor maligno de crecimiento y desarrollo incontrolado, que sea confirmado por análisis histológico. Esta definición incluye la leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin. No se encuentra dentro de la cobertura de esta póliza el diagnóstico de cáncer de piel, a excepción de los Melanomas Malignos invasivos	Suma Asegurada: S/20,000 Periodo de carencia: 60 días Deducible: No aplica Eventos: 01 evento (única vez) Otras condiciones: -

6. COBERTURAS ADICIONALES Y SUMA ASEGURADA

Coberturas Adicionales	Descripción	Condiciones
Hospitalización por Cáncer	LA COMPANIA otorgará la suma asegurada determinada en la Póliza Simplificada cuando el Asegurado deba ser internado en un establecimiento hospitalario*, como consecuencia de un cáncer cubierto por la presente Póliza. Solo se cubre 01 internamiento al año y máximo 15 de días de internamiento.	Suma Asegurada: Renta diaria de S/70, máximo 15 días por año Periodo de carencia: 60 días Deducible: No aplica Eventos: 01 evento por año

	*Establecimiento Hospitalario: Establecimiento de Salud que cuente con las instalaciones y las autorizaciones pertinentes para el internamiento de los pacientes para pernoctar en él.	Otras condiciones: -
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

7. ASISTENCIAS (Se detallarán, en caso corresponda)

Las Asistencias no son coberturas, sino beneficios o servicios adicionales que de brindarse no afectarían la prima pagada por el Asegurado.

Asistencia	Condiciones	Eventos
Asistencia de enfermera a titular o familiar	En caso de que el Asegurado requiera la atención de una enfermera a domicilio. LA COMPAÑIA gestionará y cubrirá el costo del traslado de la enfermera donde se encuentre el Asegurado. También se brindará el servicio de acompañamiento de enfermera a un familiar para toma de exámenes, ante la ausencia del titular por accidente o enfermedad. Este servicio se brindará con cuatro horas como tiempo máximo de permanencia y deberá ser solicitado con mínimo de 24 horas de anticipación. Costo de Servicio: No aplica	05 eventos por año
Acompañamiento Emocional (Telefónico)	Servicio de acompañamiento emocional a través de una consulta telefónica proporcionada a los asegurados por parte de psicólogos profesionales, las 24 horas y 7 días de la semana, orientada a recuperar la autonomía de cada paciente y brindarle apoyo emocional psicológico oportuno. Este servicio es adecuado para eventos relacionados con ansiedad, depresión, frustración, intolerancia, subordinación, bullying o conflictos personales. Los casos relacionados con adicciones, trastornos graves o cuadros crónicos, el profesional médico procederá a estabilizar emocionalmente al paciente y procederá a recomendarle una consulta presencial cuyo costo no es asumido por LA COMPAÑIA. Este servicio no cuenta con límite de monto por evento. Costo de Servicio: No aplica	Sin Límite

Manual de uso de Asistencias:
Para solicitar el servicio de asistencias o para más información sobre proveedores afiliados, comuníquese al teléfono (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) – opción 4

En caso no se cuente con disponibilidad de la “Asistencia de enfermera a titular o familiar” en alguna ciudad donde la requiera el asegurado según el Límite geográfico para el uso de la asistencia descrita, se le ofrecerá la alternativa del reembolso hasta el monto máximo de S/100 por evento de cada asistencia.

Limitaciones de las Asistencias:

Se encuentran excluidos del servicio:

- Los servicios que el Afiliado haya concertado por su cuenta, sin previa coordinación de LA COMPAÑIA.
- No aplica reembolsos para servicios que no se encuentren dentro del límite geográfico.
- Enfermedades crónicas, hipertensión, diabetes, exámenes de chequeo, VIH, partos, embarazos y sus complicaciones médicas, no quedando excluidas las emergencias por accidentes en personas embarazadas.
- La asistencia por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingesta voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
- Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación activa en toda clase de competencias deportivas profesionales.
- Atenciones de cualquier índole a causa de enfermedades crónicas o preexistentes (incluyendo pero no limitado a: hipertensión arterial, cáncer, diabetes, insuficiencia renal, respiratoria o cardíaca, cirugías, etc.) sus agudizaciones, secuelas o consecuencias, complicaciones de tratamientos recibidos previamente, enfermedades padecidas por el Afiliado con anterioridad; quedan excluidas las prótesis u órtesis internas o externas incluyendo pero no limitado a: prótesis dentales, audífonos, anteojos, muletas, férulas, nebulizadores, respiradores, etc.) en caso de procedimientos, cirugías u hospitalizaciones.
- Consultas a especialidades médicas no cubiertas.
- Interpretación de exámenes.
- Certificaciones médicas para ausencia escolar o laboral.
- Renovación de recetas médicas.

Límite geográfico de los servicios

La ASISTENCIA DE ENFERMERA A TITULAR O FAMILIAR se brindará acorde con la disponibilidad del afiliado y de LA EMPRESA. Siempre y cuando la infraestructura del lugar lo permita.

Los alcances del servicio son los siguientes:

- Lima Metropolitana: Callao y Balnearios:
- Por el Norte: hasta Ventanilla.
- Por el Sur: hasta Lurín
- Por el Este: hasta Cieneguilla
- Por el Oeste: La Punta 2. Provincias:

El radio de acción será de 40 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad:

- Arequipa
- Cuzco
- Trujillo
- Chimbote
- Piura

8. BENEFICIARIO(S):

Cobertura Principal	Beneficiario		
	Nombre	DOI	% DE PARTICIPACION
Muerte Natural	No especifica	-	-
Indemnización por cáncer	El Asegurado	-	100%
Coberturas Adicionales	Beneficiario		
	Nombre	DOI	% PARTICIPACION
Hospitalización por Cáncer	El Asegurado	-	100%

Si se designaron varios beneficiarios, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales. El Beneficiario en la cobertura de Indemnización por cáncer es el Asegurado o, en caso se produzca su fallecimiento antes del pago de la indemnización, serán sus herederos legales.

9. 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.**
- **Agravación del riesgo:** Durante el curso del contrato, sucedan hechos y/o circunstancias que agraven el riesgo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y que sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por LA COMPAÑÍA, en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría celebrado en condiciones más gravosas.
- **Asegurado:** Persona Natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza, que cumple con los requisitos de edad establecidos en la póliza, puede ser también el contratante del seguro.
- **Beneficiario:** Persona Natural o Persona Jurídica determinada en esta póliza simplificada que tiene derecho a cobrar la suma asegurada tras la ocurrencia del siniestro.
- **Cobertura:** Riesgo(s) cubierto(s) que se encuentran detallados en esta póliza simplificada.
- **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.
- **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.
- **Declaración personal de salud – DPS:** Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, respecto de su estado de salud. La Declaración Personal de Salud, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por La Compañía, pudiendo encontrarse como parte de la Póliza Simplificada.
- En caso se adjunte la DPS a esta póliza simplificada será utilizado por La Compañía únicamente, para conocer el estado del riesgo, en tal sentido, la declaración de alguna enfermedad en el cuestionario de salud no implica que La Compañía otorgará la cobertura en caso de que el siniestro se produzca como consecuencia de dicha enfermedad si ésta resulta preexistente a la contratación de la póliza, por el contrario, la misma será rechazada conforme a las condiciones del microseguro.
- **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.
- **Muerte Natural:** Fin de la vida del ASEGURADO a causa de una enfermedad, a excepción que sea producto de un accidente, tal como se define en este documento o se encuentre dentro de las exclusiones detalladas más adelante.
- **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 simplificada:** póliza de microseguro que ha sido contratada bajo la modalidad de seguro individual. Puede incorporar a la solicitud de seguro.
- **Prima Comercial:** Precio del seguro, que 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.
- **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.
- **Suma asegurada:** Monto máximo indicado en esta póliza simplificada que deberá pagar LA COMPAÑÍA a favor de EL BENEFICIARIO, en caso de siniestro, conforme a los límites indicados en la póliza.

10. 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.

11. EXCLUSIONES

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

- **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.
- Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.
- Cáncer de piel en cualquiera de sus tipos, a excepción de los Melanomas Malignos invasivos.

12. 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 esta póliza simplificada. LA COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de la prima devengada por el periodo anterior a la resolución 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, conforme a lo establecido más adelante en esta póliza.
3. Por presentar una 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 resolución procederá con el aviso a EL CONTRATANTE Y/O BENEFICIARIO. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la parte proporcional de la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta la solicitud de pago del siniestro fraudulenta. Dicha resolución se le informará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa, listada en esta póliza, para la solicitud de cobertura.
4. Por ejercicio de su derecho de arrepentimiento.
5. 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, a la otra parte con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución.
Si EL CONTRATANTE opta por la resolución, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. La prima por el tiempo no transcurrido, en caso aplique, se reembolsará en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios desde la solicitud de resolución del contrato comunicada por EL CONTRATANTE, sin gestión adicional alguna por parte de éste.
Se reembolsará la prima por el tiempo no transcurrido, según la forma de pago de la prima determinada anteriormente, en esta póliza.
6. Por revocación del consentimiento del ASEGURADO, en caso el ASEGURADO sea persona distinta al CONTRATANTE. La revocación surtirá efectos desde la fecha en que LA COMPAÑÍA haya recibido dicha comunicación por parte del ASEGURADO, enviada a través de los medios de comunicación pactados en la presente póliza, que permitan enviar la solicitud de forma escrita, y es a partir de ese momento en que se resuelve el seguro y cesan las coberturas.
7. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo por EL CONTRATANTE o ASEGURADO, 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. Si no le comunica oportunamente la agravación del riesgo, LA COMPAÑÍA tiene derecho a percibir la prima por el período de seguro en curso.
8. Con excepción del numeral 5, en el cual se describe su procedimiento, en los demás casos que corresponda, LA COMPAÑÍA devolverá a EL CONTRATANTE- sin gestión adicional alguna por parte de éste- la prima correspondiente al periodo no devengado, en caso de existir, según la forma de pago de la prima determinada en esta póliza, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios de resuelto el 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 anteriormente, en este documento.

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. La devolución se realizará -sin gestión adicional alguna por parte de éste- en un plazo de treinta (30) días desde que se declaró la nulidad. Salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del numeral 1 del presente literal c), 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.

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

13. AVISO DEL SINIESTRO, SOLICITUD Y PAGO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, EL CONTRATANTE, 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 tal efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta de EL COMERCIALIZADOR o podrá comunicarse con LA COMPAÑÍA por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

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 un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO deberá entregar a LA COMPAÑÍA o a EL COMERCIALIZADOR los siguientes documentos obligatorios¹ requeridos por LA COMPAÑÍA para solicitar el pago del siniestro.

● **Muerte Natural**

- 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.
- Partida o Acta de Defunción. (copia certificada que expide Reniec o certificación de reproducción notarial)
- Copia simple del DNI vigente de los beneficiarios o partida de nacimiento de los beneficiarios menores de edad (original que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial), en caso no tuvieran DNI vigente.
- Inscripción expedida por Registros Públicos del Testamento o declaratoria de herederos, o Sucesión intestada (original o certificación de reproducción notarial) del Asegurado, salvo que haya designado beneficiarios específicos durante la vigencia del seguro.

● **Indemnización por cáncer**

- Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica donde se evidencie el diagnóstico de cáncer o Informe Médico original en formato de LA COMPAÑÍA. Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado ha tratado el diagnóstico de la enfermedad.
- Informe Anatomopatológico histológico de biopsia Positivo realizado por el médico oncólogo tratante en original o certificación notarial. Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado ha tratado el diagnóstico de la enfermedad.

● **Hospitalización por cáncer**

- Informe médico de la institución médica o establecimiento hospitalario, en formato membretado, que indique las causas de la hospitalización, diagnóstico, tratamiento realizado, médico tratante, fechas de atención, centro de salud (original). Se obtiene en el centro médico donde el Asegurado ha tratado el diagnóstico de la enfermedad.

¹ 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 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.

El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente a EL ASEGURADO o beneficiario. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL ASEGURADO o beneficiario, según el caso, comunicándosele la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviándose al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en esta póliza.

14. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS

Los requerimientos y/o reclamos podrán ser presentados a LA COMPAÑÍA por teléfono, por correo electrónico, por carta física o a través de la página web. LA COMPAÑÍA dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.

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

CRECER SEGUROS S.A.

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, distrito de San Isidro, Lima
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe
- Página web: www.creceseguros.pe
- Teléfono: Lima (01) 417-4400 / Provincia: (0801) 17440

15. 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 –

- 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)

Defensoría del Asegurado

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

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: (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.

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, 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 y/o el BENEFICIARIO y/o EL CONTRATANTE. Las comunicaciones mediante llamada telefónica serán posibles, salvo que la ley establezca expresamente que la comunicación deba realizarse por escrito.

Las comunicaciones de LA COMPAÑÍA realizadas mediante envío físico al domicilio, al correo electrónico y/o a través de una llamada telefónica o cualquier otro medio, son válidas y debidamente notificadas, en tanto LA COMPAÑÍA mantenga una constancia del envío de 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 este documento.

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

17. RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La presente póliza según lo que pacten las partes podrá ser de renovación automática o facultativa.

En caso de renovación automática, aplicará lo siguiente para las partes:

El contrato de seguro se renovará automáticamente en las mismas condiciones pactadas en la fecha de su celebración al término de la vigencia establecida en este documento, 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 cualquiera de las partes por escrito con sesenta (60) días calendarios de anticipación a la fecha la renovación.

18. MODIFICACIONES CON OCASIÓN DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

Según lo dispuesto en este documento, esta póliza de microseguro se podrá renovar de forma automática o facultativa, según lo que pacten las partes.

En caso de renovación automática y cuando LA COMPAÑÍA considere necesario incorporar modificaciones con ocasión de la renovación de la póliza, deberá dirigir una comunicación escrita a EL CONTRATANTE, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato, detallando las modificaciones en caracteres destacados, la que se puede incluir como parte de la documentación enviada con la renovación.

El CONTRATANTE cuenta con un plazo no menor a treinta (30) días, previos al vencimiento del contrato, para manifestar su rechazo con la propuesta. Ante el silencio del contratante, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones de la renovación.

En caso de rechazo de EL CONTRATANTE a las modificaciones propuestas para la renovación, LA COMPAÑÍA podrá optar por no renovar la póliza.

En caso de renovación facultativa, si EL CONTRATANTE decide renovar la vigencia de su microseguro, será necesario que presente su solicitud 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 este documento y en caso 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 contrario, 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.

19. MODIFICACIÓN DE CONDICIONES DE LA PÓLIZA

Durante la vigencia del contrato, LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito 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.

20. 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 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.

21. 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.

22. 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.

23. PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de diez años desde que ocurrió el siniestro. En los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento de una persona, el plazo de prescripción para el BENEFICIARIO se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

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.

24. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

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 esta póliza.

Si la declaración inexacta o reticente no obedece a dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO 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, comunicándose a EL CONTRATANTE dentro de los treinta (30) días siguientes a los diez (10) días antes mencionados. Corresponde a LA COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que efectuó la resolución.
2. Si ha ocurrido algún siniestro: LA COMPAÑÍA reducirá el monto del pago del siniestro en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la prima que se debió aplicar si se hubiera conocido el verdadero estado del riesgo declarado.

25. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Crecer Seguros con RUC N° 20600098633, situado en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro (en lo sucesivo, la Compañía), en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, ha adoptado las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para la protección de los datos personales proporcionados a la Compañía, entendiéndose por estos a la información que permita identificarte o hacerte identificable a través de cualquier medio que razonablemente pueda emplearse, incluyendo aquellos que tengan la categoría de sensibles (en lo sucesivo, “Los Datos”). “Los Datos” serán tratados por la Compañía para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios contratados, lo cual implicará la prestación de los servicios que a continuación se listan, los mismos que ante determinados supuestos resultarán necesarios para la ejecución del contrato que ha suscrito y que podrán ser brindados por terceras empresas domiciliadas en territorio nacional o extranjero, cuya relación consta en el enlace “Nuestros proveedores”^[1] situado en nuestra página Web, las cuales deberán ceñirse a las condiciones de seguridad y confidencialidad establecidas por la Compañía:

Centros de contacto telefónico	Atención médica
Notariales	Telecomunicaciones
Mensajería	Consultoría legal
Seguridad	Asistencia
Archivo y custodia de documentos	Plataformas tecnológicas
Auditoría y consultoría	Procesamiento de datos

Según corresponda, “Los Datos” serán almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” o “Potenciales Clientes” con códigos de registro nro. 09285 y 09291, respectivamente, mientras dure la relación contractual y en observancia del plazo de conservación de documentos aplicable a las empresas del sistema de seguros²; posteriormente, en tanto hayas brindado tu consentimiento, serán conservados y utilizados para la realización de prácticas comerciales hasta que optes por revocarlo. Podrás ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud escrita en nuestra oficina ubicada en Av. Jorge Basadre Nro. 310 (piso 2) – San Isidro o completando el formulario³ que consta en nuestro portal Web.

[1] <https://www.creceseguros.pe/wp-content/uploads/2019/11/politica-de-datos.pdf>

² **Ley Nro. 26702 – Ley General del Sistema Financiero y Sistema de Seguros**

Artículo 183°.- Plazo de conservación de documentos Las empresas del sistema financiero están obligadas a conservar sus libros y documentos por un plazo no menor de diez (10) años.

³ <http://portal.creceseguros.pe/Home/Consulta>

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

- I. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para el ofrecimiento de productos y servicios de seguros, pudiendo remitirte publicidad, comunicaciones e información relacionada a los mismos a través de sus diferentes canales, inclusive mediante los socios comerciales listados en la opción “Nuestros proveedores” de su portal Web.

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

- II. Autorizo en forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca a la Compañía a realizar el tratamiento de “Los Datos” para compartirlos, entregarlos, trasladarlos y/o transferirlos a las empresas que conforman su grupo económico⁴, con el fin de que me ofrezcan sus productos y/o servicios financieros

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

El otorgamiento de la autorización para el uso de “Los Datos” para las finalidades descritas en la sección denominada “Consentimiento para el tratamiento de datos personales” es opcional, por lo que, de no brindar tu aceptación, la Compañía solo podrá emplear “Los Datos” para la ejecución del contrato celebrado. Tratándose de la comercialización mediante el uso de sistemas a distancia –por ejemplo: telefonía, internet u otros similares– los consentimientos para el empleo de datos personales con fines comerciales se recopilarán a través de estos mismos canales.

En atención al principio de proporcionalidad, la información requerida por la Compañía siempre resultará imprescindible para cumplir con la finalidad que ameritó la recopilación de “Los Datos”; en este sentido, de no proporcionarlos, la Compañía no podrá prestar el producto y/o servicio solicitado.

Para conocer el resto de las condiciones de tratamiento de información podrá revisar nuestra política de privacidad publicada en www.creceseguros.pe.

⁴ EMPRESA

DIRECCIÓN

Banco Pichincha

Av. Ricardo Palma Nro. 278 – Miraflores

Diners Club Perú S.A.

Av. Canaval y Moreyra Nro. 535 – San Isidro

26. PRIMA, FORMA DE PAGO Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO:

	Plan XX
PRIMA COMERCIAL	S/ XX
PRIMA COMERCIAL + IGV	S/ XX

La prima incluye:	Plan XXX
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor	XX% de la prima neta – J0045
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	XX% de la prima neta

Frecuencia de pago: Sera de acuerdo al plan contratado; Plan Mensual (periodicidad de pago de prima mensual): Plan Anual (periodicidad de prima anual) y Plan Único (prima única que se cobra de forma adelantada por toda la vigencia de la póliza)

Lugar y forma de pago: Pagada a través del Comercializador.

Bonificaciones/ Premios/ Incentivos aplicados a la Prima (en caso corresponda): No aplica.

Gastos administrativos: No aplica.

Distribución de la prima comercial por coberturas:

Coberturas Principales	Monto o porcentaje
Muerte Natural	99.27%
Indemnización por cáncer	0.69%
Cláusulas Adicionales (se indicarán las cláusulas contratadas por el asegurado)	Monto o porcentaje
Hospitalización por Cáncer	0.04%

La prima es la contraprestación a cargo de EL CONTRATANTE, por la(s) cobertura(s) que presta LA COMPANÍA. Se deberá pagar la prima según el monto, frecuencia, lugar y forma de pago indicados anteriormente. De igual forma, LA COMPANÍA 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 señale en este documento. Todo pago que se haga al COMERCIALIZADOR se entiende como recibido por LA COMPANÍA.

En caso de incumplimiento de pago de la prima de seguro, se le otorga un período de gracia de 90 días contados desde la fecha de vencimiento. Transcurrido el período de gracia antes señalado, esta Póliza de Microseguro quedará resuelta automáticamente sin necesidad de comunicación escrita. Durante el período de gracia la cobertura de la póliza permanecerá vigente. Si a la fecha del siniestro hubiera prima pendiente de pago serán solidariamente responsables del pago de la prima pendiente el Asegurado y el(los) Beneficiario(s).

27. DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

Nombre o Razón social	XXXXXX
Tipo de documento de identidad	XXXXXX
Número de documento de Identidad o RUC	XXXXXX
Domicilio	XXXXXX
Distrito	XXXXXX
Provincia	XXXXXX
Departamento	XXXXXX
Correo electrónico	XXXXXX

28. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

N° Póliza	XXXXXX
Ramo	80. Vida Individual de corto plazo
Moneda	Soles
Fecha de emisión de la póliza	__ / __ / __
Inicio de Vigencia	Desde: __ / __ / __
Fin de Vigencia	Hasta: __ / __ / __ o en la fecha que el asegurado alcance la edad máxima de permanencia o en caso ocurra un evento de siniestro, lo que ocurra primero.
Renovación	XXXXXX

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.

Declaro que he tomado conocimiento de todas las condiciones aplicables a la presente póliza, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que las mismas se encuentran a mi disposición en la página web: www.creceseguros.pe

Fecha de emisión: _____

 Gerente Comercial	
LA COMPANÍA	EL CONTRATANTE/ EL ASEGURADO

MICROSEGURO ONCOLÓGICO INDEMNIZATORIO

Cláusula Adicional - Hospitalización por cáncer

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA emite la presente Cláusula Adicional que constituye parte integrante de la Póliza Simplificada. Lo que no esté explícitamente señalado en el presente documento, se regirá por lo estipulado en la Póliza Simplificada.

La presente Cláusula Adicional amplía los términos de la Póliza en lo siguiente:

1. DEFINICIONES

Establecimiento Hospitalario: Establecimiento de Salud que cuente con las instalaciones y las autorizaciones pertinentes para el internamiento de los pacientes para pernoctar en él.

2. COBERTURA

LA COMPAÑÍA otorgará la suma asegurada determinada en la Póliza Simplificada cuando el Asegurado deba ser internado en un establecimiento hospitalario, como consecuencia de un cáncer cubierto por la presente Póliza.

Solo se cubre el número de internamientos y máximo de días de internamiento señalados en la póliza simplificada.

3. BENEFICIARIO

Para efectos de la presente Cláusula Adicional, el beneficiario es el Asegurado.

4. DOCUMENTOS DE SINIESTRO

Para solicitar el pago del siniestro por la presente Cláusula Adicional, se deberá presentar en cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR los siguientes documentos obligatorios:

- a. **Informe Médico de la Institución Médica o establecimiento hospitalario, en formato membretado, que indique las causas de la hospitalización, diagnóstico, tratamiento realizado, médico tratante, fechas de atención, centro de salud (original). Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado ha tratado el diagnóstico de la enfermedad.**

Para las demás condiciones de aviso de siniestro, procedimiento para solicitar la cobertura y pago de siniestro se regirá bajo lo establecido en la Póliza Simplificada.

5. EXCLUSIONES

La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas en la Póliza Simplificada.

6. PRIMA

La suscripción de la presente Cláusula Adicional implica un recargo en la prima, que se refleja en la prima comercial consignada en la póliza simplificada.

7. FIN DE VIGENCIA

La sola ocurrencia del evento asegurado por esta cobertura adicional no aplica como fin de vigencia del seguro.

MICROSEGURO ONCOLÓGICO INDEMNIZATORIO

Preguntas Frecuentes

¿Qué hacer en caso de presentar un reclamo o requerimiento?

Los requerimientos y/o reclamos podrán ser presentados a los canales de atención de CRECER SEGUROS Y FINANCIERA CONFIANZA, el cual se dará respuesta a estas comunicaciones en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde su recepción.

CRECER SEGUROS S.A.

- Dirección: Av. Jorge Basadre 310, distrito de San Isidro, Lima
- Correo electrónico: gestionalcliente@crecerseguros.pe
- Página web: www.creceseguros.pe
- Teléfono: Lima (01) 417-4400 / Provincia: (0801) 17440

FINANCIERA CONFIANZA S.A.A.

- Dirección: Calle Las Begonias 441 Interior 238C y red de oficinas a nivel nacional.
- Página web: www.confianza.pe
- Teléfono: (01) 208-9080 Anexo 4587, de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 3.00 p.m. a 7:00 p.m., excepto feriados.

¿Cómo solicito el cambio de declaración de Beneficiarios?

El Asegurado podrá solicitar el cambio a través del buzón de gestión al cliente de Crecer Seguros al correo: gestionalcliente@crecerseguros.pe, el cual se deberá adjuntar el "Formulario para cambio de Beneficiarios" firmado con una copia simple del DOI del asegurado, será registrado y modificado en el sistema de la aseguradora. Para más información podrá llamar a los teléfonos de Crecer Seguros desde Lima al (01) 417-4400 o en el caso de provincias al 0801-17440 y marcar la opción 9.

¿Qué hacer en caso de presentarse un siniestro?

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO deberá entregar a CRECER SEGUROS o a FINANCIERA CONFIANZA los documentos obligatorios completos indicados en la Póliza para solicitar el pago del siniestro.

Recibida la solicitud, Crecer Seguros procederá con la evaluación de la documentación presentada, en este supuesto, se emitirá un pronunciamiento en un plazo máximo de veinte (20) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa.

*Tener en cuenta que esta hoja es informativa y no es parte de la Póliza Simplificada de este microseguro.