

Accidentes de Estudiantes

1. 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. COBERTURA

La Compañía indemnizará al Beneficiario, la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, por esta cobertura si a causa de un Accidente el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente.

Se entregará la indemnización siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo a los términos y condiciones pactadas en ella. En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el accidente debe haber ocurrido durante la vigencia de la Póliza y la Invalidez se manifieste en un plazo máximo de dos (02) años de ocurrido el siniestro.

Se considera una Invalidez Total y Permanente a lo siguiente:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- Fractura incurable de la columna vertebral que determinase la invalidez total y permanente.
- Pérdida total de los ojos.
- Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos.
- Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.
- Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna.
- Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.
- Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

El Asegurado calificado en condición de Invalidez Total y Permanente es aquel definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo y que requiera indispensablemente del auxilio de otra persona para moverse o para realizar las funciones esenciales para la vida.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, el Beneficiario es el **Asegurado** indicado en la solicitud-certificado.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, La Compañía podrá reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.

El Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos:

1. Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por el Ministerio de Salud o los Servicios de Seguridad Social (ESSALUD) o la COMAFP (Comisión médico de las AFP) y/o COMEC (Comisión médica de la SBS). (Original o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada).
2. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial completo, en caso corresponda.
3. Copia Certificada del Resultado de dosaje etílico y toxicológico del Asegurado, en caso corresponda.

Una vez que el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del Siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Asegurado cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud-Certificado de Seguro, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica, en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Asimismo, el Asegurado reconoce que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

El Asegurado perderá el derecho a ser indemnizado, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, el Asegurado o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados en la presente cláusula adicional.

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 en la Solicitud-Certificado.

5. 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.

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) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.
- c) 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.

2. Cláusula Adicional - Invalidez Parcial 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. COBERTURA

La Compañía indemnizará al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada, por esta cobertura si a causa de un Accidente, el Asegurado sufre una invalidez parcial permanente, de acuerdo al grado de invalidez permanente sufrido.

El grado de invalidez parcial y permanente se determinará basándose en la siguiente tabla de indemnizaciones:

Cabeza:

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

Miembros Superiores:

	Derecho	Izquierdo
Pérdida de un brazo (arriba del codo)	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida del dedo pulgar de la mano	20%	18%
Pérdida del dedo índice	16%	14%
Pérdida del dedo medio	12%	10%
Pérdida del dedo anular	10%	8%
Pérdida del dedo meñique	6%	4%

En caso de que el Asegurado hubiese declarado en la Solicitud-Certificado de Seguro ser zurdo se invertirán los porcentajes de la indemnización fijada por la pérdida de los miembros superiores.

Miembros Inferiores

Pérdida de la pierna (por encima de la rodilla)	60%
Pérdida de la pierna (por debajo de la rodilla)	50%
Pérdida de un pie	35%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms.	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms.	8%
Pérdida del dedo gordo del pie	10%
Pérdida de cualquier otro dedo del pie	4%

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de la seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total de un miembro u órgano afectado.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, el Beneficiario es el Asegurado indicado en la solicitud-certificado.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, La Compañía podrá reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro.

En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.

El Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos:

- 1. Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico.**
- 2. Copia Certificado del Atestado o Parte Policial, en caso corresponda.**
- 3. Copia Certificada del Resultado de dosaje étílico y toxicológico del Asegurado, en caso corresponda.**

Una vez que el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del Siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Asegurado cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud-Certificado de Seguro, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica, en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Asimismo, el Asegurado reconoce que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

El Asegurado perderá el derecho a ser indemnizado, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, el Asegurado o terceras personas

debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente cláusula adicional.

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 en la Solicitud-Certificado.

4. 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.

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) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.**
- c) 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.**

3. Clausula Adicional - Gastos de Sepelio por Muerte Accidental

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. COBERTURA

La presente cobertura indemnizará por concepto de gastos de sepelio a los Beneficiarios o, en su defecto a los herederos legales, del Asegurado, la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares, después de acreditarse el fallecimiento de Asegurado como consecuencia de un Accidente.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, los beneficiarios son los indicados en la solicitud-certificado por el Asegurado, en caso de no precisarse, los herederos legales del Asegurado.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Los plazos y procedimiento para esta clausula se encuentran detallados en el artículo N° 13 del Condicionado General de esta póliza.

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 en la Solicitud-Certificado.

5. 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.

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) **Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.**
- c) **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.**

4. Cláusula Adicional- Gastos de Curación 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. COBERTURA

Se cubren los gastos de curación del Asegurado como consecuencia de un accidente hasta por la cantidad establecida como Suma Asegurada en la solicitud-certificado y/o Condiciones Particulares: los honorarios médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y prótesis quirúrgicas internas que fuesen necesarios.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, el Beneficiario es el Asegurado indicado en la solicitud-certificado.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, La Compañía podrá reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro.

En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.

El Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos:

Atenciones por Reembolso:

- a) Copia del documento de identidad del Asegurado, Partida de Nacimiento o carné de estudios.**
- b) Original de los comprobantes de pago de la Clínica u Hospital, donde haya sido hospitalizado el Asegurado.**
- c) Copia del Informe del médico que prestó los primeros auxilios al Asegurado, expresando: causas del accidente y sus consecuencias conocidas y probables.**

Atenciones en Centros Médicos Afiliados:

- a) **Copia del Documento de identidad del Asegurado o carné de estudios.**
- b) **Orden de Atención emitida al Asegurado por la persona encargada del Tópico, Enfermería o Departamento del Médico Contratante. Una vez que el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.**

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado o persona que haya tomado conocimiento del siniestro, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del Siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

El Asegurado perderá el derecho a ser indemnizado, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, el Asegurado o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente cláusula adicional.

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 en 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. 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) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.**
- c) 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.**

5. Cláusula Adicional - Gastos de Sepelio por Muerte Natural

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. COBERTURA

La presente cobertura indemnizará a los Beneficiarios o, en su defecto a los herederos legales, del Asegurado, un capital para los gastos funerarios, por el importe de la Suma Asegurada indicada en la Solicitud-Certificado y las Condiciones Particulares de la Póliza, después de acreditarse el fallecimiento de Asegurado por muerte natural.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, los beneficiarios son los indicados en la solicitud-certificado por el Asegurado, en caso de no precisarse, los herederos legales del Asegurado.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante, o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, La Compañía podrá reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.

El Contratante o Beneficiario deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos:

- 1. Acta o Partida y Certificado médico de defunción del Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)**
- 2. Documento de identidad (Copia simple) de los Beneficiarios. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)**
- 3. Inscripción definitiva en Registros Públicos de la Sucesión intestada o Testamento del Asegurado (original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada), en caso de no existir beneficiarios declarados en la Solicitud-Certificado.**

Una vez que el Contratante o Beneficiario(s) hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Contratante o Beneficiario(s), deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del Siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Asegurado cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud-Certificado de Seguro, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica, en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Asimismo, el Asegurado reconoce que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

El Contratante, o Beneficiario, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente cláusula adicional.

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 en la Solicitud-Certificado.

5. 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.

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) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.**
- c) 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.**

6. Cláusula Adicional - Desamparo Súbito Familiar del Asegurado

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. COBERTURA

La Compañía indemnizará al Asegurado, la Suma Asegurada indicada en la Solicitud-Certificado y/o Condiciones Particulares, si los dos padres del Asegurado sufren un mismo Accidente, en un mismo evento, que dé lugar al fallecimiento de ambos. El beneficio será indemnizado siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo con los términos y condiciones pactadas en ella.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, el beneficiario es el Asegurado indicado en la Solicitud-Certificado.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado, Contratante, o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, La Compañía podrá reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.

El Asegurado, Contratante, o Beneficiario deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos:

- 1. Acta o Partida y Certificado de defunción de los dos Padres del Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)**
- 2. Partida de nacimiento y Copia simple del DNI del Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)**
- 3. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial, si lo hubiere.**
- 4. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia de los dos Padres del Asegurado, si lo hubiere.**
- 5. Copia Certificada del Resultado del dosaje étílico y toxicológico de los Padres del Asegurado, si lo hubiere.**

Una vez que el Asegurado, Contratante o Beneficiario(s) hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado, Contratante, o Beneficiario, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del Siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Asegurado o personas naturales cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente cláusula adicional. En caso de indemnizaciones a menores de edad, se considerará lo dispuesto en el Artículo 451 del Código Civil.

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 en la Solicitud-Certificado.

5. 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.

6. SUSPENSIÓN Y/O TERMINACIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

La cobertura de la presente Cláusula terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.
- b) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.
- c) 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.

8. Cláusula Adicional - Exoneración de Pago de Primas

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. COBERTURA

De producirse el fallecimiento o la invalidez total y permanente por accidente o enfermedad del responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, la Compañía exonerará al Contratante de cualquier pago relacionado a la prima correspondiente a dicho Asegurado, por la Póliza principal, hasta el término de sus estudios en la Institución Educativa del Asegurado, siempre y cuando el Contratante renueve la póliza de seguro con la Compañía de Seguros.

La exoneración se dará hasta el término de los estudios en la Institución Educativa del Asegurado, siempre y cuando la Póliza principal se encuentre vigente.

Se considera una Invalidez Total y Permanente por accidente a lo siguiente:

- **Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al responsable del Pago de las Pensiones Estudiantiles del Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.**
- **Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente.**
- **Pérdida total de los ojos.**
- **Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos.**
- **Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.**
- **Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna.**
- **Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.**
- **Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.**

La Invalidez Total y Permanente originada a causa de una Enfermedad también es objeto de cobertura, es aquel estado patológico que ocasiona incapacidad y que sobreviene al responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado como consecuencia directa de su vida cotidiana.

El responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, calificado en condición de Invalidez Total y Permanente es aquel definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo y que requiera indispensablemente del auxilio de otra persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales para la vida.

La calificación de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, así como el tipo de indemnización que genera estará a cargo de la Compañía de acuerdo a las normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los afiliados

al Sistema Privado de Pensiones (SPP). En caso de desacuerdo con la decisión de la Compañía, las partes nombrarán un perito especializado, quien dirimirá la discrepancia. En caso de no concordar en el nombramiento del perito las partes se someterán a los mecanismos de solución de controversias convenidos.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente Cobertura Adicional, el beneficiario es el Contratante.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, La Compañía podrá reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro.

En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos:

- **En caso de fallecimiento del responsable del pago de la pensión educativa del Asegurado:**
 1. Acta o Partida y Certificado de Defunción del responsable del pago de la pensión estudiantil del Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
 2. Copia Certificada del Atestado Policial completo, si lo hubiere.
 3. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia del responsable del pago de la pensión estudiantil del Asegurado, si lo hubiere.
 4. Copia Certificada del Resultado del dosaje étílico y toxicológico del responsable del pago de la pensión estudiantil del Asegurado, si los hubiere.
 5. Boleta de pensión estudiantil del Asegurado.
- **En caso de Invalidez Total y Permanente del Responsable del pago de la pensión educativa del Asegurado:**
 1. Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por el Ministerio de Salud o los Servicios de Seguridad Social o la COMAFP (Comisión médico de las AFP) y/o COMEC (Comisión médica de la SBS).
 2. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial completo, en caso corresponda.

3. **Copia Certificada del Resultado de dosaje étílico y toxicológico del Responsable del pago de la pensión educativa del Asegurado, en caso corresponda.**
4. **Boleta de pensión estudiantil del Asegurado (última emitida al momento de ocurrencia del siniestro. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada**

Una vez que el Contratante, Asegurado o Beneficiario(s) hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del Siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Responsable de la Pensión Educativa del Asegurado, cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente cláusula adicional.

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 en la Solicitud-Certificado.

5. 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.

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) Cuando el Asegurado deja de estudiar en forma ininterrumpida por su propia voluntad, durante la vigencia de la póliza.**
- c) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.**
- d) 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.**

9. Cláusula Adicional - Pensión Educativa por Muerte Accidental del Responsable del Pago de la Pensión Educativa

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. COBERTURA

La Compañía indemnizará a los Beneficiarios, el monto correspondiente a la pensión educativa por los meses que le resten al Asegurado para la finalización del año de estudio lectivo en la Institución Educativa del Asegurado de la Póliza, o hasta el máximo de 12 pensiones indicado en las Condiciones Particulares, de ser el caso, después de acreditarse el fallecimiento del Responsable del pago de la pensión educativa del Asegurado como consecuencia de un Accidente.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente cláusula, el Beneficiario será el Contratante, siempre y cuando el Asegurado continúe estudiando en la Institución Educativa de forma ininterrumpida, por el periodo de la cobertura.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, La Compañía podrá reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro.

En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos:

- 1. Acta o Partida y Certificado de Defunción del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)**
- 2. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial, en caso corresponda.**
- 3. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, en caso corresponda.**

4. **Copia Certificada del Resultado del dosaje étílico y toxicológico del Responsable del Pago de la Pensión Educativa, en caso corresponda.**
5. **Boleta de pensión estudiantil del Asegurado, al inicio de vigencia de la cláusula adicional y al momento de ocurrencia del siniestro, a fin de acreditar que el Asegurado se encuentra estudiando. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)**
6. **Malla curricular de estudios a fin de determinar cuándo culmina el ciclo o año lectivo. (Copia Simple)**

Una vez que el Contratante, Asegurado o Beneficiario(s) hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Contratante, Asegurado o el Beneficiario(s), deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del Siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Responsable de la Pensión Educativa, cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente cláusula adicional.

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 en la Solicitud-Certificado.

5. 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.

6. SUSPENSIÓN Y/O TERMINACIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

La cobertura de la presente Cláusula terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Cuando el Asegurado deja de estudiar en forma ininterrumpida por su propia voluntad, durante la vigencia de la Póliza.**
- b) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.**
- c) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.**
- d) 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.**

10. Cláusula Adicional - Pensión Educativa por Hospitalización del Responsable del Pago de la Pensión Educativa

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. COBERTURA

La Compañía indemnizará a los Beneficiarios, hasta por el monto correspondiente a 2 meses de pensión educativa según lo indicado en las Condiciones Particulares, si a causa de un Accidente el Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, es hospitalizado de manera continua e ininterrumpida por más de treinta (30) días.**

****La cobertura estará activa por los plazos señalados, siempre y cuando se renueve el seguro con La Compañía.**

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente cláusula, el Beneficiario será el Contratante, siempre y cuando el Asegurado continúe estudiando en la Institución Educativa de forma ininterrumpida, por el periodo de la cobertura.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, La Compañía podrá reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro.

En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos:

1. Informe médico completo o Historia Clínica del responsable del pago de la pensión estudiantil Asegurado (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)

2. **Copia Certificada del Atestado o Parte Policial completo, en caso corresponda.**
3. **Copia Certificada del Resultado de dosaje étílico y toxicológico del responsable del pago de la pensión estudiantil Asegurado, en caso corresponda.**
4. **Boleta(s) de pensión estudiantil del Asegurado pendiente(s) de pago a la fecha de ocurrencia del siniestro. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada).**

Una vez que el Contratante, Asegurado o Beneficiario(s) hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Contratante, Asegurado o Beneficiario(s), deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del Siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Responsable de la Pensión Educativa, cuya vida y/o integridad física es objeto de la presente cláusula adicional, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente cláusula adicional.

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 en la Solicitud-Certificado.

5. 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.

6. SUSPENSIÓN Y/O TERMINACIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

La cobertura de la presente Cláusula terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Cuando el Asegurado deja de estudiar en forma ininterrumpida por su propia voluntad, durante la vigencia de la Póliza.**
- b) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.**
- c) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.**

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.

11. Cláusula Adicional - Pensión Educativa por Invalidez Total y Permanente del Responsable del Pago de la Pensión Educativa

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. COBERTURA

La Compañía indemnizará a los Beneficiarios, el monto correspondiente a la pensión educativa por los meses que le resten al Asegurado para la finalización del año de estudio lectivo en la Institución Educativa del Asegurado de la Póliza, o hasta el máximo de 12 pensiones indicado en las Condiciones Particulares, de ser el caso, después de acreditarse la invalidez total y permanente por Accidente del Responsable del pago de la Pensión Educativa del Asegurado.

Se considera una Invalidez Total y Permanente a lo siguiente:

- **Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al responsable del pago de la pensión estudiantil del Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida**
- **Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente**
- **Pérdida total de los ojos**
- **Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos**
- **Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies**
- **Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna**
- **Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie**
- **Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.**

El Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, calificado en condición de Invalidez Total y Permanente es aquel definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo y que requiera indispensablemente del auxilio de otra persona para moverse o para realizar las funciones esenciales para la vida.

2. BENEFICIARIOS

Para efectos de la presente cláusula, el Beneficiario será el Contratante, siempre y cuando el Asegurado continúe estudiando en la Institución Educativa de forma ininterrumpida, por el periodo de la cobertura.

3. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, La Compañía podrá reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos:

1. Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por el Ministerio de Salud o los Servicios de Seguridad Social o la COMAFP (Comisión médico de las AFP) y/o COMEC (Comisión médica de la SBS). (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
2. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial completo, en caso corresponda
3. Copia Certificada del Resultado de dosaje étílico y toxicológico del Responsable del Pago de la Pensión Educativa del Asegurado, en caso corresponda.
4. Boleta de pensión estudiantil del Asegurado, al inicio de vigencia de la cláusula adicional y al momento de ocurrencia del siniestro, a fin de acreditar que el Asegurado se encuentra estudiando. (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
5. Malla curricular de estudios a fin de determinar cuándo culmina el ciclo o año lectivo. (Copia Simple)

Una vez que el Contratante, Asegurado o Beneficiario(s) hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Beneficiario(s), deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del Siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Responsable de la Pensión Educativa, cuya vida y/o integridad física es objeto de alguna de las coberturas del presente Contrato de Seguro, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales

referidos a la comprobación del Siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente cláusula adicional.

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 en la Solicitud-Certificado.

5. 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.

6. SUSPENSIÓN Y/O TERMINACIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

La cobertura de la presente Cláusula terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Cuando el Asegurado deja de estudiar en forma ininterrumpida por su propia voluntad, durante la vigencia de la Póliza.
- b) A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de la cobertura prevista en esta cláusula adicional.
- c) Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia.

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.