

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 vigor luego del periodo de carencia indicado en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-certificado.

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 obligatorios requeridos para solicitar el pago del siniestro, detallados en la tabla adjunta:

Documentos ¹	INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER
Copia debidamente foliada y fedateada 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). Emitido por el Centro médico donde se trata el Asegurado.	X
Informe Anatomopatológico histológico de biopsia positivo, realizado por el médico oncólogo tratante (original o certificación de reproducción 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.

4. BENEFICIARIOS

Los indicados en la solicitud-certificado o en su defecto, los herederos legales del ASEGURADO.

5. EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no brindará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales y detalladas en la Solicitud-Certificado del microseguro.

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.**