

Accidentes de Estudiantes

Clausula Adicional - Gastos de Sepelio por Muerte Accidental

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

La presente cobertura indemnizará por concepto de gastos de sepelio a los Beneficiarios o, en su defecto a los herederos legales, del Asegurado, la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares, después de acreditarse el fallecimiento de Asegurado como consecuencia de un Accidente.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, los beneficiarios son los indicados en la solicitud-certificado por el Asegurado, en caso de no precisarse, los herederos legales del Asegurado.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Los plazos y procedimiento para esta clausula se encuentran detallados en el artículo N° 13 del Condicionado General de esta póliza.

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) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.

b) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.

c) 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.

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional- Gastos de Curación 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. COBERTURA

Se cubren los gastos de curación del Asegurado como consecuencia de un accidente hasta por la cantidad establecida como Suma Asegurada en la solicitud-certificado y/o Condiciones Particulares: los honorarios médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y prótesis quirúrgicas internas que fuesen necesarios.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, el Beneficiario es el Asegurado indicado en la solicitud-certificado.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, 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 Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos:

Atenciones por Reembolso

a) Copia simple del documento de identidad del Asegurado, Partida de Nacimiento o carné de estudios.

b) Original de los comprobantes de pago de la Clínica u Hospital, donde haya sido hospitalizado el Asegurado.

c) Original o copia legalizada del Informe del médico que prestó los primeros auxilios al Asegurado, expresando: causas del accidente y sus consecuencias conocidas y probables.

Atenciones en Centros Médicos Afiliados:

a) Copia simple del Documento de identidad del Asegurado o carné de estudios.

b) Copia simple de la Orden de Atención emitida al Asegurado por la persona encargada del Tópico, Enfermería o Departamento del Médico Contratante.

Una vez que el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro 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 respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, 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 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 Asegurado perderá el derecho a ser indemnizado, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, el Asegurado 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) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.

b) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.

c) 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.

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional -Invalidez Total y Permanente 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. COBERTURA

La Compañía indemnizará al Beneficiario, la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, por esta cobertura si a causa de un Accidente el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente.

Se entregará la indemnización siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo a los términos y condiciones pactadas en ella. En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el accidente debe haber ocurrido durante la vigencia de la Póliza y la Invalidez se manifieste en un plazo máximo de dos (02) años de ocurrido el siniestro.

Se considera una Invalidez Total y Permanente a lo siguiente:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al 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 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 Cobertura Adicional, el Beneficiario es el **Asegurado** indicado en la solicitud-certificado.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, 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 Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, 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 (ESSALUD) o la COMAFP (Comisión médico de las AFP) y/o COMEC (Comisión médica de la SBS). (Original 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 étílico y toxicológico del Asegurado, en caso corresponda.

Una vez que el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro 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 Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, 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 Asegurado cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud-Certificado de Seguro, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica, en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Asimismo, el Asegurado reconoce que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

En caso la Compañía no se pronunciase 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 Asegurado perderá el derecho a ser indemnizado, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, el Asegurado 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 en 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) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.
- b) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.
- c) 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.

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional -Invalidez Parcial y Permanente 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. COBERTURA

La Compañía indemnizará al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada, por esta cobertura si a causa de un Accidente, el Asegurado sufre una invalidez parcial permanente, de acuerdo al grado de invalidez permanente sufrido.

El grado de invalidez parcial y permanente se determinará basándose en la siguiente tabla de indemnizaciones:

Cabeza:

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

Miembros Superiores:

Derecho Izquierdo

Pérdida de un brazo (arriba del codo)	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida del dedo pulgar de la mano	20%	18%
Pérdida del dedo índice	16%	14%
Pérdida del dedo medio	12%	10%

Pérdida del dedo anular	10%	8%
Pérdida del dedo meñique	6%	4%

En caso que el Asegurado hubiese declarado en la Solicitud-Certificado de Seguro ser zurdo se invertirán los porcentajes de la indemnización fijada por la pérdida de los miembros superiores.

Miembros Inferiores

Pérdida de la pierna (por encima de la rodilla)	60%
Pérdida de la pierna (por debajo de la rodilla)	50%
Pérdida de un pie	35%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms.	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms.	8%
Pérdida del dedo gordo del pie	10%
Pérdida de cualquier otro dedo del pie	4%

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de la seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total de un miembro u órgano afectado.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, el Beneficiario es el Asegurado indicado en la solicitud-certificado.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, 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 Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos:

1. Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico (Informe original y/o copia certificada).
2. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial, en caso corresponda.
3. Copia Certificada del Resultado de dosaje étílico y toxicológico del Asegurado, en caso corresponda.

Una vez que el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro 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 Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, deberá solicitarla 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 Asegurado cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud-Certificado de Seguro, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica, en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera. Asimismo, el Asegurado reconoce que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

En caso la Compañía no se pronunciase 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 Asegurado perderá el derecho a ser indemnizado, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, el Asegurado 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) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.
- b) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.
- c) 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.

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional -Gastos de Sepelio por Muerte Natural

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

La presente cobertura indemnizará a los Beneficiarios o, en su defecto a los herederos legales, del Asegurado, un capital para los gastos funerarios, por el importe de la Suma Asegurada indicada en la Solicitud-Certificado y/ las Condiciones Particulares de la Póliza, después de acreditarse el fallecimiento de Asegurado por muerte natural.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, los beneficiarios son los indicados en la solicitud-certificado por el Asegurado, en caso de no precisarse, los herederos legales del Asegurado.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante, 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 o Beneficiario deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos:

1. Acta o Partida y Certificado médico de defunción del Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
2. Documento de identidad (Copia simple) de los Beneficiarios. . (Original y/o copia con certificación

de reproducción notarial - antes copia legalizada)
3. Inscripción definitiva en Registros Públicos de la Sucesión intestada o Testamento del Asegurado (original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada), en caso de no existir beneficiarios declarados en la Solicitud-Certificado.

Una vez que el Contratante 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 Contratante o 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 Asegurado cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud-Certificado de Seguro, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica, en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera. Asimismo, el Asegurado reconoce que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

En caso la Compañía no se pronunciase 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, 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) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura

prevista en esta cláusula adicional.

b) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.

c) 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.

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional-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. COBERTURA

La Compañía indemnizará a los Hijos*, de los dos (2) Padres del Asegurado, menores de 18 años y/o mayores de 18 años incapacitados de manera total y permanente la Suma Asegurada establecida en la Póliza, si los dos padres del Asegurado sufren un mismo Accidente, en un mismo evento, que dé lugar al fallecimiento de ambos. El beneficio será indemnizado siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo a los términos y condiciones pactadas en ella.

*Hijos: Hermanos de Padre y Madre del Asegurado

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, los beneficiarios son los hijos menores de 18 años y/o mayores de 18 años incapacitados de manera total y permanente.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado, Contratante, 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 Asegurado, Contratante o Beneficiario deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes

documentos:

1. Acta o Partida y Certificado de defunción de los dos Padres del Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
2. Copia simple de DNI de los hijos, de los dos padres del asegurado, menores de 18 años y/o mayores de 18 años incapacitados de manera total y permanente.
3. Inscripción definitiva en Registros Públicos de la Sucesión intestada, o Testamento de los Padres del Asegurado (original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
4. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial, si lo hubiere.
5. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia de los dos Padres del Asegurado, si lo hubiere.
6. Copia Certificada del Resultado del dosaje etílico y toxicológico de los dos Padres del Asegurado, si lo hubiere.

Una vez que el Asegurado, Contratante 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 Asegurado, Contratante o 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 de las personas naturales cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, 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 pronunciase 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.

En caso de indemnizaciones a menores de edad, se considerará lo dispuesto en el Artículo 451 del Código Civil.

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) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.**
- b) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.**
- c) 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.**

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional - Exoneración de Pago de Primas

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

De producirse el fallecimiento o la invalidez total y permanente por accidente o enfermedad del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, la Compañía exonerará al Contratante de cualquier pago relacionado a la prima correspondiente a dicho Asegurado, por la Póliza principal, hasta el término de sus estudios en la Institución Educativa del Asegurado, siempre y cuando el Contratante renueve la póliza de seguro con la Compañía de Seguros.

La exoneración se dará hasta el término de los estudios en la Institución Educativa del Asegurado, siempre y cuando la Póliza principal se encuentre vigente.

Se considera una Invalidez Total y Permanente por accidente a lo siguiente:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al responsable del Pago de las Pensiones Estudiantiles 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.

La Invalidez Total y Permanente originada a causa de una Enfermedad también es objeto de cobertura, es aquel estado patológico que ocasiona incapacidad y que sobreviene al responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado como consecuencia directa de su vida cotidiana.

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.

La calificación de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, así como el tipo de indemnización que genera estará a cargo de la Compañía de acuerdo a las normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los afiliados al Sistema Privado de Pensiones (SPP). En caso de desacuerdo con la decisión de la Compañía, las partes nombrarán un perito especializado, quien

dirimirá la discrepancia. En caso de no concordar en el nombramiento del perito las partes se someterán a los mecanismos de solución de controversias convenidos.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, el beneficiario es el Contratante.

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:

En caso de fallecimiento del Responsable del pago de la pensión educativa del Asegurado:

1. Acta o Partida y Certificado de Defunción del responsable del pago de la pensión estudiantil del Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
2. Copia Certificada del Atestado Policial completo, si lo hubiere.
3. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia del responsable del pago de la pensión estudiantil del Asegurado, si lo hubiere.
4. Copia Certificada del Resultado del dosaje étílico y toxicológico del responsable del pago de la pensión estudiantil del Asegurado, si lo hubiere.
5. Boleta de pensión estudiantil del Asegurado (Copia simple).

En caso de Invalidez Total y Permanente del Responsable del pago de la pensión educativa del Asegurado:

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 médico de las AFP) y/o COMEC (Comisión médica de la SBS). (Original y/o Copia Certificada)
2. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial completo, en caso corresponda.
3. Copia Certificada del Resultado de dosaje étílico y toxicológico del Responsable del pago de la pensión educativa del Asegurado, en caso corresponda.
4. Boleta de pensión estudiantil del Asegurado (última emitida al momento de ocurrencia del siniestro. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)

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 Contratante, Asegurado o Beneficiario 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 del Asegurado, cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, 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 pronunciase 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) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.
- b) Cuando el Asegurado deja de estudiar en forma ininterrumpida por su propia voluntad, durante la vigencia de la póliza.
- 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.

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional -Pensión Educativa por Muerte Accidental del Responsable del Pago de la Pensión Educativa

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

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) indicado en las Condiciones Particulares, de ser el caso, después de acreditarse el fallecimiento del Responsable del pago de la pensión educativa del Asegurado como consecuencia de un Accidente.

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. Acta o Partida y Certificado de Defunción del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
2. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial, en caso corresponda.
3. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, en caso corresponda.
4. Copia Certificada del Resultado del dosaje étílico y toxicológico del Responsable del Pago de la Pensión Educativa, en caso corresponda.
5. 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)
6. 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 Contratante, Asegurado o 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 la presente cláusula adicional, 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 pronunciase 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.

Accidentes de Estudiantes

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

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

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 médico 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 étílico 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 pronunciase 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.

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional -Pensión Educativa por Hospitalización del Responsable del Pago de la Pensión Educativa

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

La Compañía indemnizará a los Beneficiarios, hasta por el monto correspondiente a XX (XX) de pensión educativa según lo indicado en las Condiciones Particulares, si a causa de un Accidente el Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, es hospitalizado de manera continua e ininterrumpida por más de treinta (30) días.**

**La cobertura estará activa por los plazos señalados, siempre y cuando se renueve el seguro con La Compañía.

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. Informe médico completo o Historia Clínica del responsable del pago de la pensión estudiantil Asegurado (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 étílico y toxicológico del responsable del pago de la pensión estudiantil Asegurado, en caso corresponda.
4. Boleta(s) de pensión estudiantil del Asegurado pendiente(s) de pago a la fecha de ocurrencia del siniestro. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)

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 Contratante, Asegurado o 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 la presente cláusula adicional, 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 pronunciase 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.

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional -Gastos de Sepelio por Muerte Accidental del Responsable del Pago de la Pensión Educativa

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

La Compañía indemnizará a los Beneficiarios, un capital para los gastos funerarios, por el importe de la Suma Asegurada indicada en la Solicitud –Certificado y/o las Condiciones Particulares de la Póliza, después de acreditarse el fallecimiento del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, como consecuencia de un Accidente, si ocurre durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo a los términos pactados en las Condiciones Generales y Particulares, y hasta los límites de las Sumas Aseguradas contratadas.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, el Beneficiario será el Asegurado.

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. Acta o Partida y Certificado de Defunción del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
2. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial, en caso corresponda.
3. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia del Responsable del Pago de la pensión Educativa del Asegurado, en caso corresponda.
4. Copia Certificada del Resultado del dosaje etílico y toxicológico del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, en caso corresponda.

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 Contratante, Asegurado o 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 del Asegurado, cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, 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 pronunciase 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) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.
- b) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.
- c) 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.

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional -Pensión Educativa Adeudada por Muerte Accidental del Responsable del Pago de la Pensión Educativa

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

La Compañía indemnizará al Beneficiario de la Póliza, el monto correspondiente a la pensión o pensiones educativas adeudadas, a la fecha de ocurrencia del siniestro, hasta un máximo de XX pensiones indicado en las Condiciones Particulares.

La indemnización se realizará al Beneficiario después de acreditarse el fallecimiento del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado. El fallecimiento deberá ser consecuencia de un accidente cubierto por la presente Póliza.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, el Beneficiario será el Contratante.

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. Acta o Partida y Certificado de Defunción del responsable del pago de la pensión estudiantil del

- Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
2. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial, en caso corresponda.
 3. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia del Responsable del Pago de la Pensión Estudiantil del Asegurado, en caso corresponda.
 4. Copia Certificada del Resultado del dosaje etílico y toxicológico del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, en caso corresponda.
 5. Constancia del número y monto de pensiones estudiantiles adeudadas, emitida por el Contratante. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)

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 documentación e información presentada por el Contratante, Asegurado o 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 del Asegurado, cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, 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 pronunciase 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.

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional -Pensión Educativa Adeudada por Muerte Natural del Responsable del Pago de la Pensión Educativa

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

La Compañía indemnizará al Beneficiario de esta cláusula adicional, el monto correspondiente a la pensión o pensiones educativas adeudadas, a la fecha de ocurrencia del siniestro, hasta un máximo de XX pensiones indicado en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado del Seguro.

La indemnización se realizará al Beneficiario después de acreditarse el fallecimiento a causa de consecuencias naturales del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, el Beneficiario será el Contratante.

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. Acta o Partida y Certificado de Defunción del responsable del pago de la pensión estudiantil del Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
2. Constancia del número y monto de pensiones educativas adeudadas, emitida por el contratante (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)

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 Contratante, Asegurado o 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 del Asegurado, cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, 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.

Accidentes de Estudiantes

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

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

La Compañía indemnizará al Beneficiario de esta cláusula adicional, el monto correspondiente a la pensión o pensiones educativas adeudadas, a la fecha de ocurrencia del siniestro, hasta un máximo de XX pensiones indicado en las Condiciones Particulares.

La indemnización se realizará al Beneficiario después de acreditarse la invalidez total y permanente del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado. La Invalidez Total y Permanente deberá ser consecuencia de un accidente cubierto por la presente Póliza.

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 Cobertura Adicional, el Beneficiario será el Contratante.

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. Dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por el Ministerio de Salud o los Servicios de Seguridad Social o la COMAFP (Comisión médico 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 étílico y toxicológico del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, en caso corresponda.
4. Constancia del número y monto de pensiones estudiantiles adeudadas, emitida por el contratante. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)

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 Contratante, Asegurado o 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 del Asegurado, cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, 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 pronunciase 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.**

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional -Indemnización por Hospitalización por Enfermedades 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

La Compañía indemnizará el monto equivalente a la suma asegurada indicada en la Solicitud-Certificado y/o las Condiciones Particulares, en caso de hospitalización del Asegurado por una de las enfermedades indicadas a continuación, siempre y cuando, la enfermedad no haya sido originada por accidente y no se trate de una enfermedad preexistente:

- **Cáncer:** Implica la presencia por lo menos de un tumor maligno de crecimiento y desarrollo incontrolado que debe ser confirmado por análisis histológico. El diagnóstico debe haber ocurrido después de la fecha de inicio de cobertura. Esta definición incluye la leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin. No se encuentra dentro de la cobertura los diagnósticos de cáncer de piel a excepción de los Melanomas Malignos invasivos.
- **Infarto al Miocardio (Ataque al corazón):** muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como consecuencia del deficiente suministro sanguíneo a la zona afectada. El diagnóstico de Infarto al Miocardio debe ser confirmado simultáneamente por los siguientes criterios: historia de dolor torácico típico, cambios nuevos en el electrocardiograma, elevación de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales y estudio radistópico del músculo cardíaco. El infarto debe haber ocurrido después de la fecha de inicio de cobertura.
- **Insuficiencia Renal Crónica:** Insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones, que exija la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis, o que requiera un trasplante de ambos riñones. El diagnóstico debe haber ocurrido después de la fecha de inicio de cobertura.
- **Accidente Cerebro Vascular:** La suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, ocasionando secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y/o son de naturaleza permanente. Esto incluye al infarto del tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral, un déficit neurológico ya sea reversible o irreversible. El diagnóstico radica en una urografía excretoria, ecografía renal, dosaje de úrea, creatinina, hemograma y de ser necesario un examen de resonancia magnética. El diagnóstico debe haber ocurrido después de la fecha de inicio de cobertura.

El Asegurado debe ser un alumno que se encuentre cursando estudios a la fecha de ocurrencia del siniestro..

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, el Beneficiario será el Asegurado indicado en la solicitud-certificado de seguro.

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. Historia Clínica completa foliada y fedateada del Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
2. Informe médico que acredite el periodo de hospitalización. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
3. Certificado de Estudios del Asegurado, que acredite que el Asegurado se encuentra estudiando en el periodo académico que ocurrió el siniestro. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)

Una vez que el Asegurado, Beneficiario o Contratante del siniestro 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 Asegurado, Beneficiario o Contratante 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. El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud-Certificado de Seguro, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica, en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Asimismo, el Asegurado reconoce que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la

información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

En caso la Compañía no se pronunciase 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. Adicionalmente a las exclusiones antes referidas, tampoco indemnizará al Asegurado, en caso, el siniestro haya ocurrido por las siguientes causas:

- **Cáncer de piel en cualquiera de sus tipos, a excepción de los Melanomas Malignos invasivos.**

6. SUSPENSIÓN Y/O TERMINACIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

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

- a) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.
- b) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.
- c) 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.

Accidentes de Estudiantes

Claúsula Adicional - Desamparo Súbito Familiar del Asegurado

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

La Compañía indemnizará al Asegurado, la Suma Asegurada indicada en la Solicitud-Certificado y/o Condiciones Particulares, si los dos padres del Asegurado sufren un mismo Accidente, en un mismo evento, que dé lugar al fallecimiento de ambos. El beneficio será indemnizado siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo a los términos y condiciones pactadas en ella.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, el beneficiario es el Asegurado indicado en la Solicitud-Certificado.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado, Contratante, 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 Asegurado, Contratante, o Beneficiario deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos:

1. Acta o Partida y Certificado de defunción de los dos Padres del Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)

2. Partida de nacimiento (original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada) y DNI del Asegurado (copia simple).

3. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial, si lo hubiere.

4. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia de los dos Padres del Asegurado, si lo hubiere.

5. Copia Certificada del Resultado del dosaje etílico y toxicológico de los Padres del Asegurado, si lo hubiere.

Una vez que el Asegurado, Contratante 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 Asegurado, Contratante, o Beneficiario, 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 Asegurado o personas naturales cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, 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 pronunciase 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.

En caso de indemnizaciones a menores de edad, se considerará lo dispuesto en el Artículo 451 del Código Civil.

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) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.

b) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.

c) 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.

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional - Intoxicación Accidental

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

La Compañía indemnizará al Contratante, hasta por el monto correspondiente a XX (XX) de pensión educativa según lo indicado en las Condiciones Particulares, si el Asegurado es diagnosticado por intoxicación y esta se ha producido por la vía digestiva, provocada por alimentos contaminados, mal estado, por la toma de medicamentos ingeridos por prescripción médica; por la vía respiratoria producido por inhalar de manera involuntaria gases tóxicos, o sustancias volátiles incluidos mas no limitados a los aerosoles; o a través de la piel, causada por absorción cutánea por mordeduras de animales o picaduras de insectos, por la manipulación de plantas venenosas sin protección, mal uso de pesticidas o insecticidas.

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. Informe médico completo o Historia Clínica del Asegurado junto con la epicresis. (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 étílico y toxicológico del responsable del pago de la pensión estudiantil Asegurado, en caso corresponda.
4. Boleta(s) de pensión estudiantil del Asegurado pendiente(s) de pago a la fecha de ocurrencia del siniestro. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)

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 respecto de la documentación e información presentada por el Contratante, Asegurado o 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 Asegurado, cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, los cuales deberán ser con el fin de requerir aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación e información presentada por el Contratante, Asegurado o Beneficiario(s) y siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

En caso la Compañía no se pronunciase 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 la ingesta voluntaria de alcohol y drogas, o se encuentre dentro 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.

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional- Gastos de Sepelio por Muerte Natural del Responsable del Pago de la Pensión Educativa

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

La Compañía indemnizará a los Beneficiarios, un capital para los gastos funerarios, por el importe de la Suma Asegurada indicada en la Solicitud –Certificado y/o las Condiciones Particulares de la Póliza, después de acreditarse el fallecimiento por causas naturales del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo a los términos pactados en las Condiciones Generales y Particulares, y hasta los límites de las Sumas Aseguradas contratadas.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, los Beneficiarios serán los herederos legales.

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. Acta o Partida y Certificado de Defunción completo del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
2. Documento de identidad (Copia simple) de los Beneficiarios.
3. Inscripción definitiva en Registros Públicos de la Sucesión intestada o Testamento del Asegurado (original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)

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 Contratante, Asegurado o 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, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del Siniestro, podrá solicitar la Historia Clínica del Responsable de la Pensión Educativa del Asegurado, cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional. En caso la Compañía no se pronunciase 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) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.
- b) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.
- c) 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.

Accidentes de Estudiantes

Cláusula Adicional -Indemnización por Hospitalización por Enfermedades Graves II

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

La Compañía indemnizará el monto equivalente a la suma asegurada indicada en la Solicitud-Certificado y/o las Condiciones Particulares por Hospitalización del Asegurado debido a las enfermedades descritas en la presente cláusula y por única vez a lo largo de la vigencia de la póliza contratada, las enfermedades no son excluyentes entre sí. En caso de hospitalización del Asegurado por una de las enfermedades indicadas a continuación, se brindará cobertura siempre y cuando la enfermedad no haya sido originada por accidente y no se trate de una enfermedad preexistente:

a) **Apendicitis aguda:** consiste en la inflamación y posterior infección del apéndice cecal, un pequeño saco localizado en el intestino grueso.

b) **Quieste de ovario o pedículo torcido:** Rotación completa o parcial del ovario en sus soportes ligamentosas, resultando a menudo en isquemia.

c) **Torción testicular:** Torcimiento del conducto que suministra sangre al saco de piel (escroto) ubicado debajo del pene. Los síntomas son el dolor y la inflamación intensos y repentinos de los testículos.

d) **Obstrucción intestinal (sin hernia):** Afección gastrointestinal en la que se impide que el material digerido se elimine normalmente a través del intestino.

e) **Cálculo renal:** son depósitos duros de minerales y sales que se forman dentro de los riñones. Los cálculos renales tienen muchas causas y pueden afectar cualquier parte de las vías urinarias, desde los riñones hasta la vejiga.

f) **Abdomen agudo quirúrgico:** situación crítica que cursa con síntomas abdominales graves y que requiere un tratamiento médico o quirúrgico urgente.

g) **Cirugía de puente aorto-coronario (by-pass):** Intervención quirúrgica consistente en una revascularización cardíaca con puente aorto-coronario.

h) **Cirugía de la columna:** Consiste en llevar a cabo una cirugía con el fin de corregir posibles anomalías de carácter estructurales. La cirugía de columna permite descomprimir, movilizar los elementos, fijar estructuras vertebrales y sustituirlos.

i) Sordera: Pérdida total de la audición en ambos oídos sufrida durante la vigencia del seguro.

j) Ceguera: Pérdida total de la visión en ambos ojos durante la vigencia del seguro.

k) Trasplante de órganos: sustitución de un órgano que está enfermo y que pone en peligro la vida de una persona, por otro que funcione adecuadamente proveniente de otra persona.

l) Reemplazo de la válvula del corazón: intervención quirúrgica de las válvulas

m) Parálisis: Pérdida total o parcial de la capacidad de movimiento de una o más partes del cuerpo que se debe, generalmente, a una lesión nerviosa en el cerebro o en la médula espinal.

n) Derrame e infarto cerebral: rotura de algún vaso sanguíneo en el cerebro que hace que se produzca una rápida expulsión de sangre que, de ser en gran cantidad, puede llegar a ejercer presión en el cráneo, comprimiendo la masa encefálica.

ñ) Cirugía de enfermedad de la aorta: cirugía para arreglar una parte dilatada en la aorta.

o) Esclerosis múltiple: Enfermedad cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirma al menos anomalías moderadas neurológicas las cuales deben persistir durante un periodo consecutivo de seis (06) meses inmediatamente anteriores a la notificación del siniestro y posteriores al inicio de vigencia del seguro, consistentes con la impariedad de función, pero las que no lleven necesariamente al Asegurado a una silla de ruedas en forma permanente. Esta enfermedad se caracteriza por zonas de tejidos endurecidos del cerebro o de la médula espinal manifestada por la parálisis parcial o completa, parestesia y/o neuritis óptica. Se caracteriza más allá por episodios de exacerbación o remisión.

p) Aneurisma: dilatación localizada y permanente que se produce en las paredes de las arterias. Esta dilatación anormal se produce por la debilidad de la pared de una zona del vaso sanguíneo. Los aneurismas pueden aparecer en cualquier punto de una arteria.

q) Malformación arteriovenosa (MAVs): conexiones o pasajes anormales entre arterias y venas. Las MAVs hacen que la sangre esquivе los capilares, o vasos sanguíneos pequeños, y que pase directamente de las arterias a las venas.

El Asegurado debe ser un alumno que se encuentre cursando estudios a la fecha de ocurrencia del siniestro. Asimismo, a efectos de acceder a esta cobertura, la hospitalización debe ser en un Establecimiento de Salud que se encuentre debidamente registrado según la normativa vigente peruana. No se consideran establecimientos de salud las instituciones mentales o aquellas utilizadas para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas, así como, los institutos o sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración, tales como: curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, el Beneficiario será el Asegurado indicado en la solicitud-certificado de seguro.

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. Copia Simple del D.N.I. o carnet de extranjería del Asegurado.
2. Informe médico original para la determinación de la enfermedad que corresponda, según lo descrito en la cobertura. Estos documentos deben estar autorizados por un médico facultado legalmente para el ejercicio de la profesión en la especialidad que corresponda al diagnóstico.
3. Copia foliada y fedateada de la historia clínica del Asegurado.

Una vez que el Asegurado, Beneficiario o Contratante del siniestro 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 Asegurado, Beneficiario o Contratante, 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 para validación la Historia Clínica del Asegurado cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros. El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud-Certificado de Seguro, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica, en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera. Asimismo, el Asegurado reconoce que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

En caso la Compañía no se pronunciase 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) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.
- b) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.
- c) 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.