

Microseguro Crece Protegido

CLÁUSULA ADICIONAL - COBERTURA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la siguiente Cláusula Adicional, la cual es accesoria al Microseguro Crece Protegido, en tanto así sea pactado en la Solicitud-Certificado de Seguro correspondiente. Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza, así como por la normativa vigente.

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará, por única vez, la suma asegurada indicada en la Solicitud-Certificado a EL BENEFICIARIO en alguno de los siguientes supuestos, de forma excluyente:

a) Muerte Natural:

Supone el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de una enfermedad o producto de la vejez, que no esté incurso en las Exclusiones de las Condiciones Generales de la Póliza.

b) Muerte Accidental:

Supone el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de un Accidente, entendido esto último como un suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo del Asegurado y le ocasione la muerte. **No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.**

c) Invalidez Total y Permanente (ITP) por Enfermedad:

Se considera que EL ASEGURADO tiene una ITP por enfermedad, cuando éste haya perdido o disminuido, de forma permanente e irreversible, sus funciones físicas o intelectuales a causa de una enfermedad, que le impidan desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.

Para acceder a la presente cobertura, la ITP por enfermedad no debe estar incluida dentro de las exclusiones de las Condiciones Generales de la Póliza. Asimismo, **la enfermedad debe existir de modo continuo por un periodo no menor que seis (6) meses.**

La invalidez debe estar sustentada en un Dictamen o Certificado Médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que la misma es total permanente. Deberá tratarse de una pérdida o disminución, en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de

Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución N° 058-94-EF/SAFP).

La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique que la naturaleza de la invalidez es permanente y que su grado es total o de gran invalidez; definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria “Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez-D.S. N° 166-2005-EF”.

d) Invalidez Total y Permanente (ITP) por Accidente:

Se considera que EL ASEGURADO tiene una ITP por accidente, cuando éste haya perdido o disminuido, de forma permanente e irreversible, sus funciones físicas o intelectuales a causa de un accidente, que le impidan desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.

Este seguro cubre la Invalidez Total y Permanente que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza. Asimismo, **deberá tratarse de una pérdida o disminución que implique:**

- 1. Fractura incurable de la columna vertebral.**
- 2. Pérdida total de la visión de ambos ojos.**
- 3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos.**
- 4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.**
- 5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.**
- 6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie.**
- 7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.**

La invalidez debe estar sustentada en un Dictamen o Certificado Médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la SBS (COMEC), donde se indique el porcentaje de invalidez y que la misma es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos detallados en el cuadro anterior, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).

La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique un diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas en el cuadro anterior), la naturaleza de la invalidez (permanente) y su grado (total o de gran invalidez); definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la directiva sanitaria “Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF”.

2. SUMA ASEGURADA: XXX

3. BENEFICIARIO: EI CONTRATANTE.

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/o Solicitud Certificado, según corresponda.

5. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios¹, requeridos para solicitar el pago del siniestro detallados en la tabla adjunta:

Documentos ²	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Enfermedad	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción de (original o certificación de reproducción notarial).	x	x		
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada de Reniec o certificación de reproducción notarial)	x	x		
Certificado de Necropsia – es el documento que contiene las conclusiones finales del fallecimiento de la persona (original o certificación de reproducción notarial).		x3		
Protocolo de Necropsia –es el documento donde se detallan los exámenes que se realizaran al cadáver en base a los hallazgos encontrados en el cuerpo (copia simple).		x3		
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple).		x3		x3
Dosaje Ético y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial).		x3		x3
Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica de o Informe Médico original en Formato de LA COMPAÑÍA.	x		x	x
Dictamen o certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de			x	x

Salud (MINSA), en original o en certificación de reproducción notarial.				
Monto original y saldo insoluto de la deuda sin incluir intereses, moras, comisiones o gastos, emitido por la entidad titular del derecho de crédito (Original o Copia simple).	x	x	x	x

1 La solicitud-certificado puede indicar la presentación de menos documentos obligatorios que los aquí listados. En este caso, junto con la solicitud de pago del siniestro, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en la solicitud-certificado.

2 Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

3 Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

El aviso de siniestro y pago de la cobertura se realizará en la forma y plazos establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza.

Microseguro Crece Protegido

CLÁUSULA ADICIONAL - COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD (INDEMNIZACIÓN)

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la siguiente Cláusula Adicional, la cual es accesoria al Microseguro Crece Protegido, en tanto así sea pactado en la Solicitud-Certificado de Seguro correspondiente.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza, así como en la normativa vigente.

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará por única vez una indemnización, equivalente a la suma asegurada indicada en la Solicitud Certificado, a EL ASEGURADO cuando éste configure una ITP por enfermedad, entendida ésta como la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o intelectuales a causa de una enfermedad, que le impidan desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.

Para acceder a la presente cobertura la ITP por enfermedad no debe estar incluida dentro de las exclusiones de la Póliza. Asimismo, **la enfermedad debe existir de modo continuo por un periodo no menor que seis (6) meses.**

La invalidez debe estar sustentada por un Dictamen o Certificado Médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que señale el porcentaje de invalidez y que la misma es total permanente. Deberá tratarse de una pérdida o disminución, en un porcentaje mayor o igual que dos tercios ($2/3$ o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución N° 058-94-EF/SAFP).

La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique que la naturaleza de la invalidez es permanente y que su grado es total o de gran invalidez; definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria "Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez-D.S. N° 166-2005-EF".

2. SUMA ASEGURADA: XXX

3. 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/o Solicitud Certificado, según corresponda.

4. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios¹ requeridos para solicitar el pago del siniestro, detallados en la tabla adjunta:

Documentos ²	ITP por Enfermedad
Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica de EL ASEGURADO o Informe Médico original en Formato de LA COMPAÑÍA.	X
Dictamen o Certificado Médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSA), en original o en certificación de reproducción notarial.	X

¹ La solicitud-certificado puede indicar la presentación de menos documentos obligatorios que los aquí listados. En este caso, junto con la solicitud de pago del siniestro, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en la solicitud-certificado.

² Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

El aviso de siniestro y pago de la cobertura se realizará en la forma y plazos establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza.

Microseguro Crece Protegido

CLÁUSULA ADICIONAL - COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (INDEMNIZACIÓN)

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la siguiente Cláusula Adicional, la cual será accesoria al Microseguro Crece Protegido, en tanto sea pactado en la Solicitud-Certificado de Seguro correspondiente.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza, así como por la normativa vigente.

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, a EL ASEGURADO cuando éste configure una ITP por accidente, consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o intelectuales, que le impida desempeñar cualquier ocupación para la que esté preparado por su educación, capacidad o experiencia.

Este seguro cubre la Invalidez Total y Permanente que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza. Asimismo, **deberá tratarse de una pérdida o disminución que implique:**

1. Fractura incurable de la columna vertebral.
2. Pérdida total de la visión de ambos ojos.
3. Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos.
4. Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.
5. Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.
6. Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie.
7. Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.

La invalidez debe estar sustentada en un Dictamen o Certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC) que indique el porcentaje de invalidez y que es total y permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos detallados en el cuadro anterior, sino además que tal situación implica una pérdida o disminución en un porcentaje mayor o igual que dos tercios (2/3 o 66.7%) de la capacidad de trabajo, definido de acuerdo con los criterios de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones (Resolución N° 232-98-EF/SAFP) y el Manual de Normas Técnicas Médicas de Evaluación y Calificación de Invalidez (Resolución 058-94-EF/SAFP).

La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique un diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas en el cuadro anterior), la naturaleza de la invalidez (permanente) y su grado (total o de gran invalidez); definido de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA que aprueba la

directiva sanitaria “Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez – D.S. N° 166-2005-EF”.

2. SUMA ASEGURADA: XXX

3. 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/o Solicitud Certificado, según corresponda.

4. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios¹ requeridos para solicitar el pago del siniestro, detallados en la tabla adjunta:

Documentos ²	ITP por Accidente
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple).	X3
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial).	X3
Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica de EL ASEGURADO o Informe Médico original en Formato de LA COMPAÑÍA.	X
Dictamen o certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSA), en original o en certificación de reproducción notarial.	X

1 La solicitud-certificado puede indicar la presentación de menos documentos obligatorios que los aquí listados. En este caso, junto con la solicitud de pago del siniestro, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en la solicitud-certificado.

2 Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

3 Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

El aviso de siniestro y pago de la cobertura se realizará en la forma y plazos establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza.

Microseguro Crece Protegido

CLÁUSULA ADICIONAL - COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la siguiente Cláusula Adicional, la cual será accesoria al Microseguro Crece Protegido, en tanto sea pactado en la Solicitud-Certificado de Seguro correspondiente.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza, así como por la normativa vigente.

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, a EL ASEGURADO que sea diagnosticado con cáncer; lo cual implica un tumor maligno de crecimiento y desarrollo incontrolado, que sea confirmado por análisis histopatológico. Esta definición incluye la leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin

No se encuentra dentro de la cobertura el diagnóstico de cáncer de piel que no fuera un melanoma maligno ni displasia cervical (NIC I, II y III).

La presente cobertura entra en vigencia luego de 30 días calendarios posteriores a su contratación y solo cubre un evento durante la vigencia de la póliza de seguro.

2. SUMA ASEGURADA: XXX

3. 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/o Solicitud Certificado, según corresponda.

4. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios¹ requeridos para solicitar el pago del siniestro, detallados en la tabla adjunta:

Documentos ²	INDEMNIZACIÓN POR CANCER
Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica donde se evidencie el diagnóstico o condición cubierta por la cláusula adicional o Informe Médico original en formato de LA COMPAÑÍA.	X

Informe Anatomopatológico histológico de biopsia Positivo realizado por el médico oncólogo tratante en original o certificación notarial.	X
--	----------

1 La solicitud-certificado puede indicar la presentación de menos documentos obligatorios que los aquí listados. En este caso, junto con la solicitud de pago del siniestro, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en la solicitud-certificado.

2 Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

El aviso de siniestro y pago de la cobertura se realizará en la forma y plazos establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza.

Microseguro Crece Protegido

CLÁUSULA ADICIONAL - COBERTURA DE ADELANTO POR DISPLASIA

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la siguiente Cláusula Adicional, la cual será accesoria al Microseguro Crece Protegido, según lo pactado en la Solicitud-Certificado de Seguro correspondiente.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza, así como por la normativa vigente.

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

A efectos de la presente cláusula adicional, la displasia cervical se entiende como cambios anormales en las células de la superficie del cuello uterino. Estos cambios no son cáncer, pero pueden considerarse como lesiones precancerosas. Esto quiere decir que pueden provocar cáncer de cuello uterino si no se tratan. La displasia se observa en una biopsia del cuello uterino y usa el término neoplasia intraepitelial cervical (NIC).

Además, se agrupa en tres categorías: NICI: displasia leve, NICII: displasia moderada a acentuada y NICIII: displasia severa a carcinoma in situ.

Solo en caso de diagnóstico de displasia cervical moderada a acentuada (NICII) o severa a carcinoma in situ (NICIII) se pagará un adelanto de la suma asegurada correspondiente a la cobertura de muerte natural.

El adelanto pagado como consecuencia de la presente cláusula adicional se descontará de la suma asegurada a pagar de la cobertura principal de muerte natural y que consta en el Certificado de Seguro de la Póliza.

Solo se cubre X evento(s) durante la vigencia de la póliza de seguro.

2. SUMA ASEGURADA: XXX

3. 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/o Solicitud Certificado, según corresponda.

4. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios¹ requeridos para solicitar el pago del siniestro detallados en la tabla adjunta:

Documentos2	ADELANTO POR DISPLASIA
Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica donde se evidencie el diagnóstico o condición cubierta por la cláusula adicional o Informe Médico original en formato de LA COMPAÑÍA.	X
Examen de Papanicolaou en original o certificación de reproducción notarial.	X
Boleta o factura del centro de salud privado o público por la consulta en la que se efectuó el diagnóstico, que indique el nombre completo del asegurado, fecha de atención, Firma y sello del médico con CMP (original o certificación de reproducción notarial).	X
Boleta o Factura del examen de papanicolau, que indique el nombre completo del asegurado y fecha de atención (original o certificación de reproducción notarial).	X

1 La solicitud-certificado puede indicar la presentación de menos documentos obligatorios que los aquí listados. En este caso, junto con la solicitud de pago del siniestro, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en la solicitud-certificado.

2 Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

El aviso de siniestro y pago de la cobertura se realizará en la forma y plazos establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza.

Microseguro Crece Protegido

CLÁUSULA ADICIONAL- COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍA DE EMERGENCIA

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la siguiente Cláusula Adicional, la cual será accesoria al Microseguro Crece Protegido, en tanto sea pactado en la Solicitud-Certificado de Seguro correspondiente.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza, así como por la normativa vigente.

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará a EL ASEGURADO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, cuando sea internado en un Establecimiento Hospitalario a consecuencia de una emergencia y sometido a una cirugía, en un plazo máximo de siete (7) días calendario desde su ingreso por la unidad de emergencia.

Para efectos de la aplicación de la presente cobertura, se entiende como Establecimiento Hospitalario al Establecimiento de Salud que cuente con una Unidad de Emergencia y con las instalaciones y las autorizaciones pertinentes para el internamiento de los pacientes para pernoctar en él.

La presente cobertura entra en vigencia luego de 45 días calendarios posteriores a su contratación.

2. 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/o Solicitud Certificado, según corresponda.

3. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios¹ requeridos para solicitar el pago del siniestro, detallados en la tabla adjunta:

Documentos ²	INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍA DE EMERGENCIA
Constancia de atención por emergencia, con indicación del periodo en el que permaneció en la unidad de emergencia y hospitalización del Establecimiento Hospitalario.	X
Informe médico del Establecimiento Hospitalario en el que se efectuó la cirugía, de acuerdo al diagnóstico que originó la emergencia (original o certificación de reproducción notarial).	X
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple) 3.	X

Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial) 3.	X
--	---

1 La solicitud-certificado puede indicar la presentación de menos documentos obligatorios que los aquí listados. En este caso, junto con la solicitud de pago del siniestro, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en la solicitud-certificado.

2 Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

3 Aplica en caso de accidente, siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

El aviso de siniestro y pago de la cobertura se realizará en la forma y plazos establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza.

Microseguro Crece Protegido

CLÁUSULA ADICIONAL-COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER HOMBRE/MUJER

Crece Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la siguiente Cláusula Adicional, la cual será accesoria al Microseguro Crece Protegido, en tanto sea pactado en la Solicitud-Certificado de Seguro correspondiente.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza, así como por la normativa vigente.

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, a EL ASEGURADO que sea diagnosticado con cáncer de estómago, próstata y/o pulmón si se trata de un hombre, o de útero, ovario y/o mama si se trata de una mujer. Entendiendo que el cáncer implica un tumor maligno de crecimiento y desarrollo incontrolado, que sea confirmado por análisis histopatológico.

No se encuentra dentro de la cobertura el diagnóstico de displasia cervical (NIC I, II y III)

La presente cobertura entra en vigencia luego de 30 días calendarios posteriores a su contratación y cubre X eventos durante la vigencia de la póliza de seguro.

2. 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/o Solicitud Certificado, según corresponda.

3. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios¹ requeridos para solicitar el pago del siniestro, detallados en la tabla adjunta:

Documentos ²	INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER
Copia debidamente foliada y fedeateada de Historia Clínica completa donde se evidencie el diagnóstico o condición cubierta por la presente cláusula adicional y los procedimientos realizados que lo sustenten, o epicrisis completa (original o certificación de reproducción notarial).	X

Informe Anatomopatológico histológico de biopsia positivo, realizado por el médico oncólogo tratante (original o certificación X de reproducción notarial).	
---	--

1 La solicitud-certificado puede indicar la presentación de menos documentos obligatorios que los aquí listados. En este caso, junto con la solicitud de pago del siniestro, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en la solicitud-certificado.

2 Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

El aviso de siniestro y pago de la cobertura se realizará en la forma y plazos establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza.