

# Microseguro Crece Protegido

## CLÁUSULA ADICIONAL - COBERTURA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la siguiente Cláusula Adicional, la cual es accesoria al Microseguro Crece Protegido, en tanto así 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, por única vez, la suma asegurada indicada en la Solicitud-Certificado a EL BENEFICIARIO en alguno de los siguientes supuestos, de forma excluyente:

#### a) Muerte Natural:

Supone el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de una enfermedad o producto de la vejez, que no esté incurso en las Exclusiones de las Condiciones Generales de la Póliza y que tenga un crédito vigente en una Entidad Financiera

#### b) Muerte Accidental:

Supone el fallecimiento de EL ASEGURADO que tiene un crédito vigente en una Entidad Financiera, como consecuencia de un Accidente. La definición de muerte accidental es la misma indicada en el Artículo N°3 de las Condiciones Generales.

#### c) Invalidez Total y Permanente (ITP) por Enfermedad:

Se considera que EL ASEGURADO tiene una ITP por enfermedad, cuando éste haya perdido o disminuido, de forma permanente e irreversible, sus funciones físicas o intelectuales a causa de una enfermedad, que le impidan desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.

Para acceder a la presente cobertura, la ITP por enfermedad no debe estar incluida dentro de las exclusiones de las Condiciones Generales de la Póliza. Asimismo, **la enfermedad debe existir de modo continuo por un periodo no menor que seis (6) meses.**

La invalidez debe estar sustentada en 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".

#### **d) Invalidez Total y Permanente (ITP) por Accidente:**

Se considera que EL ASEGURADO tiene una ITP por accidente, cuando éste haya perdido o disminuido, de forma permanente e irreversible, sus funciones físicas o intelectuales a causa de un accidente, que le impidan desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.

Este seguro cubre la Invalidez Total y Permanente que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza. Asimismo, **deberá tratarse de una pérdida o disminución que implique:**

1. **Fractura incurable de la columna vertebral.**
2. **Pérdida total de la visión de ambos ojos.**
3. **Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos.**
4. **Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.**
5. **Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.**
6. **Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie.**
7. **Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.**

La invalidez debe estar sustentada en un Dictamen o Certificado Médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o el Comité Médico de la SBS (COMEC), donde se indique el porcentaje de invalidez y que la misma es total permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos detallados en el cuadro anterior, sino además que tal situación implica 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 058-94-EF/SAFP).

La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique un diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas en el cuadro anterior), la naturaleza de la invalidez (permanente) y su grado (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. SUMA ASEGURADA:** XXX

**3. BENEFICIARIO:** EL CONTRATANTE.

**4. 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.

#### **5. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO**

**Para solicitar la cobertura correspondiente, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO 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:**

| Documentos1  | Muerte Natural | Muerte Accidental | ITP por Enfermedad | ITP por Accidente |
|--|----------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| Certificado Médico de Defunción de (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el asegurado o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio.  | x              | x                 |                    |                   |
| Partida o Acta de Defunción. (copia certificada del RENIEC o certificación de reproducción notarial)   | x              | x                 |                    |                   |
| Certificado de Necropsia – es el documento que contiene las conclusiones del fallecimiento de la persona (original o certificación de reproducción notarial). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.  |                | x2                |                    |                   |
| Protocolo de Necropsia –es el documento donde se detallan los exámenes que se realizaran al cadáver en base a los hallazgos encontrados en el cuerpo (copia simple). Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.   |                | x2                |                    |                   |
| Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.   |                | x2                |                    | x2                |
| Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial). Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Publico, y es adicional al Dosaje etílico. |                | x2                |                    | x2                |
| Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica emitido por el Centro Médico donde se trata el Asegurado o Informe Médico original en Formato de LA COMPAÑÍA.  | x              |                   | x                  | x                 |
| Dictamen o certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio  |                |                   | x                  | x                 |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| de Salud (MINSA), en original o en certificación de reproducción notarial.  |   |   |   |   |
| Monto original y saldo insoluto de la deuda sin incluir intereses, moras, comisiones o gastos, emitido por la entidad titular del derecho de crédito (Original o Copia simple). | x | x | x | 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.

2 Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

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.

## 6. 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.

## 7. 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.

# CLÁUSULA ADICIONAL - COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD (INDEMNIZACIÓN)

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la siguiente Cláusula Adicional, la cual es accesoria al Microseguro Crece Protegido, en tanto así 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 en la normativa vigente.

## 1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA pagará por única vez una indemnización, equivalente a la suma asegurada indicada en la Solicitud Certificado, a EL ASEGURADO cuando éste configure una ITP por enfermedad, entendida ésta como la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o intelectuales a causa de una enfermedad, que le impidan desempeñar cualquier ocupación para la cual esté preparado por su educación, capacitación o experiencia.

Para acceder a la presente cobertura la ITP por enfermedad no debe estar incluida dentro de las exclusiones de la Póliza. Asimismo, **la enfermedad debe existir de modo continuo por un periodo no menor que seis (6) meses.**

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

| Documentos <sup>1</sup>  | ITP por Enfermedad |
|--|--------------------|
| Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica de EL ASEGURADO se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado se ha tratado o Informe Médico original en Formato de LA COMPAÑÍA.   | X                  |
| Dictamen o Certificado Médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSA), en original o en certificación de reproducción notarial. | X                  |

<sup>1</sup> 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 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.

# CLÁUSULA ADICIONAL - COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (INDEMNIZACIÓN)

Crecer 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 cuando éste configure una ITP por accidente, consistente en la pérdida o disminución permanente e irreversible de sus funciones físicas o intelectuales, que le impida desempeñar cualquier ocupación para la que esté preparado por su educación, capacidad o experiencia.

Este seguro cubre la Invalidez Total y Permanente que ocurra como consecuencia de un accidente, que no esté incluido dentro de las exclusiones de la Póliza. Asimismo, **deberá tratarse de una pérdida o disminución que implique:**

1. **Fractura incurable de la columna vertebral.**
2. **Pérdida total de la visión de ambos ojos.**
3. **Pérdida total o funcional de ambos brazos o de ambas manos.**
4. **Pérdida total o funcional de ambas piernas o de ambos pies.**
5. **Pérdida total o funcional de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.**
6. **Pérdida total o funcional de una mano y un pie o de un brazo y un pie.**
7. **Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.**

La invalidez debe estar sustentada en 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 indique el porcentaje de invalidez y que es total y permanente. En estos casos, deberá señalarse no solo la existencia de cualquiera de los supuestos detallados en el cuadro anterior, sino además que tal situación implica 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 058-94-EF/SAFP).

La invalidez también puede estar sustentada por un Certificado Médico de Invalidez (CMI) emitido por ESSALUD o por el Ministerio de Salud; en el cual se indique un diagnóstico (que implique una de las situaciones previamente enumeradas en el cuadro anterior), la naturaleza de la invalidez (permanente) y su grado (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. 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 obligatorios<sup>1</sup> requeridos para solicitar el pago del siniestro, detallados en la tabla adjunta:

| Documentos <sup>2</sup>  | ITP por Accidente |
|--|-------------------|
| Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple). Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.   | X3                |
| Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple) <sup>3</sup> . Puede estar incluido en el Informe policial. Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, y es adicional al Dosaje etílico. | X3                |
| Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica de EL ASEGURADO se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado se ha tratado o Informe Médico original en Formato de LA COMPAÑÍA.   | X                 |
| Dictamen o certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSA), en original o en certificación de reproducción notarial.   | X                 |

1 La solicitud-certificado puede indicar la presentación de menos documentos obligatorios que los aquí listados. En este caso, junto con la solicitud de pago del siniestro, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en la solicitud-certificado.

2 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.

3 Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

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 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.**

# 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 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 obligatorios<sup>1</sup> requeridos para solicitar el pago del siniestro, detallados en la tabla adjunta:

| Documentos <sup>1</sup>  | 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.**

# CLÁUSULA ADICIONAL - COBERTURA DE ADELANTO POR DISPLASIA

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la siguiente Cláusula Adicional, la cual será accesoria al Microseguro Crece Protegido, según lo 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

A efectos de la presente cláusula adicional, la displasia cervical se entiende como cambios anormales en las células de la superficie del cuello uterino. Estos cambios no son cáncer, pero pueden considerarse como lesiones precancerosas. Esto quiere decir que pueden provocar cáncer de cuello uterino si no se tratan. La displasia se observa en una biopsia del cuello uterino y usa el término neoplasia intraepitelial cervical (NIC).

Además, se agrupa en tres categorías: NICI: displasia leve, NICII: displasia moderada a acentuada y NICIII: displasia severa a carcinoma in situ.

**Solo en caso de diagnóstico de displasia cervical moderada a acentuada (NICII) o severa a carcinoma in situ (NICIII) se pagará un adelanto de la suma asegurada correspondiente a la cobertura de muerte natural.**

El adelanto pagado como consecuencia de la presente cláusula adicional se descontará de la suma asegurada a pagar de la cobertura principal de muerte natural y que consta en el Certificado de Seguro de la Póliza.

**Solo se cubren el o los evento(s) señalados en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-certificado 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 obligatorios requeridos para solicitar el pago del siniestro detallados en la tabla adjunta:

| Documentos <sup>1</sup>   | ADELANTO POR DISPLASIA |
|---|------------------------|
| Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica donde se evidencie el diagnóstico o condición cubierta por la cláusula adicional, | X                      |

|  |   |
|--|---|
| emitido por el Centro Médico donde se trata el Asegurado, o Informe Médico original en formato de LA COMPAÑÍA.   |   |
| Examen de Papanicolaou en original o certificación de reproducción notarial. Emitido por el Centro Médico donde se trata el Asegurado.   | X |
| Boleta o factura del centro de salud privado o público por la consulta en la que se efectuó el diagnóstico, que indique el nombre completo del asegurado, fecha de atención, Firma y sello del médico con CMP (original o certificación de reproducción notarial). Emitido por el Centro Médico donde se trata el Asegurado. | X |
| Boleta o Factura del examen de Papanicolau, que indique el nombre completo del asegurado y fecha de atención (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.

## 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.

# CLÁUSULA ADICIONAL- COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍA DE EMERGENCIA

Crecer 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 a EL ASEGURADO una indemnización, equivalente a la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, cuando sea internado en un Establecimiento Hospitalario a consecuencia de una emergencia y sometido a una cirugía, en un plazo máximo de siete (7) días calendario desde su ingreso por la unidad de emergencia.

Para efectos de la aplicación de la presente cobertura, se entiende como Establecimiento Hospitalario al Establecimiento de Salud que cuente con una Unidad de Emergencia y con las instalaciones y las autorizaciones pertinentes para el internamiento de los pacientes para pernoctar en él. **La presente cobertura entra en vigencia luego del periodo de carencia señalado 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 <sup>1</sup>  | INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍA DE EMERGENCIA |
|--|---|
| Constancia de atención por emergencia, con indicación del periodo en el que permaneció en la unidad de emergencia y hospitalización del Establecimiento Hospitalario (original o certificación de reproducción notarial). Emitido por el Establecimiento Hospitalario donde se trata el Asegurado. | X                                       |
| Informe médico del Establecimiento Hospitalario en el que se efectuó la cirugía, de acuerdo con el diagnóstico que originó la emergencia (original o certificación de reproducción notarial). Emitido por el Centro Establecimiento Hospitalario donde se trata el Asegurado.                      | X                                       |
| Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple) 2. Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.   | X                                       |

|   |          |
|---|----------|
| <b>Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple). (Puede estar incluido en el Informe policial) 2. Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, y es adicional al Dosaje etílico.</b> | <b>X</b> |
|---|----------|

**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.**

**2 Aplica en caso de accidente, siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.**

**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.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.**

#### **5. 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.**

# CLÁUSULA ADICIONAL-COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER HOMBRE/MUJER

Crecer 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 <sup>1</sup>  | 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.**

# Microseguro Crece Protegido

## CLÁUSULA ADICIONAL - INDEMNIZACIÓN POR SEPELIO

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 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 a EL BENEFICIARIO una indemnización por sepelio, equivalente a la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado, cuando EL ASEGURADO fallezca como consecuencia de una enfermedad o de un Accidente.

En caso de fallecimiento accidental, es condición que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra dentro del periodo señalado en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado, contado desde la fecha de ocurrencia del accidente

### 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. BENEFICIARIOS

Los indicados en la Solicitud-Certificado, o en su defecto, los herederos legales del Asegurado

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

Para solicitar la cobertura correspondiente, EL BENEFICIARIO deberá entregar a LA COMPAÑÍA, o EL COMERCIALIZADOR, los siguientes documentos obligatorios\* requeridos para solicitar el pago del siniestro; detallados en la siguiente lista:

#### En caso de Muerte Natural:

1. Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el médico que certifica la muerte en el domicilio.
2. Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).

3. En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS en la Solicitud-Certificado, éstos serán sus herederos legales. Para acreditar dicha condición de herederos legales será necesario presentar Copia Literal de la inscripción definitiva de: la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado, según corresponda expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos o Resolución Judicial de Declaración de Herederos.

#### **En caso de Muerte Accidental:**

1. Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio.

2. Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).

3. Certificado de Necropsia (original o certificación de reproducción notarial) \*\*. Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.

4. Protocolo de Necropsia (copia simple) \*\*. Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.

5. Atestado Policial completo (copia simple) \*\*. Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.

6. Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial) \*\*. Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Publico, y es adicional al Dosaje etílico.

7. En caso EL ASEGURADO no haya designado a los BENEFICIARIOS en la Solicitud-Certificado, éstos serán sus herederos legales. Para acreditar dicha condición de herederos legales será necesario presentar Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado, según corresponda, expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos o Resolución Judicial de Declaración de Herederos.

(\*) 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.

(\*\*) Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

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 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.