

Seguro Desgravamen Saldo

Cláusula Adicional de Intereses Adeudados

Crecer 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. DEFINICIONES

Intereses: Los compensatorios y moratorios generados y adeudados hasta el día de la ocurrencia del siniestro.

Invalidez Total Permanente (ITP) por accidente o por enfermedad: Se entiende como tal a las situaciones definidas en el Artículo 5 de las Condiciones Generales de presente Póliza.

2. COBERTURA

Intereses compensatorios y moratorios: En caso de ITP por accidente o por enfermedad, o de muerte natural o accidental del Asegurado, LA COMPAÑÍA indemnizará al Beneficiario señalado en esta cláusula con el importe de los intereses adeudados por el Asegurado hasta la fecha de ocurrencia de la muerte o emisión del dictamen o certificado de invalidez.

3. BENEFICIARIO

Para efectos de la presente Cláusula Adicional, el beneficiario siempre será el indicado en la Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro

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 adicionales a los requeridos para ITP por enfermedad o por accidente, o para muerte natural o accidental (según corresponda):

a) Estado de cuenta del saldo insoluto, incluyendo intereses compensatorios y moratorios, adeudados a la fecha de ocurrencia de la muerte o la fecha de emisión del dictamen o certificado de invalidez total permanente, emitido por la Entidad titular del derecho del crédito (original).

Para las demás condiciones de aviso de siniestro y procedimiento para solicitar la cobertura se regirá bajo lo establecido en el artículo 16 del Condicionado General.

5. EXCLUSIONES

La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y en el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

6. 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 el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

Cláusula Adicional de Incapacidad Total Temporal por Enfermedad

Crecer 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. DEFINICIONES

Incapacidad Total Temporal (ITT) por Enfermedad: Consiste en la pérdida o disminución de las funciones físicas o intelectuales del Asegurado ocasionada por una enfermedad, que le impide ejecutar las tareas propias de su profesión, oficio o actividad económica, y que sea dictaminada por un médico especialista y certificado en la materia de una Entidad de Salud; siendo requisito que la incapacidad declarada haya sido ininterrumpida, según las condiciones establecidas en la COBERTURA

El descanso médico, que dictamina esta condición, debe ser recetado por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud como parte del tratamiento que recibe el Asegurado para su recuperación. Es así que su certificación es la consecuencia de un acto médico, realizado de acuerdo con las normas legales peruanas y se considera como una prescripción médica. Esta incapacidad implica que, si el Asegurado continúa con sus actividades profesionales normales, repercutiría negativamente sobre la evolución favorable de su condición, tratamiento y recuperación.

2. COBERTURA

Incapacidad Total Temporal (ITT) por Enfermedad:

Para efectos de la presente Cláusula Adicional, se considerará ITT por enfermedad, cuando se configuren las siguientes condiciones (i) El Asegurado debe haber sido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de una institución hospitalaria o centro de salud por XXX días o más (ii) el descanso médico por ITT por enfermedad del Asegurado debe ser mayor a XXX días (incluidos los días de permanencia en UCI, dado que la hospitalización y descanso médico deben ser continuos), y (iii) El descanso médico debe ser en todos los casos ininterrumpido, es decir, no se acumulan días por diferentes certificados médicos.

En caso, de no cumplirse una o más de las condiciones antes señaladas, el Asegurado no podrá acceder a esta cobertura

De configurarse las condiciones antes indicadas, LA COMPAÑÍA indemnizará por ITT por Enfermedad del Asegurado, hasta XXX cuotas fijas mensuales del crédito vigente con la Entidad Contratante que se generen desde la fecha de otorgamiento del descanso médico por ITT por Enfermedad.

Para la realización del pago de cada cuota posterior a la primera cuota, el Asegurado deberá enviar a LA COMPAÑÍA:

- Certificado Médico (original, en formato oficial del Colegio Médico del Perú) que acredite mantiene su ITT por enfermedad, firmado por el médico tratante.

- El descanso médico (original, en formato oficial del Colegio Médico del Perú) deberá ser por XXX consecutivos, desde el último descanso médico presentado, desde que se configuró la ITT por enfermedad, firmado por el médico tratante

Se considerará como fecha de configuración de la ITT por enfermedad, aquella indicada en el certificado médico en el que se detalla la dolencia, periodo de incapacidad y justificación médica de la incapacidad, incluidos, los días de hospitalización del Asegurado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de una institución hospitalaria o centro de salud.

Se cubrirán XXX eventos durante la vigencia del seguro. Para aquellos casos en los que se cubran varios eventos, deberá haber transcurrido un plazo de XXX meses desde el término de la ITT por enfermedad ya indemnizada, para que se pueda volver a solicitar el pago de la cobertura. Además, para hacer uso nuevamente de la cobertura de ITT por enfermedad, esta deberá ser ocasionada por una enfermedad distinta y no relacionada con enfermedades que hayan producido ITT anteriormente cubiertas.

3. BENEFICIARIO

Para efectos de la presente Cláusula Adicional, el beneficiario será el señalado en la Solicitud, Solicitud-Certificado o Certificado de seguro.

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:

- a. Cronograma de pagos con el detalle de las cuotas mensuales del crédito vigente y sus fechas de pago correspondientes, emitido por la Entidad Titular del derecho del crédito (original).
- b. Certificado Médico en formato oficial del Colegio Médico del Perú que indique causas de la incapacidad, diagnóstico, tratamiento realizado, médico tratante, fecha ingreso y número de días de permanencia en UCI y centro de salud (original). Se expide en el Centro Médico donde el Asegurado se ha tratado y debe estar autorizado por un médico facultado legalmente para el ejercicio de la profesión en la especialidad que corresponda al diagnóstico.
- c. Certificado Médico en formato oficial del Colegio Médico del Perú que indique los días de descanso médico del ASEGURADO, conforme lo requerido en la cobertura (original). Se expide en el Centro Médico donde el Asegurado se ha tratado y debe estar autorizados por un médico facultado legalmente para el ejercicio de la profesión en la especialidad que corresponda al diagnóstico.
- d. Informe de Evaluación Médica, según el formato de Crecer Seguros (original).

Para las demás condiciones de aviso de siniestro y procedimiento para solicitar la cobertura se regirá bajo lo establecido en el artículo 16 del Condicionado General.

5. EXCLUSIONES

La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y en el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

6. 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 el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

7. FIN DE VIGENCIA

La sola ocurrencia de un evento asegurado por esta cobertura adicional no aplica como fin de vigencia del seguro. Esto no impide que el seguro efectivamente finalice, si la indemnización otorgada por la presente cobertura, cancela totalmente el crédito suscrito por el Asegurado con el Contratante.

Cláusula Adicional de Incapacidad Total Temporal por Accidente

Crecer 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. DEFINICIONES

Incapacidad Total Temporal (ITT) por Accidente: Consiste en la pérdida o disminución de las funciones físicas o intelectuales del Asegurado ocasionada por un accidente, que le impide ejecutar las tareas propias de su profesión, oficio o actividad económica. Esta condición requiere de descanso médico recetado inmediatamente de ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud como parte del tratamiento que recibe el Asegurado para su recuperación. Es así que su certificación es la consecuencia de un acto médico, realizado de acuerdo con las normas legales peruanas y se considera como una prescripción médica. Esta incapacidad implica que si el Asegurado continúa con sus actividades profesionales normales, repercutiría negativamente sobre la evolución favorable de su condición, tratamiento y recuperación.

Para efectos de la presente Cláusula Adicional, se sumaran los días de hospitalización (incluida permanencia en Unidad de Emergencias). El descanso médico debe ser en todos los casos ininterrumpido.

Se consideran ITT por accidente, las situaciones antes descritas que impliquen un descanso médico superior a XXX días.

2. COBERTURA

Incapacidad Total Temporal (ITT) por Accidente: En caso de ITT por accidente del Asegurado, LA COMPAÑÍA indemnizará hasta XXX cuotas fijas mensuales del crédito vigente con la Entidad Contratante, que se generen desde la fecha de otorgamiento del descanso médico por ITT por accidente.

Para la realización del pago de cada cuota posterior a la primera cuota, el Asegurado deberá enviar a LA COMPAÑÍA, un Certificado Médico donde se detalle su estado de salud, considerando que a partir de la primera cuota, las siguientes se pagarán por cada XXX días consecutivos de descanso médico.

Se cubrirán XXX eventos durante la vigencia del seguro. Para aquellos casos en los que se cubran varios eventos, deberá haber transcurrido un plazo de XXX meses desde el término de la ITT por accidente ya indemnizada, para que se pueda volver a solicitar el pago de la cobertura. Además, para hacer uso nuevamente de la cobertura de IIT por accidente, esta deberá ser ocasionada por un evento distinto y no relacionado con eventos anteriormente cubiertos.

Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la Incapacidad Total Temporal sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente y que se origine dentro de XXX meses siguientes a la ocurrencia del Accidente.

3. BENEFICIARIO

Para efectos de la presente Cláusula Adicional, el beneficiario será el señalado en la Solicitud, Solicitud-Certificado o Certificado de seguro.

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:

- a) Cronograma de pagos con el detalle de las cuotas mensuales del crédito vigente y sus fechas de pago correspondientes, emitido por la Entidad Titular del derecho del crédito (original).
- b) Certificado Médico en formato oficial que indique causas de la incapacidad, diagnóstico, tratamiento realizado, médico tratante, fechas de atención por emergencia o consulta médica, centro de salud y días de reposo (original).
- c) Informe de Evaluación Médica, según el formato de Crecer Seguros (original).
- d) Atestado Policial Completo (copia simple), en caso de accidente de tránsito.
- e) Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico del asegurado conductor del vehículo (copia simple - puede estar incluido en el Atestado policial), en de accidente de tránsito, cuando corresponda.

Para las demás condiciones de aviso de siniestro y procedimiento para solicitar la cobertura se regirá bajo lo establecido en el artículo 16 del Condicionado General.

5. EXCLUSIONES

La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y en el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

6. 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 el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

7. FIN DE VIGENCIA

La sola ocurrencia de un evento asegurado por esta cobertura adicional, no aplica como fin de vigencia del seguro. Esto no impide que el seguro efectivamente finalice, si la indemnización otorgada por la presente cobertura, cancela totalmente el crédito suscrito por el Asegurado con el Contratante.

Cláusula Adicional Hijo Póstumo

Crecer 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. DEFINICIONES

Hijo Póstumo: Hijo del Asegurado nacido de su cónyuge o conviviente con posterioridad al fallecimiento del Asegurado.

Conviviente: Conviviente del Asegurado, con el cual haya constituido una unión de hecho, voluntariamente realizada y mantenida por un varón y una mujer, libres de impedimento matrimonial, para alcanzar finalidades y cumplir deberes semejantes a los del matrimonio, que tenga una duración de por lo menos dos años continuos y cuyo reconocimiento esté inscrito en el Registro Personal de la Oficina Registral que corresponda al domicilio de los convivientes.

2. COBERTURA

Hijo Póstumo: En caso de que el hijo póstumo del Asegurado nazca dentro de un periodo de siete (7) meses desde la fecha de fallecimiento del Asegurado, LA COMPAÑÍA indemnizará al beneficiario del seguro con la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares, Solicitud y/o Solicitud-certificado. El hijo debe estar vivo a la fecha de solicitud de cobertura. Esta cobertura podrá ser solicitada a raíz de un solo evento ocurrido durante la vigencia del seguro.

3. BENEFICIARIO

Para efectos de la presente Cláusula Adicional, el beneficiario es la madre del hijo póstumo.

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:

- a) **Documentos obligatorios de la cobertura básica de muerte natural o accidental del Asegurado, según corresponda.**
- b) **Acta o Partida de nacimiento del hijo póstumo (copia certificada que expide el RENIEC o certificación de reproducción notarial).**
- c) **DNI del hijo póstumo (copia simple).**
- d) **Documento de identidad de la esposa o conviviente del Asegurado (copia simple).**
- e) **Partida o Acta de Matrimonio (copia certificada expedida por el RENIEC o certificación de reproducción notarial) o Copia certificada de la Partida Registral donde conste inscrita la unión de hecho en el Registro Personal de la Oficina Registral que corresponda al domicilio de los convivientes (original).**
- f) **Informe médico indicando el estado de embarazo de la Esposa o conviviente del Asegurado a la fecha de fallecimiento de este (original).**

Para las demás condiciones de aviso de siniestro y procedimiento para solicitar la cobertura se regirá bajo lo establecido en el artículo 16 del Condicionado General.

5. EXCLUSIONES

La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y en el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

6. 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 el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

7. FIN DE VIGENCIA

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

Quemaduras Graves

Crecer 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

Adelanto de Suma Asegurada por Quemaduras Graves: En caso de que el Asegurado sufra quemaduras de tercer grado que le ocasionen la destrucción total y permanente de por lo menos 25% de la superficie corporal del asegurado (espesor completo de la piel) como consecuencia de un accidente, LA COMPAÑÍA indemnizará al BENEFICIARIO otorgándole un adelanto de la indemnización que se le pagaría si ocurriese alguno de los siniestros cubiertos por las coberturas principales de esta póliza, hasta un tope máximo de XXX.

La indemnización por esta cláusula representa un adelanto de la suma asegurada. Por lo tanto, una vez ocurrido el siniestro, LA COMPAÑÍA descontará el monto adelantado, de la suma asegurada de las coberturas principales del seguro.

Esta cobertura es excluyente con la Cláusula Adicional de Adelanto de Suma Asegurada por Hospitalización por Accidente Grave, siempre que se haya contratado la misma. Si se han suscrito la presente Cláusula y la anteriormente mencionada, ante la ocurrencia de un siniestro que pueda ser objeto de cobertura por cualquiera de ellas, se deberá solicitar primero la cobertura de Adelanto de Suma Asegurada por Hospitalización por Accidente Grave. De proceder el pago de la indemnización, ya no podrá solicitarse cobertura del mismo siniestro en virtud de la presente Cláusula Adicional.

Solo se cubrirá un siniestro por cada Solicitud de Seguro o Solicitud-Certificado.

2. BENEFICIARIO

Para efectos de la presente Cláusula Adicional, el beneficiario será el indicado en la Solicitud, Solicitud - Certificado o Certificado de Seguro.

3. DOCUMENTOS DE SINIESTRO

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

- a) Certificado Médico en formato oficial, emitido por un médico colegiado (original).
- b) Informe médico indicando origen, diagnóstico, grado de quemadura, zona afectada, extensión de la quemadura (indicando el porcentaje de superficie corporal afectada), e inicio de tratamiento (original o certificación de reproducción notarial).
- c) Saldo insoluto del capital a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE entidad titular del crédito (original o copia simple).

Para las demás condiciones de aviso de siniestro y procedimiento para solicitar la cobertura se regirá bajo lo establecido en el artículo 16 del Condicionado General.

4. EXCLUSIONES

La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y en el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

5. 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 el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

6. FIN DE VIGENCIA

La sola ocurrencia del evento asegurado por esta cobertura adicional, no aplica como fin de vigencia del seguro. Esto no impide que el seguro efectivamente finalice, si la indemnización otorgada por la presente cobertura, cancela totalmente el crédito suscrito por el Asegurado con el Contratante.

Cláusula Adicional de Adelanto de Suma Asegurada por Hospitalización por Accidente Grave

Crecer 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 explícitamente 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. DEFINICIONES

Accidente Grave: Se entiende por Accidente Grave a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes, que le impidan el desplazamiento por sus propios medios. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

2. COBERTURA

Adelanto de Suma Asegurada por Hospitalización por Accidente Grave: En caso de que el Asegurado sufra un accidente grave por el que deba ser internado en un establecimiento hospitalario, por cualquier causa derivada de dicho accidente, LA COMPAÑÍA indemnizará al beneficiario principal del seguro, otorgándole un adelanto de la indemnización que se le pagaría si ocurriese alguno de los siniestros cubiertos por las coberturas principales de esta póliza, hasta un tope máximo de XXX. Además, para que esta cobertura sea efectiva, el plazo mínimo de hospitalización debe ser de X días calendario de manera continua e ininterrumpida, de los cuales, por lo menos X días deben haber correspondido a hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

La indemnización por esta cláusula representa un adelanto de la suma asegurada de la cobertura principal de esta póliza. Por lo tanto, LA COMPAÑÍA descontará el monto adelantado de la suma asegurada de las coberturas principales del seguro.

Esta cobertura es excluyente con la Cláusula Adicional de Adelanto de Suma Asegurada por Quemaduras Graves y con la Cláusula Adicional de Incapacidad Total Temporal por Accidente, en caso estas hayan sido contratadas. Si se han suscrito las Cláusulas anteriormente mencionada, ante la ocurrencia de un siniestro que pueda ser objeto de cobertura por cualquiera de ellas, se deberá solicitar primero la cobertura de Adelanto de Suma Asegurada por Hospitalización por Accidente Grave. De proceder el pago de la indemnización, ya no podrá solicitarse cobertura del mismo siniestro en virtud de la Cláusula Adicional de Adelanto de Suma Asegurada por Quemaduras Graves, ni en virtud de la Cláusula Adicional de Incapacidad Total Temporal por Accidente.

Solo se cubrirá un siniestro por Solicitud de Seguros o Solicitud-Certificado.

Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la hospitalización sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente grave y que se llevó a cabo a más tardar dentro de XXX días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente grave.

3. BENEFICIARIO

Para efectos de la presente Cláusula Adicional, el beneficiario es el indicado en la Solicitud, Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro.

4. DOCUMENTOS DE SINIESTRO

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

- a) Atestado Policial Completo, siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente (copia simple).
- b) Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico, únicamente en caso de accidente de tránsito (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial).
- c) Boleta o Factura del centro de salud privado o público, que indique el nombre completo del Asegurado, período y motivo de hospitalización (original).
- d) Certificado Médico en formato oficial, que indique diagnóstico, tratamiento realizado, médico tratante, fecha ingreso, número de días de permanencia en UCI y centro de salud (original).
- e) Saldo insoluto del capital a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE titular del crédito (original o copia simple).

Para las demás condiciones de aviso de siniestro y procedimiento para solicitar la cobertura se registrará bajo lo establecido en el artículo 16 del Condicionado General.

5. EXCLUSIONES

La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y en el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

6. 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 el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

7. FIN DE VIGENCIA

La sola ocurrencia del evento asegurado por esta cobertura adicional no aplica como fin de vigencia del seguro. Esto no impide que el seguro efectivamente finalice, si la indemnización otorgada por la presente cobertura, cancela totalmente el crédito suscrito por el Asegurado con el Contratante.

Cláusula Adicional de Desamparo Súbito Familiar

Crecer 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. DEFINICIONES

Desamparo Súbito Familiar: Situación en la que queda un menor de edad o mayor de edad que sea incapacitado de manera total y permanente, cuando sus dos padres fallecen como consecuencia del mismo accidente. Ambos fallecimientos se deben producir dentro de un periodo de noventa (90) días contados desde la fecha del accidente.

Conviviente: Conviviente del Asegurado, con el cual haya constituido una unión de hecho, voluntariamente realizada y mantenida por un varón y una mujer, libres de impedimento matrimonial, para alcanzar finalidades y cumplir deberes semejantes a los del matrimonio, que tenga una duración de por lo menos dos años continuos y cuyo reconocimiento esté inscrito en el Registro Personal de la Oficina Registral que corresponda al domicilio de los convivientes.

2. COBERTURA

Desamparo Súbito Familiar: En caso de fallecimiento del Asegurado y su cónyuge o conviviente como consecuencia de un mismo accidente, se otorgará un pago adicional a los hijos menores de edad y a los hijos mayores de edad incapacitados de manera total y permanente que queden en situación de desamparo. Dicho pago adicional señalado en el Condicionado Particular, Certificado o Solicitud - Certificado, será otorgado una sola vez por cada Solicitud de Seguro o Solicitud-Certificado. La Suma Asegurada se reparte en partes iguales entre los hijos del Asegurado que queden en situación de desamparo.

3. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cláusula Adicional, los beneficiarios son los hijos menores de edad del Asegurado y su cónyuge o conviviente, ambos fallecidos, así como, sus hijos mayores de edad con incapacidad total y permanente, en caso corresponda.

4. DOCUMENTOS DE SINIESTRO

Para solicitar el pago del siniestro por la presente Cobertura Adicional, se deberá presentar en cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR los siguientes documentos, adicionales a los requeridos para el pago de la Cobertura Básica de Muerte Accidental:

- a. Partida o Acta de Defunción del cónyuge o conviviente del asegurado (original o copia simple).
- b) Certificado Médico de Defunción del cónyuge o conviviente del asegurado (original o certificación de reproducción notarial).
- c) Certificado de Necropsia del cónyuge o conviviente del asegurado, siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente (original o certificación de reproducción notarial).
- d) Protocolo de Necropsia del cónyuge o conviviente del asegurado, siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente (copia simple).
- e) Acta de Sucesión Intestada o la Resolución Judicial de Declaratoria de herederos o el Testamento del asegurado.

- f) Partida de nacimiento del beneficiario, y/o documento donde conste la afiliación del beneficiario con el Asegurado y con su cónyuge o conviviente.
- g) Carné de discapacidad vigente, en caso el beneficiario sea mayor de edad.
- h) Acta de Matrimonio (copia RENIEC) o Constancia registral de inscripción de la unión de hecho en el Registro Personal de la Oficina Registral que corresponda al domicilio de los convivientes (en caso de convivencia).

Para las demás condiciones de aviso de siniestro y procedimiento para solicitar la cobertura se regirá bajo lo establecido en el artículo 16 del Condicionado General.

5. EXCLUSIONES

La Compañía no pagará el siniestro cuando éste ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y en el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

6. 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 el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

7. FIN DE VIGENCIA

La ocurrencia de un evento asegurado por esta cobertura adicional configura el fin de vigencia del seguro, dado que conlleva la muerte del Asegurado.

Cláusula Adicional de Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal por Enfermedad y/o Accidente

Crecer 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. DEFINICIONES:

1.1. Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y violentos que ocasione daños al ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones. NO SE CONSIDERA COMO ACCIDENTES LO LLAMADOS "ACCIDENTES MÉDICOS" ES DECIR AQUELLOS QUE SON CONSECUENCIA DE ATAQUES CARDIACOS, EPILÉPTICOS, ENFERMEDADES VASCULARES, TRASTORNOS MENTALES, DESVANECIMIENTOS O SONAMBULISMO QUE SUFRA EL ASEGURADO O POR MALA PRÁCTICA MÉDICA.

1.2. Antigüedad Laboral: Es el periodo de tiempo estipulado en la Solicitud, en el Certificado de Seguro y/o en la Solicitud – Certificado de Seguro, durante el cual, El ASEGURADO deberá depender de un mismo empleador para obtener el derecho a la cobertura de Desempleo Involuntario.

1.3. Causas Justas de despido: Se trata de causas de despido que se encuentren relacionadas con la capacidad o conducta del trabajador.

Serán consideradas causas justas de despido las relacionadas con la capacidad del trabajador:

- Las deficiencias físicas, intelectuales, mentales o sensoriales cuando impidan el desempeño de las funciones del trabajador, siempre y cuando no exista un puesto vacante al que el trabajador pueda ser transferido y que no implique riesgos para su seguridad y la salud o la de terceros.
- El rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en sus labores.
- La negativa de manera injustificada del trabajador a someterse a examen médico previamente convenido o que se encuentre establecido por Ley, determinantes de la relación laboral, o a cumplir las medidas profilácticas o curativas prescritas por el médico para evitar enfermedades o accidentes.

Serán consideradas causas justas de despido relacionadas con la conducta del trabajador:

- La condena penal por delito doloso.
- La inhabilitación del trabajador.
- La comisión de falta grave.

1.4. Deducible: Es el importe, porcentaje o número de cuotas que debe pagar el ASEGURADO en caso de quedar en situación de desempleo involuntario o incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad.

1.5. Desempleo Involuntario: Se entiende por desempleo involuntario aquella situación que se produce por circunstancias no imputables al actuar del ASEGURADO y que compromete la privación total de ingresos por conceptos de carácter laboral.

Para los trabajadores del sector privado, la definición de Desempleo Involuntario abarca:

- El despido arbitrario, los actos de hostilidad del empleador equiparables al despido y las causas objetivas para la terminación colectiva de los contratos de trabajo contemplados en la normativa laboral vigente.
- La cesantía no imputable a la voluntad o conducta del Asegurado.
- El término del contrato de trabajo a plazo fijo, siempre y cuando el ASEGURADO haya laborado de manera ininterrumpida con el mismo empleador, por un periodo igual o mayor a un año.

- Mutuo disenso, siempre que exista una indemnización por los años de servicio y los montos indemnizatorios que la ley prevé en el caso de Desempleo Involuntario no atribuible al trabajador.

Para los trabajadores del sector público, Fuerzas Armadas y Policía, la definición de Desempleo Involuntario abarcará también la cesantía involuntaria por las causales contempladas en sus Leyes Orgánicas, Estatutos y Reglamentos, siempre que no sean imputables a la voluntad o conducta del funcionario.

La cobertura de Desempleo Involuntario corresponderá únicamente a los Trabajadores Dependientes.

1.6. Enfermedad: se define como toda alteración del estado de salud de causa no accidental.

1.7. Incapacidad Temporal: Situación ocasionada por un accidente o enfermedad, por la que el ASEGURADO se encuentra impedido de ejercer total y temporalmente cualquier actividad profesional, por el periodo determinado en las Condiciones Particulares, Solicitud, Certificado de Seguro y/o Solicitud – Certificado de Seguro. La presente cobertura aplica únicamente para los Trabajadores Independientes.

1.8. Modalidad Formativa: Son los tipos especiales de convenios que relacionan el aprendizaje teórico y práctico mediante el desempeño de tareas programadas de capacitación y de formación profesional. Estas son:

- La capacitación laboral juvenil.
- La pasantía: En la empresa o de la pasantía de Docentes o Catedráticos.
- Las prácticas pre profesionales.
- Las prácticas Profesionales.
- El aprendizaje con preeminencia en la Empresa o en el Centro de Formación. Profesional.
- La actualización de reinserción laboral.

1.9. Periodo activo mínimo: Es el período de tiempo que debe transcurrir para que el ASEGURADO indemnizado por alguna de las coberturas del seguro, pueda invocar nuevamente el derecho a gozar de la indemnización bajo esa misma cobertura.

1.10. Periodo de carencia: Se define como el número de días calendario u horas contados a partir de la fecha de suscripción de la Solicitud o emisión del Certificado durante el cual el ASEGURADO no está amparado por el seguro. Es decir que sus coberturas aún no se encuentran activas.

1.11. Trabajador Dependiente: Se considerarán como Trabajadores Dependientes, aquellos que tengan:

- Contrato de trabajo a tiempo indefinido, verbal o escrito, y se encuentren registrados en la planilla del empleador.
- Contrato de trabajo a plazo fijo, siempre que perciban un ingreso mensual producto de este contrato, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es mayor a un año.

1.12. Trabajador Independiente: Se considerará como trabajador independiente a la persona que ejerza una actividad lucrativa de manera autónoma, sin relación de dependencia, obteniendo de dicha actividad la totalidad o un porcentaje de sus ingresos mayor a 50%.

2. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

Podrán asegurarse bajo esta cobertura de seguro las personas naturales que cumplan con las siguientes condiciones:

- Respecto a la edad:
 - o Edad mínima de ingreso al seguro: dieciocho (18) años cumplidos.
 - o Edad máxima de ingreso al seguro: "x" años.
 - o Edad máxima de permanencia: "x" años.
- Tener una relación laboral de dependencia con su empleador y un crédito vigente con el Contratante.

La relación laboral de dependencia con el empleador sólo se requiere para la cobertura de Desempleo Involuntario, más no para la cobertura de Incapacidad Temporal.

3. COBERTURA

Mediante esta cláusula adicional LA COMPAÑÍA brinda al ASEGURADO las siguientes coberturas:

3.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO (aplicable solo a trabajadores dependientes):

LA COMPAÑÍA pagará al CONTRATANTE y de ser el caso AL ASEGURADO y/o a su(s) BENEFICIARIO(S) una indemnización que consistirá en el pago de las cuotas mensuales del crédito del ASEGURADO y/o en una renta mensual, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares, en la Solicitud de Seguro, en el Certificado de Seguro y/o en la Solicitud – Certificado de Seguro en el evento que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario y siempre y cuando cumpla con la Antigüedad Laboral establecida en los documentos antes señalados.

El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, en el Certificado de Seguro y/o en la Solicitud – Certificado de Seguro; siempre que el ASEGURADO se mantenga en situación de Desempleo Involuntario. Una vez que el ASEGURADO se reinserte a la actividad laboral, con contrato de trabajo suscrito con un empleador, cesará inmediatamente el pago de indemnizaciones por parte de LA COMPAÑÍA.

Habrà lugar a una nueva aplicación de la cobertura de Desempleo Involuntario, si el ASEGURADO reincide en estado de Desempleo Involuntario; siempre y cuando haya transcurrido el Periodo Activo Mínimo señalado en las Condiciones Particulares, en la Solicitud de Seguro, en el Certificado de Seguro y/o en la Solicitud – Certificado de Seguro, que se computa desde el cese del último estado de Desempleo Involuntario.

El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Mínimo aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, en el Certificado de Seguro y/o en la Solicitud – Certificado de Seguro.

3.2. INCAPACIDAD TEMPORAL (aplicable solo a Trabajadores Independientes):

LA COMPAÑÍA pagará al CONTRATANTE y de ser el caso al ASEGURADO y/o a su(s) BENEFICIARIO(S) una indemnización que consistirá en el pago de las cuotas mensuales del crédito del ASEGURADO y/o en una renta mensual, cuando el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente, según lo establecido en las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, en el Certificado de Seguro y/o en la Solicitud – Certificado de Seguro.

Por cada evento, la indemnización será otorgada siempre y cuando el ASEGURADO se mantenga en estado de Incapacidad Temporal y siempre que no se haya superado el número de cuotas máximas señaladas en las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, en el Certificado de Seguro y/o en la Solicitud – Certificado de Seguro como tope.

Habrà lugar a una nueva aplicación de esta cobertura, si el ASEGURADO reincide en estado de Incapacidad Temporal, siempre y cuando haya transcurrido el Periodo Activo Mínimo señalado en las Condiciones Particulares, en la Solicitud de Seguro, en el Certificado de Seguro y/o en la Solicitud – Certificado de Seguro, desde el término de la Incapacidad Temporal ya indemnizada y siempre que esta nueva Incapacidad Temporal sea por una causa distinta y no originada por la Enfermedad o Accidente que originó la primera Incapacidad Temporal ya indemnizada.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguros, Certificado de Seguro y/o Solicitud – Certificado de Seguro.

4. BENEFICIARIOS

Podrá ser el CONTRATANTE, el ASEGURADO o la persona que se designe en la Solicitud o Certificado de Seguro así como en las Condiciones Particulares y en la Solicitud - Certificado de la Póliza, según la cobertura contratada.

5. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de siniestro, el ASEGURADO, el BENEFICIARIO o cualquier tercero 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.

Para solicitar la cobertura, el ASEGURADO, el beneficiario o la persona que haya tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o del COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios (*) requeridos para solicitar el pago del siniestro:

1. PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

a) Para el primer pago:

- **Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por LA COMPAÑÍA.**
- **Liquidación de beneficios sociales y constancia del pago del beneficio por despido (original o certificación de reproducción notarial).**
- **Certificación Laboral (copia simple).**
- **Documento de Identidad del ASEGURADO (Copia Simple).**
- **Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Convenio de Cese por Mutuo Disenso y/o de la liquidación de beneficios sociales que evidencie el pago de una indemnización, en caso corresponda**
- **Carta o resolución de cese emitida por la empresa o institución respectivamente, o en caso de despido de facto o hecho, solo la constatación policial (copia simple).**
- **Copia del Estado de Cuenta del Crédito, cuando corresponda.**

b) Para cada uno de los siguientes pagos:

- **Declaración Jurada del ASEGURADO de encontrarse en situación de Desempleo Involuntario.**
- **Copia simple del certificado de aportaciones a la AFP o la ONP correspondientes al mes de desempleo reclamado. En caso el ASEGURADO, se encuentre aportando por su cuenta a la AFP, adjuntar las constancias de pago y/o estado de cuenta emitido por la AFP donde figuren los últimos aportes realizados por el empleador (copia simple).**

2. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

a) Para el primer pago:

- **Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por LA COMPAÑÍA.**
- **Copia del documento de identidad del ASEGURADO.**
- **Copia simple de la constancia de ingresos del Trabajador independiente (copia del certificado de 4ta o 3era categoría para independientes o recibo último de honorarios o factura por servicios prestados).**
- **Certificado médico o certificado de hospitalización que detalle: días de reposo, causa de la incapacidad, diagnóstico, hospital/clínica en el que recibió la asistencia médica, médico colegiado tratante y fecha de atención. Dicho documento en original o certificación de reproducción notarial, emitido por el médico tratante que acredite la situación de incapacidad temporal.**

- Historia Médica completa del ASEGURADO (copia fedateada).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito, cuando corresponda.

b) Para cada uno de los siguientes pagos

- Formulario de Declaración de Continuidad de Incapacidad, proporcionado por la Compañía, firmado por el asegurado.
- Certificado médico o de Hospitalización actualizado.

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

Para las demás condiciones de aviso de siniestro y procedimiento para solicitar la cobertura se regirá bajo lo establecido en el artículo 16 del Condicionado General.

6. EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no estará obligada a indemnizar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO designado, si el Desempleo Involuntario o la Incapacidad temporal, ocurra como consecuencia de:

6.1. EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO:

LA COMPAÑÍA no cubre los Siniestros a consecuencia de:

- 1) Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.
- 2) Por vencimiento del plazo previsto en el contrato de trabajo sujeto a modalidad.
- 3) Causales de extinción del Contrato de Trabajo: fallecimiento, renuncia o retiro voluntario del trabajador, término de la obra o servicio, cumplimiento de la condición resolutoria y el vencimiento del plazo en los contratos legalmente celebrados bajo modalidad (cuando la antigüedad laboral con el empleador es menor a un año), invalidez absoluta permanente y jubilación.
- 4) Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público.
- 5) Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa.

6.2. EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL:

La Compañía no cubre los Siniestros a consecuencia de:

- 1) Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el periodo de carencia.
- 2) Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.
- 3) Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puénting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.
- 4) Lesiones que el Asegurado sufra en el servicio militar, actos de guerra internacional (con declaración o no), guerra civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular o terrorismo.
- 5) Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez, o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lt o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen

etilico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15gr/lit. por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.

6) Manipulación de explosivos o armas de fuego.

7) A consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo; peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa.

8) Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.

9) Por embarazos, parto, aborto provocado o no provocado.

10) A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, tratamientos de origen psiquiátrico o psicológico, incluyendo los tratamientos por uso o adicción a las drogas, estupefacientes y/o alcohol.

11) Hernias y sus consecuencias.

12) Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.

7. PRIMA

La suscripción de esta Cláusula Adicional implica un recargo en la prima, que se refleja en la prima comercial consignada en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, Certificado de Seguro y/o Solicitud – Certificado de Seguro.

8. FIN DE VIGENCIA

La sola ocurrencia de los eventos asegurados por esta cobertura adicional no aplican como fin de vigencia del seguro. Esto no impide que el seguro efectivamente finalice, si la indemnización otorgada por la presente cobertura, cancela totalmente el crédito suscrito por el Asegurado con el Contratante.