

# Seguro de Invalidez por Accidente

## CLÁUSULA ADICIONAL - COBERTURA DE SOBREVIVENCIA

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 del Seguro de Invalidez por Accidente (en adelante "la póliza principal"), según lo pactado en Las Condiciones Particulares o Solicitud de Seguro, según corresponda.

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 de la normativa vigente.

### 1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA devolverá a EL ASEGURADO el X% de la totalidad de las primas netas pagadas (no incluye IGV), cuando el mismo mantuviera vigente su póliza por X años, computados desde la fecha de contratación del seguro, sin que se verifique siniestro alguno por la cobertura principal ni fallecimiento del ASEGURADO por cualquier causa.

**Dicha devolución solo aplica ante la solicitud del asegurado, siendo el pago del beneficio efectuado al fin de la vigencia de la póliza de seguro principal, determinado en la Condiciones Particulares, luego de verificados los requisitos del párrafo anterior.**

La cobertura de la presente cláusula adicional implica la extinción de la póliza de seguro principal.

### 2. SUMA ASEGURADA: XXX

### 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 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, su solicitud de cobertura junto con una copia de su DNI.

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

# Seguro de Invalidez por Accidente

## CLÁUSULA ADICIONAL - COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER

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 del Seguro de Invalidez por Accidente (en adelante "la Póliza Principal"), según lo pactado en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro, según corresponda.

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 de la normativa vigente.

### 1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares y o Solicitud de Seguro, según corresponda, a EL ASEGURADO que sea diagnosticado con cáncer; lo cual implica un tumor maligno de crecimiento y desarrollo incontrolado, que sea confirmado por análisis histológico. 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 cláusula adicional, el diagnóstico de cáncer de piel, a excepción de los Melanomas Malignos invasivos.

La presente cobertura quedará sin efecto en caso de fallecimiento de EL ASEGURADO, por cualquier causa diferente al hecho cubierto en esta cláusula adicional.

El otorgamiento de la cobertura de la presente cláusula adicional no genera la extinción de la póliza principal, ni de la cláusula adicional de sobrevivencia, en caso esta última se hubiera contratado.

### 2. SUMA ASEGURADA: XXX

### 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 de Seguro de la Póliza Principal, según corresponda.

### 4. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

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

|             |                             |
|-------------|-----------------------------|
| Documentos1 | INDEMNIZACIÓN<br>POR CANCER |
|-------------|-----------------------------|

|   |   |
|---|---|
| Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica donde se evidencie el diagnóstico o condición cubierta por la cláusula adicional 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.   | 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 las Condiciones Generales de la Póliza Principal.

#### **4. EXCLUSIONES**

**La Compañía no brindará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales.**

**Adicionalmente, tampoco indemnizará a EL ASEGURADO en caso el siniestro haya ocurrido por las siguientes causas:**

- **Cáncer de piel en cualquiera de sus tipos, a excepción del melanoma maligno.**