

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional -Pensión Educativa por Invalidez Total y Permanente del Responsable del Pago de la Pensión Educativa

Creceer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante La Compañía emite la presente Cláusula Adicional que constituye parte integrante de la Póliza. Lo que no esté señalado en el presente documento, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

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

1. COBERTURA

La Compañía indemnizará a los Beneficiarios, el monto correspondiente a la pensión educativa por los meses que le resten al Asegurado para la finalización del año de estudio lectivo en la Institución Educativa del Asegurado de la Póliza, o hasta el máximo de XX (XX) indicado en las Condiciones Particulares, de ser el caso, después de acreditarse la invalidez total y permanente por Accidente del Responsable del pago de la Pensión Educativa del Asegurado.

Se considera una Invalidez Total y Permanente a lo siguiente:

- **Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al responsable del pago de la pensión estudiantil del Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida**
- **Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente**
- **Pérdida total de los ojos**
- **Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos**
- **Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies**
- **Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna**
- **Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie**

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

El Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, calificado en condición de Invalidez Total y Permanente es aquel definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo y que requiera indispensablemente del auxilio de otra persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales para la vida.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente cláusula, el Beneficiario será el Contratante, siempre y cuando el Asegurado continúe estudiando en la Institución Educativa de forma ininterrumpida, por el periodo de la cobertura.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro. Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico gestionalcliente@crecerseguros.pe.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, La Compañía podrá reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro. Si el incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro obedece a culpa inexcusable del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro 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.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos:

1. Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por el Ministerio de Salud o los Servicios de Seguridad Social o la COMAFP (Comisión médica de las AFP) y/o COMEC (Comisión médica de la SBS). (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
2. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial completo, en caso corresponda
3. Copia Certificada del Resultado de dosaje etílico y toxicológico del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, en caso corresponda.
4. Boleta de pensión estudiantil del Asegurado, al inicio de vigencia de la cláusula adicional y al momento de ocurrencia del siniestro, a fin de acreditar que el Asegurado se encuentra estudiando. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
5. Malla curricular de estudios a fin de determinar cuándo culmina el ciclo o año lectivo. (Copia Simple)

Una vez que el Contratante, Asegurado o Beneficiario(s) hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales, como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos relacionados a la documentación e información presentada por el Beneficiario(s), deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la

evaluación del Siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Responsable de la Pensión Educativa, cuya vida y/o integridad física es objeto de alguna de las coberturas del presente Contrato de Seguro, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, siempre que sea necesaria para la evaluación de su cobertura.

En caso la Compañía no se pronuncie dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente cláusula adicional.

4. PRIMA

La suscripción de la presente Cláusula Adicional implica un recargo en la prima, que se refleja en la prima comercial consignada en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado.

5. EXCLUSIONES

La Compañía no brindará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y en la Solicitud-Certificado del Seguro.

6. SUSPENSIÓN Y/O TERMINACIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

La cobertura de la presente Cláusula terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Cuando el Asegurado deja de estudiar en forma ininterrumpida por su propia voluntad, durante la vigencia de la Póliza.**
- b) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.**
- c) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.**
- d) La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional se suspenderá y/o terminará en la fecha en que se suspenda y/o termine la Cobertura Principal, cualquiera que sea la causa, por lo tanto su vigencia dependerá de la vigencia de la Póliza.**