

SEGURO DE ACCIDENTES

CLAUSULA ADICIONAL - REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS 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. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso que **EL ASEGURADO** sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, **LA COMPAÑÍA** reembolsará al ASEGURADO hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, por los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes necesarios para su curación y que sean incurridos dentro del plazo de 30 días calendarios contados desde la fecha de ocurrencia del accidente.

La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO, siempre y cuando, las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de esta Póliza, incluida las detalladas en esta Cláusula Adicional, y siempre que el ASEGURADO no haya sido indemnizado bajo el mismo concepto por otro seguro. En este último caso, aplicará en primer lugar el otro seguro, y los gastos no cubiertos por dicho seguro, serán reembolsados por la COMPAÑÍA hasta el límite señalado en las Condiciones Particulares y/o Certificado o Solicitud Certificado de Seguro, según corresponda. La Cláusula Adicional cubre también las lesiones del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

Se cubrirán máximo XXX eventos por año.

2. BENEFICIARIO

Para efectos de la presente Cláusula Adicional, el beneficiario es el indicado en el Certificado o Solicitud-Certificado del Seguro, según corresponda.

3. EXCLUSIONES

La Compañía no brindará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas en el Condicionado General o en el Certificado o Solicitud-Certificado para la cobertura principal y adicionalmente, en el siguiente supuesto de los accidentes y/o lesiones que ocurran a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a. **Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.**
- b. **Radiación nuclear.**
- c. **Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.**
- d. **Intento de suicidio o lesiones autoinfligidas, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.**
- e. **Participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.**
- f. **Durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca, y miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.**
- g. **El desempeño de alguna profesión u oficio riesgoso, entendiéndose por ellos aquellos que ponen en peligro la vida o el estado de salud del ASEGURADO: siendo las siguientes: (i) minero, (ii) bombero, (iii) vigilante, y (iv) miembro de las fuerzas armadas o policiales.**

4. FIN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

Le serán aplicables las causales de terminación indicadas en el Condicionado General, o cuando se haga efectiva la indemnización que cubre la misma.

5. DOCUMENTOS Y PROCEDIMIENTO PARA PAGO DEL SINIESTRO

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO deberá entregar a LA COMPAÑÍA, o EL COMERCIALIZADOR, los siguientes documentos obligatorios requeridos para evaluar el pago del siniestro:

- a. **Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió; elaborado por el ASEGURADO (Original)**
- b. **Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables. (Original o Certificación de reproducción notarial)**
- c. **En el caso de accidentes de tránsito en los que el ASEGURADO sea el conductor del vehículo, resultado de Dosaje Etílico; Puede estar incluido en el Informe policial (Original o Certificación de reproducción notarial). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.**
- d. **Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos (Original o Certificación de reproducción notarial)**

En caso el ASEGURADO haya fallecido antes del cobro de la indemnización, se encontrará facultado para realizar el trámite de cobertura el BENEFICIARIO quien deberá presentar, adicionalmente:

- e. **En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS en la Solicitud o Solicitud -Certificado, estos serán sus herederos legales, los cuales deberán presentar: Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que lo designe, según corresponda; (Original o Certificación de reproducción notarial)**
- f. **Documento de identidad del BENEFICIARIO.**

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.

6. 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 el Certificado de Seguro o en la Solicitud-Certificado.

SEGURO DE ACCIDENTES

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

- **Invalidez Total 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.

Para efectos de esta cobertura, se considerará ITP siempre que el asegurado presente alguna de las siguientes condiciones dentro del plazo de dos (2) años de ocurrido un accidente acontecido durante la vigencia del seguro principal.

1.
 - a. Pérdida total de la visión de ambos ojos;
 - b. Pérdida total de ambos brazos;
 - c. Pérdida total de ambas manos;
 - d. Pérdida total de ambas piernas
 - e. Pérdida total de ambos pies;
 - f. Pérdida total de una mano y de un pie;
 - g. Fractura incurable de la columna vertebral;
 - h. Estado absoluto de descerebramiento ocasionado por accidente que no permita al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.

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. COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará a EL ASEGURADO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, Certificado y Condiciones Particulares de la Póliza, si EL ASEGURADO sufre, durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional. Esto se cumplirá, siempre y cuando, la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro para esta Cláusula Adicional, el seguro principal esté vigente a la fecha del accidente y la causa de la ITP no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la presente Cláusula Adicional.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente cubierto por esta póliza.

La COMPAÑÍA cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

3. BENEFICIARIOS

El Asegurado.

4. DOCUMENTOS Y PROCEDIMIENTO PARA PAGO DEL SINIESTRO

Para solicitar la cobertura correspondiente, **EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO** deberá entregar a **LA COMPAÑÍA, o EL COMERCIALIZADOR,** los siguientes documentos obligatorios requeridos para evaluar el pago del siniestro:

1. Documento Nacional de identidad del ASEGURADO (copia simple).
2. Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente (si es que se indicaran) y sus consecuencias conocidas o probables, en original o certificación de reproducción notarial.
3. Dictamen o Certificado Médico de Invalidez emitido por Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud (MINSa), el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o la entidad que la sustituya en el que se declare la condición de Invalidez Total y Permanente, en original o certificación de reproducción notarial.

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. 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. FIN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

Le serán aplicables las causales de terminación indicadas en el Condicionado General, o cuando se haga efectiva la indemnización que cubre la misma.