

Microseguro Crece Protegido

CLÁUSULA ADICIONAL - COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER

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; 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 de esta póliza el diagnóstico de cáncer de piel, a excepción de los Melanomas Malignos invasivos, ni displasia cervical (NIC I, II y III).

La presente cobertura entra en vigor luego del periodo de carencia señalado en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-certificado y solo cubre un evento durante la vigencia de la póliza de seguro.

2. SUMA ASEGURADA: La señalada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-certificado

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 ¹	INDEMNIZACIÓN POR CANCER
Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica donde se evidencie el diagnóstico o condición cubierta por la cláusula adicional, emitido por el Centro Médico donde se trata el Asegurado. 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. Emitido por el Centro Médico donde se trata el Asegurado.	X

1 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 el artículo de Aviso del Siniestro, solicitud y pago de siniestro incluido en las Condiciones Generales de esta Póliza.

5. EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no brindará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales.

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