

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

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

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

## 1. DEFINICIONES:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- El despido arbitrario, los actos de hostilidad del empleador equiparables al despido y las causas objetivas para la terminación colectiva de los contratos de trabajo contemplados en la normativa laboral vigente.
- La cesantía no imputable a la voluntad o conducta del Asegurado.
- El término del contrato de trabajo a plazo fijo, siempre y cuando el ASEGURADO haya laborado de manera ininterrumpida con el mismo empleador, por un periodo igual o mayor a un año.
- Mutuo disenso, siempre que exista una indemnización por los años de servicio y los montos indemnizatorios que la ley prevé en el caso de Desempleo Involuntario no atribuible al trabajador.

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

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

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

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

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

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

1.10. Periodo de carencia: Se define como el número de días calendario u horas contados a partir de la fecha de suscripción de la Solicitud o Solicitud-Certificado o emisión del Certificado durante el cual el ASEGURADO no está amparado por el seguro. Es decir que sus coberturas aún no se encuentran activas. **En caso de que ocurra un evento o siniestro durante el periodo de carencia, este no será cubierto durante todo el periodo de vigencia de la Póliza, ni en sus renovaciones, considerándose como excluido de cobertura.**

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

- Contrato de trabajo a tiempo indefinido, verbal o escrito, y se encuentren registrados en la planilla del empleador.

- Contrato de trabajo a plazo fijo, siempre que estén debidamente inscritos en el Ministerio de Trabajo y perciban un ingreso mensual producto de este contrato, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es mayor a un año.

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

## **2. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:**

Podrán asegurarse bajo esta cobertura de seguro las personas naturales deben cumplir las siguientes condiciones:

- Respecto a la edad:

o Edad mínima de ingreso al seguro: dieciocho (18) años cumplidos.

o Edad máxima de ingreso al seguro: "x" años.

o Edad máxima de permanencia: "x" años.

- Tener una relación laboral de dependencia con su empleador.

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

## **3. COBERTURA**

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

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

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

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

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

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

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

LA COMPAÑÍA pagará al CONTRATANTE y de ser el caso al ASEGURADO y/o a su(s) BENEFICIARIO(s) una indemnización hasta el límite de la suma asegurada, cuando el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente, según lo establecido en las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, en el Certificado de Seguro y/o en la Solicitud – Certificado de Seguro.

La indemnización será otorgada en la forma y plazos señalados en Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, en la Solicitud- Certificado o en el Certificado de Seguro, siempre y cuando, el ASEGURADO se encuentre en estado de Incapacidad Temporal.

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

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

### **4. BENEFICIARIOS**

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

### **5. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA**

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

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

#### **1. PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO**

##### **a) Para el pago:**

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por LA COMPAÑÍA.
- Liquidación de beneficios sociales y constancia del pago del beneficio por despido (original o certificación de reproducción notarial).

- Tres (03) últimas boletas de pago de remuneraciones, en las que se indique la fecha de inicio del contrato (original o certificación de reproducción notarial).
- Certificación Laboral (copia simple).
- Documento de Identidad del ASEGURADO (Copia Simple).
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Convenio de Cese por Mutuo Disenso y comprobante que acredite el pago de la liquidación de beneficios sociales, en caso corresponda.
- Carta o resolución de cese emitida por la empresa o institución respectivamente, o en caso de despido de facto o hecho, solo la constatación policial (copia simple).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

b) En caso aplique más de un pago, el asegurado deberá presentar para cada pago adicional:

- Declaración Jurada del ASEGURADO de encontrarse en situación de Desempleo Involuntario (original).
- Certificado de las doce (12) últimas aportaciones a la AFP o la ONP, emitido con posterioridad al mes de desempleo reclamado (original o certificación de reproducción notarial). En caso el ASEGURADO, se encuentre aportando por su cuenta a la AFP, adjuntar las constancias de pago y/o estado de cuenta emitido por la AFP donde figuren los últimos aportes realizados por el empleador (original o certificación de reproducción notarial).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

## 2. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

a) Para el pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por LA COMPAÑÍA.
- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO.
- Copia simple de la constancia de ingresos del Trabajador independiente (copia del certificado de 4ta o 3era categoría para independientes o recibo último de honorarios o factura por servicios prestados).
- Certificado médico o de Hospitalización detallado (días de reposo, causa de incapacidad, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, historia médica, clínica, hospital en donde recibió la asistencia médica, médico colegiado tratante y fecha de atención) en original o certificación de reproducción notarial, emitido por el médico tratante que acredite la situación de Incapacidad Temporal.
- Historia Médica completa del ASEGURADO (copia fedateada).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

b) En caso aplique más de un pago, el asegurado deberá presentar para cada pago adicional:

- Formulario de Declaración de Continuidad de Incapacidad, proporcionado por la Compañía, firmado por el asegurado (original).
- Certificado médico o de Hospitalización actualizado (original o certificación de reproducción notarial).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito o tarjeta de crédito, cuando corresponda.

Para las demás condiciones de aviso de siniestro y procedimiento para solicitar la cobertura se regirá bajo lo establecido en el artículo 15 del Condicionado General.

## **6. EXCLUSIONES**

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

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

LA COMPAÑÍA no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

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

### **6.2. EXCLUSIONES APLICABLES SOLO A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL:** La Compañía no cubre los Siniestros relacionados a consecuencia de:

- 1) Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el periodo de carencia.
- 2) Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.
- 3) Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puénting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.

4) Lesiones que el Asegurado sufra en el servicio militar, actos de guerra internacional (con declaración o no), guerra civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular o terrorismo.

5) Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez, o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/litro o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15gr/litro por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.

6) Manipulación de explosivos o armas de fuego.

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

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

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

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

11) Hernias y sus consecuencias.

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

## 7. PRIMA

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

## 8. SUSPENSIÓN Y/O TERMINACIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

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

a) A la ocurrencia del siniestro que dé lugar al pago del 100% de esta cobertura 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.