

Familia Protegida

Cláusula Adicional- 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. DEFINICIONES

Accidente: Todo suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL 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.**

2. COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, cuando EL ASEGURADO fallezca como consecuencia de un Accidente.

3. BENEFICIARIOS

El indicado en la Solicitud-Certificado, o en su defecto, los herederos legales del Asegurado.

4. DOCUMENTOS Y PROCEDIMIENTO PARA PAGO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro, EL BENEFICIARIO deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, si EL BENEFICIARIO prueba su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

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 a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL BENEFICIARIO deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los documentos obligatorios requeridos para solicitar la cobertura del siniestro, detallados a continuación:

1. Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial)*.
2. Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial)*.
3. Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial) **.
4. Protocolo de Necropsia (copia simple) **.
5. Atestado Policial completo (copia simple).
6. Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial).
7. En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS en la Solicitud-Certificado, éstos serán sus herederos legales. Para acreditar dicha condición de herederos legales será necesario presentar Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado, según corresponda, expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos o Resolución Judicial de Declaración de Herederos.

*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.

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

LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario, contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa a LA COMPAÑÍA o al Comercializador.

El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente a EL BENEFICIARIO. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL BENEFICIARIO comunicándosele la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviados al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud-Certificado.

5. PRIMA

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

6. 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.

7. 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 o de los siniestros que den lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en la Póliza, detalladas en las Condiciones Particulares de la misma.

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.

Familia Protegida

Cláusula Adicional -Renta Familiar

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

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

1. DEFINICIONES

Accidente: Todo suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. **No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.**

2. COBERTURA

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, a causas naturales o por un accidente, durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑÍA pagará una indemnización por la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares y la Solicitud –Certificado de Seguro, dicha Suma Asegurada se pagará en la(s) parte(s) y plazo(s) acordados con el BENEFICIARIO, como máximo dentro del período de un (1) año.

3. BENEFICIARIOS

El indicado en la Solicitud-Certificado, o en su defecto, los herederos legales del Asegurado.

4. DOCUMENTOS Y PROCEDIMIENTO PARA PAGO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro, EL BENEFICIARIO deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, si EL BENEFICIARIO prueba su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

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 a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL BENEFICIARIO deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los documentos obligatorios requeridos para solicitar la cobertura del siniestro, detallados a continuación:

En caso de Muerte Natural:

1. Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial)*.
2. Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial)*.
3. En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS en la Solicitud-Certificado, éstos serán sus herederos legales. Para acreditar dicha condición de herederos legales será necesario presentar Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado según corresponda expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos o Resolución Judicial de Declaración de Herederos.

En caso de Muerte Accidental:

1. Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial)*.
2. Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial)*.
3. Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial) **.
4. Protocolo de Necropsia (copia simple) **.
5. Atestado Policial completo (copia simple).
6. Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial).
7. En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS en la Solicitud-Certificado, éstos serán sus herederos legales. Para acreditar dicha condición de herederos legales será necesario presentar Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado, según corresponda, expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos o Resolución Judicial de Declaración de Herederos.

*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.

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

LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario, contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa a LA COMPAÑÍA o al Comercializador.

El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente al BENEFICIARIO. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL BENEFICIARIO

comunicándosele la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviados al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud-Certificado.

5. PRIMA

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

6. 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.

7. 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 o de los siniestros que den lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en la Póliza, detalladas en las Condiciones Particulares de la misma.
- 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.

Familia Protegida

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. DEFINICIONES

Accidente: Todo suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL 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.**

Desamparo súbito familiar: situación imprevisible en la que fallece el Asegurado, su cónyuge o conviviente como consecuencia de un mismo accidente, máximo dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente.

2. COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado y su cónyuge o conviviente, como consecuencia de un mismo Accidente, se otorgará una indemnización equivalente a la suma asegurada indicada en la Solicitud – Certificado y/o Condiciones Particulares de la Póliza, a los hijos menores de edad y a los hijos mayores de edad incapacitados de manera total y permanente.

Ambos fallecimientos se deben producir en un plazo de 90 días desde la fecha del Accidente. La suma asegurada se reparte por partes iguales entre los hijos, que queden en situación de desamparo.

3. BENEFICIARIOS

Los hijos menores de edad del Asegurado y/o los hijos mayores de edad incapacitados de manera total y permanente del Asegurado.

4. DOCUMENTOS Y PROCEDIMIENTO PARA PAGO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro, EL BENEFICIARIO deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, si EL BENEFICIARIO prueba su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

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 a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL BENEFICIARIO deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los documentos obligatorios requeridos para solicitar la cobertura del siniestro, detallados a continuación:

1. Certificado Médico de Defunción del cónyuge o conviviente del asegurado (original o certificación de reproducción notarial).*

2. Partida o Acta de Defunción del cónyuge o conviviente del asegurado (copia certificada que expide la RENIEC o certificación de reproducción notarial)*.

3. Certificado de Necropsia del cónyuge o conviviente del asegurado. ** (original o certificación de reproducción notarial).

4. Protocolo de Necropsia del cónyuge o conviviente del asegurado. ** (copia simple).

5. Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado, según corresponda, expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos o Resolución Judicial de Declaración de Herederos (original).

6. Documento donde conste la filiación del Beneficiario con el Asegurado y con su cónyuge o conviviente, que puede ser:

- Copia certificada expedida por el RENIEC o certificación de reproducción notarial del Acta o partida de nacimiento del beneficiario.

- Copia certificada por el poder judicial de la sentencia de adopción firme o de la sentencia de declaración de paternidad firme.

- Copia certificada de la partida registral donde aparezca inscrito el contenido del testamento.

- Documento de fecha cierta donde conste el reconocimiento extrajudicial de la filiación (original o certificación de reproducción notarial).

7. Carné de discapacidad vigente, en caso el beneficiario sea mayor de edad (copia simple).

8. Acta o partida de matrimonio (copia certificada expedida por la RENIEC o certificación de reproducción notarial) o Copia certificada de la partida registral donde conste inscrita la unión de hecho en el registro personal de la oficina registral que corresponda al domicilio de los convivientes (en caso de convivencia) (original).

*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.

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

LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario, contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa a LA COMPAÑÍA o al Comercializador.

El pago puede efectuarse a través del Comercializador o directamente a EL BENEFICIARIO. En este último caso, la indemnización se considera pagada cuando sea puesta a disposición de EL BENEFICIARIO comunicándosele la forma y/o lugar donde se hará efectivo el pago. Dicha comunicación puede realizarse por escritos enviados al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica, según se señale en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud-Certificado.

5. PRIMA

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

6. 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.

7. 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 o de los siniestros que den lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en la Póliza, detalladas en las Condiciones Particulares de la misma.

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.

Familia Protegida

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. DEFINICIONES

Accidente: Todo suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. **No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.**

Invalidez Temporal y Permanente por Accidente (ITP): Pérdida o disminución permanente e irreversible de las funciones físicas o intelectuales de un asegurado, que le impide desempeñar cualquier ocupación como consecuencia de un mismo Accidente, según definición en este artículo.

2. COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará a EL ASEGURADO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado y Condiciones Particulares de la Póliza, cuando EL ASEGURADO pierda o disminuya permanente e irreversiblemente sus funciones físicas o intelectuales, que le impidan desempeñar cualquier ocupación, como consecuencia de un accidente.

Para acceder a la presente cobertura la ITP por Accidente no debe estar incluida dentro de las exclusiones de la Póliza.

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".

3. BENEFICIARIOS

El Asegurado.

4. DOCUMENTOS Y PROCEDIMIENTO PARA PAGO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro, EL ASEGURADO o el beneficiario deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, si EL ASEGURADO o el beneficiario prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

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 a gestionalcliente@crecerseguros.pe.

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO y/o el BENEFICIARIO deberá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los documentos obligatorios requeridos para solicitar la cobertura del siniestro detallados a continuación:

1. Dictamen o Certificado Médico de Invalidez 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 certificación de reproducción notarial.
2. Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial).
3. Atestado Policial completo (copia simple).

LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario, contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa a LA COMPAÑÍA o al Comercializador.

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

5. PRIMA

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

6. 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.

7. 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 o de los siniestros que den lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en la Póliza, detalladas en las Condiciones Particulares de la misma.

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.

CLÁUSULA ADICIONAL - HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la siguiente Cláusula Adicional, la cual podrá ser accesoria a las Condiciones Generales (en adelante "la Póliza Principal"), según se pacte en las Condiciones Particulares y se señale en la Solicitud-Certificado. Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza Principal, así como por la normativa vigente.

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA otorgará la suma asegurada por día a El ASEGURADO titular cuando éste sea hospitalizado a consecuencia de un accidente o enfermedad por el que deba ser internado por lo menos X días calendarios, de forma continua e ininterrumpida, en un establecimiento hospitalario por cualquier causa derivada del accidente o enfermedad.

El internamiento debe efectuarse máximo dentro de las 72 horas de producido el accidente a fin de obtenerse la cobertura.

Se cubre X evento(s) (internamiento) durante la vigencia del seguro y máximo X días de internamiento.

Periodo de Carencia y deducible de esta cobertura se detallan en la Solicitud Certificado y Condicionado Particular de esta póliza.

A los efectos de esta cobertura se aplica la siguiente definición:

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

2. SUMA ASEGURADA: Se indica en la Solicitud Certificado y Condiciones Particulares de la póliza.

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 de Seguro, según corresponda.

4. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO deberá entregar a LA COMPAÑÍA, o EL COMERCIALIZADOR, los siguientes documentos obligatorios¹ requeridos para solicitar el pago del siniestro; detallados en la tabla adjunta:

| Documentos ² | Hospitalización por Accidente o Enfermedad |
|---|--|
| Informe Policial completo o Carpeta Fiscal ³ (copia simple). | x |

| | |
|--|---|
| Dosaje etílico y Estudio químico toxicológico (copia simple)3. | x |
| Informe médico de la Institución médica membretado que indique los días de hospitalización, diagnóstico (s) o causas relacionadas (original) | 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 Principal.

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.

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.

CLÁUSULA ADICIONAL - INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la siguiente Cláusula Adicional, la cual será accesoria al Microseguro Familia Protegida, en tanto sea pactado en las Condiciones Particulares y 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, durante la vigencia de la Cláusula Adicional, tenga un Diagnóstico de Enfermedades Graves.

Para efectos de la presente cláusula adicional, se considerará como Diagnóstico de Enfermedades Graves, los siguientes:

- a. **Cáncer:** Implica la presencia por lo menos de un tumor maligno de crecimiento y desarrollo imprevisible que debe ser confirmado por análisis histológico.
- b. **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, nuevos cambios en el electrocardiograma y elevación de las enzimas cardíacas. El infarto debe haber ocurrido después de la fecha de inicio de cobertura.
- c. **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.
- d. **Coma:** Condición clínica grave ocasionada por múltiples causas, accidentales o por enfermedad; caracterizada por una pérdida profunda de conciencia, durante la cual el paciente permanece con los ojos cerrados y no responde a ningún tipo de estímulo externo por intenso que sea. Requiere ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos y el apoyo de un respirador artificial (ventilador). La satisfacción de todas sus necesidades vitales es completamente dependiente de terceros. El diagnóstico de coma se debe haber realizado después de la fecha de inicio de cobertura. Esta cobertura incluye el coma inducido.

Se cubre un solo evento (un solo diagnóstico de enfermedad grave) durante la vigencia del seguro.

Periodo de Carencia, suma asegurada y deducible de esta cobertura se detallan en la Solicitud Certificado y Condicionado Particular de esta póliza.

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

El ASEGURADO1 deberá presentar los siguientes documentos2 para solicitar esta cobertura adicional:

1.
 - I. Copia de la historia clínica donde se evidencien los diagnósticos y procedimientos realizados que sustenten el diagnóstico o condición cubierta por la Póliza (copia foliada y fedateada).
 - II. Informe anatómico patológico histológico de biopsia positivo, realizado por el médico oncólogo tratante (original o certificación de reproducción notarial). Aplica solo para diagnóstico de cáncer.

1. En caso el ASEGURADO fallezca durante el aviso de siniestro o solicitud de esta cobertura, se deberá presentar: Testamento, declaratoria de herederos o Sucesión intestada del ASEGURADO debidamente inscrita en los Registros Públicos (original o en certificación de reproducción notarial)

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. En caso de insuficiencia renal, la historia clínica deberá contener alguno de los siguientes exámenes: urografía excretoria, ecografía renal, dosaje de urea, creatinina, hemograma o examen de resonancia magnética.

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

4. BENEFICIARIOS

Los indicados en la Solicitud – Certificado y/o Condicionado Particular.

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:

1.
 - a. A la ocurrencia del siniestro o de los siniestros que den lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en la Póliza, detalladas en la Solicitud -Certificado y/o las Condiciones Particulares de la misma.
 - 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 las Coberturas Principales, cualquiera que sea la causa, por lo tanto, su vigencia dependerá de la vigencia de la Póliza.