

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
Seguro de Vida Inversión

RESUMEN

1. ¿Qué riesgos cubre este seguro?

Cubre el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las **exclusiones** de la póliza.

Coberturas Adicionales (opcionales):

Solo aplicables si el Contratante adquirió estas coberturas adicionales, lo que figurará en las Condiciones Particulares:

- a) Beneficio por Muerte Accidental.
- b) Invalidez Accidental y Desmembramiento.
- c) Exoneración de la Deducción Mensual de la Cobertura Básica por Invalidez Total y Permanente, por Accidente o Enfermedad.
- d) Beneficio en Vida por Enfermedades Graves.
- e) Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.
- f) Vida Temporal hasta 55 años.
- g) Vida Temporal hasta 65 años.

2. ¿Cuáles son las principales Exclusiones?

Las principales exclusiones en caso de fallecimiento del Asegurado son las siguientes:

- a) Guerra; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole.
- b) Participación en un acto delictivo.
- c) Muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante.
- d) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, si el Asegurado participa como elemento activo.
- e) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas.
- f) Suicidio, salvo que hubieran transcurrido dos años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- g) Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios, no responsables, únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que

les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.

El detalle de las exclusiones se establece en la **Cláusula Trigésimo Primera de las Condiciones Generales** y en la **Cláusula Cuarta de las respectivas Cláusulas Adicionales**, en caso de haberse contratado. Si el siniestro se produjera como consecuencia de alguno de dichos supuestos no se otorgará la cobertura del seguro.

3. ¿Cuál es la vigencia del seguro?

La vigencia de la presente póliza es la siguiente:

- Inicio: «dd/mm/aaaa»
- Fin: «dd/mm/aaaa»

4. ¿Cuál es el costo del seguro?

El detalle del monto de la prima del seguro y de su distribución es el siguiente:

	Monto («Mon»)
Prima Comercial	«XX.XX»
Prima de Excedentes ⁽¹⁾	«XX.XX»
IGV ⁽²⁾	«XX.XX»
Total	«XX.XX»

⁽¹⁾El pago de la Prima de Excedentes es Opcional.

⁽²⁾Los seguros de vida emitidos a favor de personas naturales residentes en el Perú están inafectos al IGV.

La frecuencia de pago es «XXXXXXXXXXXXXXXX».

La prima deberá ser pagada sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie, de acuerdo a lo indicado por el Contratante en la solicitud de seguro.

5. ¿Cuáles son las características del Componente de Inversión de este seguro?

El presente seguro está asociado a dos cuentas de inversión, la Cuenta Individual y la Cuenta de Excedentes, en las cuales se aportan y deducen

los conceptos indicados en las Cláusulas Vigésimo Tercera y Vigésimo Cuarta de las Condiciones Generales de la Póliza, respectivamente.

Los perfiles de inversión elegidos por el Contratante para cada una de las cuentas asociadas a la póliza son los siguientes:

- Cuenta Individual: «XXXXXXXXXX»
- Cuenta de Excedentes: «XXXXXXXXXX»

Las tasas de rendimiento de los fondos de inversión distintos a los Fondos Garantizados pueden variar en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que los componen, no ofreciéndose garantía alguna de rendimiento ni de capital. Consecuentemente el rendimiento acreditado en las cuentas podrá ser positivo o negativo, dependiendo del resultado de las inversiones.

6. ¿Cuál es el procedimiento para resolver el seguro y solicitar el valor de rescate?

En cualquier momento, el Contratante podrá resolver la póliza y obtener el Valor de Rescate presentando una comunicación a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. El Valor de Rescate se calculará de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Octava de las Condiciones Generales de la Póliza.

El pago del Valor de Rescate se realizará en un plazo máximo de treinta (30) días de recibida la solicitud de resolución de la póliza. El Valor de Rescate comprende la devolución de la parte proporcional de la prima por el periodo no transcurrido.

7. ¿Cuál es el procedimiento para solicitar un préstamo?

Una vez pagadas las primas correspondientes a los dos (2) primeros años de vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar, a través de una comunicación escrita, préstamos en efectivo hasta el límite del valor de rescate que corresponda a la fecha de la solicitud del préstamo.

Los préstamos se sujetarán a las condiciones indicadas en la Cláusula Vigésimo Séptima de las Condiciones Generales de la Póliza.

8. ¿Cuáles son las características del derecho de reducción del seguro?

A partir del inicio de vigencia de la póliza, la falta de pago de prima produce la reducción del seguro, entendiéndose ésta como una reducción del plazo contratado a fin de mantener vigente la suma asegurada originalmente pactada. En consecuencia, en caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos, la póliza podrá mantenerse vigente por el tiempo que el saldo de la Cuenta Individual y, posteriormente, el saldo de la Cuenta de Excedentes, permitan afrontar la Deducción Mensual.

9. ¿Cuáles son los canales para obtener información sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro?

A fin de obtener información sobre el procedimiento para presentar una solicitud de cobertura puede enviar un correo electrónico a consultas.beneficios@pacificovida.com.pe; llamar a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000; o, ingresar a nuestra página web www.pacifico.com.pe. Los documentos que deben adjuntarse a la solicitud de cobertura se encuentran listados en la Cláusula Trigésimo Tercera de las Condiciones Generales.

Ante el rechazo de la solicitud de cobertura de un siniestro, se podrá presentar un reclamo escrito dirigido a la propia Compañía o acudir gratuitamente a la Defensoría del Asegurado, entidad privada, cuyos principales datos son:

Web: www.defaseg.com.pe

Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 – Piso 9, San Isidro, Lima – Perú.

Telefax: 421-0614

10. ¿Cuáles son los canales de contacto de la Compañía?

Si tiene alguna consulta o requiere información adicional sobre su seguro puede ingresar a nuestra página web: www.pacifico.com.pe; acercarse a nuestras oficinas de “Atención al Cliente” ubicadas en la Av. Juan de Arona 830, San Isidro; o, llamar a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000.

11. ¿Cómo se ejerce el Derecho de Arrepentimiento?

El Contratante podrá resolver el contrato sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza o nota de cobertura provisional. Si el Contratante resuelve el contrato de

seguros conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
Seguro de Vida Inversión

SUMARIO

I. Condiciones Particulares

II. Condiciones Generales

1. Definiciones
2. De los Documentos – Derecho de Arrepentimiento
3. Estructura de la Póliza
4. Normas para la Contratación de la Póliza
5. Consentimiento del Tercero
6. Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado
7. Indisputabilidad
8. Fecha de Inicio de Vigencia y Plazos de la Póliza
9. Descripción de la Cobertura – Vida Principal
10. Importe del Beneficio
11. Modificaciones de la Suma Asegurada
12. Titular de esta Póliza
13. Edad
14. Primas
15. Deducción Mensual de la Cuenta Individual
16. Costo Mensual de la Cobertura
17. Tarifa Mensual del Seguro de Vida
18. Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas
19. Rehabilitación
20. Opción para la Continuidad de las Condiciones del Seguro
21. Fondos de Inversión
22. Rendimientos de las Cuentas
23. Constitución de la Cuenta Individual
24. Constitución de la Cuenta de Excedentes
25. Retiros Parciales de la Cuenta de Excedentes
26. Información al Contratante
27. Préstamos
28. Resolución de la Póliza y Valor de Rescate
29. Límite de los Noventa y Cinco (95) años
30. Terminación del Contrato
31. Exclusiones - Riesgos no cubiertos
32. Designación de Beneficiarios
33. Aviso de Sinistro – Procedimiento y Requisitos para presentar una Solicitud de Exoneración del Pago de Primas
34. Solicitud de Cobertura Fraudulenta
35. Pago del Beneficio por Fallecimiento
36. Duplicado de Póliza y Copia
37. Impuestos, Tasas y Contribuciones
38. Domicilio
39. Prescripción

- 40. Mecanismo de Solución de Controversias
- 41. Modificación de la Póliza
- 42. Cesión de Derechos
- 43. Moneda del Contrato

III. Cláusulas Adicionales (Opcionales):

- a) Beneficio por Muerte Accidental.
- b) Invalidez Accidental y Desmembramiento.
- c) Exoneración de la Deducción Mensual de la Cobertura Básica por Invalidez Total y Permanente, por Accidente o Enfermedad.
- d) Beneficio por Enfermedades Graves.
- e) Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.
- f) Vida Temporal hasta 55 años.
- g) Vida Temporal hasta 65 años.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

SEGURO DE VIDA INVERSIÓN

SOLICITUD DE PÓLIZA N°: «XXXXXXXXXXXX»
PÓLIZA N°: «XXXXXXXXXXXX»
CODIGO SBS: VI2007100099, producto adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.
COMPAÑÍA ASEGURADORA: PACIFICO SEGUROS
CONTRATANTE: «XX»
ASEGURADO: «XX»

7. ACERCA DE LOS FONDOS DE INVERSIÓN Y LOS RENDIMIENTOS

FONDO DE INVERSIÓN DE LA CUENTA INDIVIDUAL ⁽¹⁾ y ⁽²⁾ :	«XXXXXXXXXXXX»
FONDO DE INVERSIÓN DE LA CUENTA EXCEDENTES ⁽²⁾ :	«XXXXXXXXXXXX»
MÁXIMO NÚMERO DE CAMBIOS DE CADA FONDO EN UN AÑO POLIZA:	«X» veces
CARGO POR CAMBIO DE FONDO ⁽³⁾ :	CARGO PORCENTUAL: «XX» %
	MONTO MÍNIMO: «Moneda» «XXXX.XX»

- (1) Únicamente el Fondo Garantizado tiene una Tasa Interna de Retorno (TIR) anual garantizada y fija de «XX.XX»%. Si el Contratante eligió un fondo distinto, aplicará lo dispuesto en el siguiente numeral.
- (2) Los rendimientos de los fondos de la Cuenta Individual, distintos a los Fondos Garantizados, y los rendimientos de los fondos de la Cuenta de Excedentes varían en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que respaldan los fondos de inversión elegidos por el Contratante, no ofreciéndose garantía alguna de rentabilidad ni de capital. Consecuentemente los rendimientos acreditados en las cuentas podrán ser positivos o negativos, dependiendo del resultado de las inversiones de los fondos de inversión elegidos.
- (3) El cargo porcentual aplica sobre el saldo de la cuenta a ser cambiada. El monto mínimo aplica por cada solicitud de cambio de fondo de inversión, pudiendo ésta comprender el cambio del fondo de inversión de la cuenta individual y de la cuenta de excedentes a la vez, prorrateando dicho monto mínimo en base al saldo de cada cuenta.

8. ACERCA DEL RETIRO PARCIAL Y RESCATE

CARGO POR RETIRO PARCIAL:	«XX»% (Durante los seis (6) primeros meses de vigencia de la póliza)
MONTO MÍNIMO DE RETIRO PARCIAL	«Moneda» «XXXXX.XX»
MONTO MÁXIMO DE RETIRO PARCIAL:	«Moneda» «XXXXX.XX»
NÚMERO MÁXIMO DE RETIROS POR AÑO PÓLIZA:	«XX»

El impuesto a la renta (de cargo del Contratante) grava la diferencia entre el valor actualizado de las primas pagadas y los beneficios pagados por la Compañía al Contratante de la póliza, estando con vida el Asegurado. Esta ganancia, al igual que la proveniente de los intereses bancarios, está exonerada del Impuesto a la Renta. Esta exoneración se viene prorrogando sucesivamente y actualmente está vigente hasta el 31 de diciembre de 2018 (artículo 19, inciso (f) del Texto Único Ordenado de la Ley del Impuesto a la Renta, aprobado por Decreto Supremo N° 179-2004-EF y modificado por Ley N° 30404). Si no se prorroga la exoneración después de esa fecha, la Compañía retendrá el Impuesto a la Renta que corresponda.

9. PRIMA – CONVENIO DE PAGO

PRIMA COMERCIAL ⁽¹⁾	«Moneda»	«XX.XX»
PRIMA DE EXCEDENTES ⁽²⁾	«Moneda»	«XX.XX»
I.G.V. ⁽³⁾	«Moneda»	«XX.XX»
PRIMA TOTAL	«Moneda»	«XX.XX»

- (1) La prima comercial incluye la comisión (o cargos de agenciamiento por intermediación o comercialización) indicada en el acápite 12 de las presentes Condiciones Particulares.
- (2) El pago de la Prima de Excedentes es opcional.
- (3) Las pólizas de seguro de vida emitidas por compañías de seguro legalmente constituidas en el Perú, están inafectas de IGV siempre que el comprobante de pago sea expedido a personas naturales residentes en el Perú.

El detalle de la Prima Comercial (sin IGV), en caso de haberse contratado coberturas adicionales, es el siguiente:

	PRIMA POR COBERTURA (En «Moneda»)	RECARGOS DE PRIMA (En «Moneda»)	SUB-TOTAL POR COBERTURA (En «Moneda»)
Vida Principal	«XX.XX»	«XX.XX»	«XX.XX»
Beneficio por Muerte Accidental	«XX.XX»	«XX.XX»	«XX.XX»
Invalidez Accidental y Desmembramiento	«XX.XX»	«XX.XX»	«XX.XX»
Exoneración de la Deducción Mensual	«XX.XX»	«XX.XX»	«XX.XX»
Beneficio de Enfermedades Graves	«XX.XX»	«XX.XX»	«XX.XX»
Invalidez Total y Permanente	«XX.XX»	«XX.XX»	«XX.XX»
Vida Temporal 55	«XX.XX»	«XX.XX»	«XX.XX»
Vida Temporal 65	«XX.XX»	«XX.XX»	«XX.XX»
	PRIMA COMERCIAL(*)		«XX.XX»

(*) La Prima Comercial incluye el concepto de “Factor de Gestión”, el cual es equivalente al «XX»% de la prima comercial.

FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»(*)
 FORMA DE PAGO DE PRIMA: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»
 LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»
 PRIMA MÍNIMA POR PERIODO (SIN CONSIDERAR PRIMA EXCEDENTE): «Moneda»«XX.XX»
 MÁXIMO CARGO MENSUAL OPERATIVO: «Moneda»«XX.XX»

(*) La TCEA para este producto es: para una frecuencia mensual X.XX%; para una frecuencia semestral X.XX%; y, para una frecuencia anual 0.00%

La primera cuota del seguro vence en la fecha de inicio de vigencia indicada en el acápite 1 de las presentes Condiciones Particulares. El pago de las primas siguientes vence el mismo día de la fecha de inicio de vigencia indicada en el acápite 1 de las presentes Condiciones Particulares correspondiente a cada mes de cobertura o al primer mes de cada semestre o año, según corresponda a la frecuencia de pago elegida por el Contratante.

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234° y 1237° del Código Civil y según se indique en el acápite 1 de las presentes Condiciones Particulares. En caso de haberse contratado en moneda extranjera y el Contratante opte por pagar la prima en Soles, deberá utilizar el tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago.

La Compañía no aceptará como válidos los pagos efectuados a funcionarios, empleados, asesores y/o consultores de la Compañía o a personal distinto al encargado de las cajas autorizadas, cualquiera sea la modalidad de pago elegida.

PACIFICO SEGUROS NO AUTORIZA A SU PERSONAL A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO EN FORMA PERSONAL. En tal sentido, Pacífico Seguros no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el cliente decida entregar a personal distinto al encargado de las cajas autorizadas a pesar de conocer esta prohibición.

La presente póliza no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo por aquellos expresamente indicados en el Cuadro de Coberturas del acápite 5 de las presentes Condiciones Particulares.

10. ACERCA DE LA PRIMA DE EXCEDENTES

PRIMA EXCEDENTE MÁXIMA POR PERIODO (PAGO REGULAR): «Moneda»«XXXXX.XX»
PRIMA EXCEDENTE MÍNIMA (PAGO NO REGULAR): «Moneda»«XXXXX.XX»
PRIMA EXCEDENTE MÁXIMA (PAGO NO REGULAR): «Moneda»«XXXXX.XX»
MÁXIMO NÚMERO DE DEPÓSITOS DE PRIMA EXCEDENTE POR AÑO «XX» veces
PÓLIZA (PAGO NO REGULAR):

11. DECLARACIONES

La presente póliza, la solicitud, los endosos y las cláusulas adicionales que se anexan a ella forman parte integrante de este contrato. Toda declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable de circunstancias relevantes conocidas por el Contratante y/o por el Asegurado, determina la nulidad del contrato y, en consecuencia, toda obligación de Pacífico Seguros, de acuerdo al artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro.

Se deja expresa constancia que el presente seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley 29355.

12. INTERMEDIACIÓN / COMERCIALIZACIÓN

NOMBRE: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX» REGISTRO «XXXXXXXXXX»
TELÉFONO: «XXXXXXXXXX»
COMISIÓN: «XXXXXXXXXX»

La comisión del promotor o intermediario está incluida en la prima comercial y se calcula sin considerar el factor de gestión. Aplican bonificaciones, premios u otros beneficios adicionales según acuerdo entre el promotor o intermediario y la Compañía, los cuales dependerán de los siguientes parámetros: volumen de ventas y/o metas alcanzadas durante determinado periodo.

«Funcionario»

«Funcionario»

Póliza de Seguro emitida por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., con R.U.C. N° 20332970411; con dirección física en la Av. Juan de Arona 830, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima; y, con dirección electrónica en www.pacifico.com.pe.

TABLA A – TARIFAS MENSUALES MÁXIMAS POR 1000 DE CAPITAL

Para el cálculo del Costo mensual de la Cobertura según lo indicado en las Condiciones Generales.

NOTA: Los valores de la prima comercial y de la prima total indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza son independientes de las tarifas consideradas en esta tabla.

Vigencia	Edad	Vida Principal
1		
2		
3		
4		
5		
.		
.		
.		
.		

TABLA B – GASTOS VARIABLES Y CARGOS POR RESCATE

Estos valores se utilizan para el cálculo de la Cuenta Individual y la Cuenta de Excedentes según lo indicado en las Condiciones Generales.

Año Póliza de Vigencia	Edad	Gasto Variable sobre Prima Comercial %	Cargo por Rescate (En «Moneda»)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
.			
.			
.			

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
Seguro de Vida Inversión

CONDICIONES GENERALES

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante la Compañía, emite a usted, en adelante el Contratante, la presente póliza sobre la vida del Asegurado, cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado de la póliza en la solicitud del seguro. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguros:

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Asegurado:** Es la persona cuya vida se asegura en virtud de la póliza.
- **Beneficio, Capital o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares y que será pagado por la Compañía a los beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro, bajo los términos de la póliza.
- **Beneficiario:** Es la persona (o las personas) designada(s) en la póliza por el Contratante como titular(es) del derecho al beneficio que en ella se establece. Su designación puede ser expresa y generalmente es de libre nombramiento, aunque debe existir siempre interés asegurable.
- **Cargo por Rescate:** Es la suma que se deduce del saldo de la Cuenta Individual perteneciente a la póliza, al momento de solicitar el rescate de ésta. El cargo por rescate figura en las Condiciones Particulares.
- **Cláusula Adicional:** Se refiere a la o las coberturas opcionales contratadas sobre el Asegurado y que son complementarias y forman parte del Contrato de Seguro.
- **Contratante:** Es la persona que suscribe la póliza con la Compañía y la obligada al pago de la prima. Generalmente el Contratante es el mismo Asegurado, cualquiera que sea la situación, se estipulará en las **Condiciones Particulares.**
- **Cuenta de Excedentes:** Es la cuenta donde se registran las primas de excedentes y los rendimientos de la misma.
- **Cuenta Individual:** Es la cuenta donde se registran las primas comerciales correspondientes a la cobertura principal y a las coberturas adicionales que hubiesen sido contratadas, los rendimientos de la cuenta individual y se deducen gastos fijos y variables, así como deducciones mensuales que establece la póliza.
- **Deducción Mensual:** Es el monto que se debita de la Cuenta Individual por concepto del costo de la cobertura otorgada, el costo de las coberturas adicionales –de ser el caso– y gastos de mantenimiento de la póliza.
- **Días:** Días calendario, salvo que la póliza establezca expresamente lo contrario.
- **Edad:** Es la edad actuarial del Asegurado definida en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Edad”.
- **Endoso:** Es el documento mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las Condiciones Generales o Particulares de la póliza. Los endosos surten efectos una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Compañía y el Contratante, según corresponda.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia por la póliza principal contratada o Cláusula Adicional y que se encuentran expresamente indicadas.

- **Fecha de Inicio del Seguro:** Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienza a regir la cobertura del seguro, previo pago de la prima inicial.
- **Informe Médico Ampliatorio:** Es un formato de la Compañía que forma parte de los documentos exigidos para la evaluación de una solicitud de cobertura por fallecimiento. Este formato es entregado al beneficiario a fin de que sea debidamente completado por el médico que tuvo a su cargo la atención del accidente que ocasionó el deceso del Asegurado.
- **Interés Asegurable:** Es aquel que tiene el Asegurado y/o Contratante debido a la pérdida económica que ellos mismos y los beneficiarios del seguro sufrirían como consecuencia de la ocurrencia del siniestro.
- **Muerte Accidental:** Fallecimiento inmediato del Asegurado por causas que cumplen la condición de accidente definida en la presente póliza. Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente.
- **Opción de Continuidad:** Es el beneficio que permite al Contratante adquirir un nuevo seguro, en el que se respetarán los términos y condiciones correspondientes al presente seguro, en caso se produzca la terminación anticipada de éste debido a que no es posible realizar la Deducción Mensual por insuficiencia de saldos en las cuentas de la póliza. Para estos efectos, el Contratante debe cumplir con los requisitos establecidos en la Cláusula Vigésima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Opción para la Continuidad de las Condiciones del Seguro".
- **Póliza:** Es el documento emitido por la Compañía en el que consta el Contrato de Seguro. En él se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.
- **Prima Comercial:** Es el valor determinado por la Compañía, como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas y por la constitución y administración de la Cuenta Individual.
- **Prima de Excedentes:** Es el monto adicional a la prima comercial, pagado voluntariamente por el Asegurado, con el fin de constituir, incrementar y administrar la Cuenta de Excedentes.
- **Rehabilitación:** Es la posibilidad que tiene el Contratante de levantar la suspensión de la cobertura del seguro que hubiere operado por la falta de pago oportuno de primas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante y/o Asegurado, mientras que la Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver la póliza.
- **Rescate:** Es la acción por la cual el Contratante resuelve y pone fin al contrato de seguro, solicitando el valor de rescate.
- **Tarifa Mensual del Seguro de Vida:** Es el monto utilizado por la Compañía para calcular la Deducción Mensual.
- **Valor de Rescate:** Es el valor que puede retirar el Contratante en caso que no deseara continuar con la póliza, luego de un determinado período de vigencia de la misma. El valor de rescate es igual al saldo de la Cuenta Individual menos el Cargo por Rescate que figura en las Condiciones Particulares más el saldo de la Cuenta de Excedentes. En ningún caso el Valor de Rescate será inferior al saldo de la Cuenta de Excedentes. Se deja expresa constancia que en el Valor de Rescate incluye la devolución de primas no devengadas en caso de resolución unilateral.
- **Reserva Matemática:** Monto acumulado que tiene la finalidad de pagar las sumas aseguradas establecidas en la póliza y que se constituye en función a las primas pagadas por el Contratante.
- **Siniestro:** Es la materialización de todas y cada una de las condiciones que configuran el riesgo asegurado (cobertura) previsto en el presente contrato de seguro. Para que el siniestro se encuentre cubierto bajo la presente póliza, éste no deberá haberse configurado por alguno de los supuestos de exclusión establecidos en la póliza; asimismo, deberá cumplirse con las condiciones establecidas en el presente contrato de seguros.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS – DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

La póliza es el único documento válido para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

El Contratante podrá resolver el contrato sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza o nota de cobertura provisional. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

El Contratante deberá devolver el cargo de recepción de la póliza debidamente firmado en señal de conformidad, cuando corresponda. El incumplimiento de dicha obligación no significará la resolución del contrato ni la anulación de la póliza.

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta póliza, los siguientes documentos:

1. Los Endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros.
2. Las Cláusulas Adicionales.
3. Las Condiciones Particulares.
4. Las Condiciones Generales.
5. La Solicitud del Seguro, sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos cuando corresponda.

Los documentos antes indicados han sido enumerados de acuerdo a su jerarquía e importancia; de existir alguna contradicción entre ellos, se entenderá que los primeros prevalecen y modifican a los que les siguen en orden correlativo.

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente póliza y a las disposiciones contenidas en la Ley del Contrato de Seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulte aplicable.

QUINTA: CONSENTIMIENTO DEL TERCERO

La Compañía requerirá consentimiento previo por escrito del Asegurado cuando el Contratante del seguro no sea la persona cuya vida se asegura. En este supuesto, el Asegurado podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberá cursar una comunicación escrita a la Compañía, adjuntando copia de su documento de identidad. Una vez notificada la revocación del consentimiento del Asegurado, el contrato de seguro quedará resuelto de pleno derecho.

SEXTA: BASES DEL CONTRATO – DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

La póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado en su solicitud, en sus documentos accesorios o complementarios y en los cuestionarios relativos a la salud y actividades del Asegurado.

Toda declaración inexacta o reticente, formulada por el Contratante y/o el Asegurado sobre circunstancias conocidas por éstos, que de haber sido conocidas por la Compañía hubieran impedido la celebración del contrato o modificado sus condiciones, determina la nulidad del presente contrato, si media dolo o culpa inexcusable. En dicho supuesto el Contratante, el Asegurado, y/o los Beneficiarios carecerán de todo derecho de indemnización bajo la póliza, quedando la Compañía liberada de toda responsabilidad, con excepción de lo indicado en el siguiente párrafo.

De determinarse la nulidad del contrato, la Compañía devolverá al Contratante las primas pagadas sin intereses, ni impuestos, menos los Gastos Variables sobre Prima que se detallan en las Condiciones Particulares por concepto de penalidad. La penalidad no deberá exceder del valor de las primas totales acordadas para el primer año de duración del contrato.

Se consideran dolosas a aquellas respuestas a preguntas formuladas en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios que contengan declaraciones inexactas o reticentes sobre circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado.

Si la declaración inexacta o reticente, no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o del Asegurado, se aplicarán las siguientes reglas, según sea constatada antes o después de producido el siniestro:

- (i) Si es constatada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía presentará al Contratante una propuesta de revisión de la póliza dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso sea aceptada la revisión de la póliza, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la Compañía podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al Contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo precedente. Corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- (ii) Si la constatación de la declaración inexacta o reticente es posterior a la producción de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la póliza, la Compañía reducirá la indemnización debida en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. De determinarse que el riesgo no es asegurable, no existirá suma asegurada y se procederá con la devolución total de la prima percibida.

SÉTIMA: INDISPUTABILIDAD

Esta póliza será indisputable una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contado desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares, salvo en caso de dolo.

Lo dispuesto en la presente cláusula no será aplicable en caso que la inexactitud o falsedad verse sobre la edad del Asegurado. En estos supuestos se aplicará lo dispuesto en la solicitud de seguro o en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad", respectivamente.

OCTAVA: FECHA DE INICIO DE VIGENCIA Y PLAZOS DE LA PÓLIZA

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo N° 4 de la Ley N° 29946, Ley de Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

Los años póliza son contados desde la fecha indicada en las Condiciones Particulares como Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza.

La Fecha de Emisión, que figura en las Condiciones Particulares, es la fecha en la cual la Solicitud de Seguro es aprobada.

NOVENA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA – VIDA PRINCIPAL

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional, la Compañía pagará a los beneficiarios el importe del beneficio contratado señalado en las Condiciones Particulares, en los términos y condiciones establecidos en la póliza y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma.

DÉCIMA: IMPORTE DEL BENEFICIO

El Contratante podrá elegir al inicio de la póliza entre las siguientes dos opciones de importe del beneficio por fallecimiento:

- Opción A – Suma Asegurada Creciente
El importe del beneficio será igual a la suma asegurada contratada señalada en las Condiciones Particulares más el saldo de la Cuenta Individual y más el saldo de la Cuenta de Excedentes al momento del siniestro.
- Opción B – Suma Asegurada Nivelada
El importe del beneficio será igual al valor más alto entre la suma asegurada contratada señalada en las Condiciones Particulares y el 110 % del saldo de la Cuenta Individual, más el saldo de la Cuenta de Excedentes al momento del siniestro.

La opción elegida por el Contratante figurará en las Condiciones Particulares. Asimismo, durante la vigencia de la póliza se permitirá cambiar entre opciones de beneficio por fallecimiento siempre y cuando el monto neto en riesgo resultante no sufra variación a la fecha de cambio.

DÉCIMO PRIMERA: MODIFICACIONES DE LA SUMA ASEGURADA

Transcurrido un (1) año de vigencia de la póliza, el Contratante puede solicitar, por escrito, aumentar la Suma Asegurada. Dicho incremento podrá ser por un monto igual o superior al “Capital Adicional Mínimo”, detallado en las Condiciones Particulares. En este caso, el Contratante y el Asegurado deberán suscribir una Declaración de Salud a

fin de que sea evaluada por la Compañía. Si el aumento es aprobado, el costo del seguro será recalculado considerando la nueva categoría de riesgo asignada y tomando en cuenta lo indicado en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Tarifa Mensual del Seguro de Vida”. El aumento tendrá vigencia a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que la Compañía apruebe la solicitud y se suscriba el endoso correspondiente.

Transcurridos cinco (5) años de vigencia de la póliza, el Contratante puede solicitar, por escrito, disminuir la suma asegurada, siempre y cuando la nueva suma asegurada no sea menor que el “Capital Asegurado Mínimo Aceptado” que figura en las Condiciones Particulares. El cambio tendrá vigencia a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que la Compañía apruebe la solicitud y se suscriba el endoso correspondiente, salvo que el Contratante hubiera pagado la prima por periodos semestrales o anuales adelantados, en cuyo caso el cambio tendrá vigencia a partir del día siguiente a la finalización del periodo respectivo.

Cualquier cambio en la suma asegurada sólo será permitido cuando hayan transcurrido por lo menos veinticuatro (24) meses desde la última solicitud de cambio aprobada. Todo cambio en la suma asegurada, implicará la correlativa modificación de todas las Cláusulas Adicionales cuyos límites de indemnización estén vinculados - directa o indirectamente - con la suma asegurada.

Una vez aprobada la modificación de la suma asegurada por parte de la Compañía, se ajustará el monto de las primas periódicas, a los efectos de cumplir con las coberturas contratadas. El ajuste del monto de las primas figurará en el respectivo endoso.

DÉCIMO SEGUNDA: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo esta póliza y que no pertenecen a la Compañía, estarán reservados al Contratante, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiera convenido lo contrario.

Si el Contratante falleciere o se extinguiere estando esta póliza en vigencia, se producirá la terminación del contrato, a menos que el Asegurado, si fuese persona distinta, se hiciera cargo de sus obligaciones mientras la póliza se encuentre vigente y, en tal caso, ejercerá también los derechos, facultades y opciones que esta póliza reconoce al Contratante, ocupando su lugar para todos los efectos del contrato. Para estos efectos, el Asegurado deberá comunicarse con la Compañía a fin de que le proporcione el formato de Cambio de Contratante y suscribir el endoso correspondiente.

DÉCIMO TERCERA: EDAD

Para todos los efectos del seguro se considerará que la edad es la edad actuarial del Asegurado, es decir, aquella que éste tuviera a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, salvo que a dicha fecha hayan transcurrido más de seis (6) meses desde su último cumpleaños, en cuyo caso se considerará el número entero inmediatamente superior. La edad alcanzada es la edad actuarial del Asegurado a la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza, más el número de años completos transcurridos desde la misma.

Al momento de contratación de la póliza, el Asegurado no deberá superar la “Edad Máxima de Ingreso” establecida en las Condiciones Particulares, teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurado hasta el aniversario de la póliza en el cual cumple los noventa y cinco (95) años de edad.

La Compañía podrá requerir al Contratante, al Asegurado y/o los Beneficiarios que acrediten la edad del Asegurado a través de un documento oficial antes de otorgar cualquier beneficio acordado por la póliza.

Si resultase que la edad declarada fuese mayor que la real, la Compañía procederá a restituir el exceso de la prima comercial percibida sin intereses, de corresponder.

Si resultase que la edad declarada fuese menor que la real, la prestación de la Compañía se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima comercial correspondiente a la edad real y la prima comercial pagada por el Contratante.

Sin embargo, si resultase que la edad declarada fuese menor que la real y el Asegurado era una persona no asegurable debido a que la edad real supera la Edad Máxima de Ingreso indicada en las Condiciones Particulares a la fecha de contratación de la póliza, el contrato será nulo y quedará sin efecto, debiendo la Compañía devolver al Contratante el valor de las primas pagadas sin intereses, ni impuestos.

DÉCIMO CUARTA: PRIMAS

La primera prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza. Las siguientes primas deberán ser pagadas en el tiempo y forma establecidos en las Condiciones Particulares.

Existen dos tipos de primas:

- a. Prima comercial: es el valor determinado por la Compañía como el precio de las coberturas de seguro contratadas y por la constitución y administración de la Cuenta Individual. Esta prima es depositada en la Cuenta Individual. La prima comercial e impuestos si hubieren, constituyen la prima mínima por período mostrada en las Condiciones Particulares.
- b. Prima de excedentes: es el monto adicional a la prima comercial, cuyo pago es opcional y tiene por objeto constituir, incrementar y administrar la Cuenta de Excedentes. El pago de esta prima puede ser tanto regular (pagada al mismo tiempo que la prima comercial) como no regular (pago único o en días distintos al pago de la prima comercial). Las restricciones para la prima de excedentes se detallan en las Condiciones Particulares.

Las primas deberán ser pagadas sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie, de acuerdo a lo indicado por el Asegurado en la solicitud del seguro. La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante un cargo o descuento convenido.

En los casos de pago de prima mediante un sistema de cargo automático, es responsabilidad del Asegurado verificar que los cargos de prima se realicen. La Compañía carecerá de toda responsabilidad si el cargo de las primas no puede realizarse dentro del plazo otorgado por insuficiencia de saldos o cualquier otro motivo no imputable a la Compañía.

Si el Contratante deseara modificar el procedimiento de pago de primas inicialmente establecido, deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, la que se reservará el derecho de aceptar o no dicha solicitud.

Las primas comerciales, netas del factor de gestión e impuestos si existieren, se registran en la Cuenta Individual, conjuntamente con los rendimientos de la Cuenta Individual. De la Cuenta Individual se debitan los gastos variables, así como la Deducción Mensual que establece la póliza.

Las primas de excedentes, netas de impuestos si existieran, se registran en la Cuenta de Excedentes, conjuntamente con los rendimientos de la Cuenta de Excedentes. De la Cuenta de Excedentes se deducen los retiros parciales.

El detalle de estas acreditaciones y deducciones se especifica en las cláusulas correspondientes.

DÉCIMO QUINTA: DEDUCCIÓN MENSUAL DE LA CUENTA INDIVIDUAL

El día primero de cada mes calendario se calculará y realizará la Dedución Mensual de la Cuenta Individual, la que está conformada por:

- El costo mensual de la cobertura por fallecimiento prevista en las presentes Condiciones Generales.
más
- El costo por el mes en curso de las Coberturas Adicionales que se hubieran incorporado a la póliza, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.
más
- El cargo mensual operativo en la proporción de (1 – gastos variables sobre prima comercial). El máximo cargo mensual operativo figura en las Condiciones Particulares y los gastos variables sobre prima comercial figuran en la tabla B de las Condiciones Particulares.

DÉCIMO SEXTA: COSTO MENSUAL DE LA COBERTURA

El costo mensual de la cobertura depende de la opción de Importe del Beneficio elegida por el Contratante. Las características de cada una de dichas opciones figuran en la Cláusula Décima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Importe del Beneficio".

El costo mensual de la cobertura para la Opción A y Opción B, respectivamente, se determina de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- Opción A – Suma Asegurada Creciente
La suma asegurada contratada se divide entre mil (1000) y se multiplica por la correspondiente "Tarifa Mensual del Seguro de Vida"
- Opción B – Suma Asegurada Nivelada

Si la suma asegurada contratada es mayor que el 110% del saldo de la Cuenta Individual:

La diferencia entre la suma asegurada y el saldo de la Cuenta Individual se divide entre mil (1000) y se multiplica por la correspondiente "Tarifa Mensual del Seguro de Vida"

Si la suma asegurada es menor que el 110% del saldo de la Cuenta Individual:

El 10% del saldo de la Cuenta Individual se divide entre mil (1000) y se multiplica por la correspondiente "Tarifa Mensual del Seguro de Vida"

DÉCIMO SÉTIMA: TARIFA MENSUAL DEL SEGURO DE VIDA

La "Tarifa Mensual del Seguro de Vida" depende del género del Asegurado, la edad que alcanzó en su último aniversario de póliza y la última categoría de riesgo que le haya sido asignada. Esta tarifa mensual es calculada periódicamente por la Compañía de acuerdo con sus expectativas de mortalidad futura y no podrá exceder en ningún caso las "Tarifas Mensuales Máximas por Mil de Capital". Dichas tarifas máximas se basan en la tabla de mortalidad presentada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP para este plan.

Las "Tarifas Mensuales Máximas por Mil de Capital" de cada asegurado figuran en la Tabla A de sus respectivas Condiciones Particulares.

La Tabla A será reemplazada en cada oportunidad en la que se produzca una modificación en la categoría de riesgo del Asegurado, previo acuerdo escrito entre las partes. Para estos efectos, la Compañía enviará una propuesta al Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le es comunicada. La falta de aceptación de los términos de la propuesta no genera la resolución del contrato, en cuyo caso, se mantendrán vigentes los términos originales del mismo.

DÉCIMO OCTAVA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE PRIMAS

A partir del inicio de vigencia de la póliza, la falta de pago de prima produce la reducción del seguro, entendiéndose ésta como una reducción del plazo contratado a fin de mantener vigente la suma asegurada originalmente pactada, conforme a lo establecido en el presente contrato de seguro. En consecuencia, en caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos en las Condiciones Particulares, la póliza podrá mantenerse vigente por el tiempo que el saldo de la Cuenta Individual y, posteriormente, el saldo de la Cuenta de Excedentes permitan afrontar la Deducción Mensual, de acuerdo con lo establecido en los párrafos siguientes.

Si en el primer día de un mes se verificara que el importe de la Deducción Mensual correspondiente a dicho mes es superior al saldo de la Cuenta Individual disminuido en el Cargo por Rescate –que figura en la Tabla B de las Condiciones Particulares–, la Compañía transferirá desde la Cuenta de Excedentes a la Cuenta Individual, el importe suficiente para poder efectuar la Deducción Mensual. Lo antes indicado no aplica en caso el saldo de los préstamos vigentes sea igual o superior al saldo de la Cuenta Individual neta del correspondiente cargo por rescate, en cuyo caso se aplicará lo establecido en la Clausula Vigésimo Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Préstamos”.

Si aún con el saldo de la Cuenta de Excedentes no se pudiese hacer frente al importe de la Deducción Mensual, la Compañía comunicará al Contratante y/o Asegurado que, en caso no regularice el pago de las primas adeudadas, por un monto mínimo equivalente a la Deducción Mensual correspondiente, dentro de los treinta (30) días desde que no se pudo realizar la Deducción Mensual, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. La Compañía no será responsable por lo siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura. Si el fallecimiento ocurriese sin que se regularice el pago del monto adeudado y dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, se deducirá del beneficio correspondiente el monto de las Deducciones Mensuales adeudadas por el Contratante. Durante el plazo de suspensión, no se permitirá el pago sólo de primas de excedentes.

Durante los primeros tres (3) años de vigencia, si la póliza no tiene primas pendientes de pago, la verificación tendrá en cuenta el valor de la Cuenta Individual, sin la disminución del Cargo por Rescate. No obstante, si el Contratante no hubiera cumplido con el pago oportuno de sus primas, se aplicará lo establecido en el segundo párrafo de la presente cláusula.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso, la Compañía podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará por escrito al Contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.

En todo caso, si la Compañía no reclama el pago dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo en el cual se debió realizar la Deducción Mensual y no fue posible debido a la falta de saldo en las cuentas de la póliza, se entiende que el contrato queda extinguido. Se entiende por reclamo del pago, el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza por parte de la Compañía.

El Contratante tendrá derecho a la rehabilitación de la póliza, en cualquier momento durante el periodo de suspensión de cobertura y antes de la ocurrencia del siniestro, debiendo cumplir para ello con lo establecido en la Cláusula Décimo Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada “Rehabilitación”. En caso el contrato de seguro se extinguiese por falta de pago, el Contratante podrá ejercer la opción de continuidad, cumpliendo las condiciones establecidas en la Cláusula Vigésima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Opción para la Continuidad de las Condiciones del Seguro”.

Se deja expresa constancia que las comunicaciones referidas en la presente cláusula, deberán ser notificadas al domicilio contractual fijado por las partes para efectos del presente seguro. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del Contratante, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

DÉCIMO NOVENA: REHABILITACIÓN

El Contratante podrá solicitar a la Compañía la rehabilitación de la póliza, en caso la cobertura del seguro hubiere quedado suspendida por falta de pagos, siempre y cuando la Compañía no haya comunicado su decisión de resolver la póliza o el contrato de seguro no se hubiere extinguido de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas”.

La rehabilitación de la póliza se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague previamente el total de las primas vencidas o un monto mínimo equivalente al total de las Deducciones Mensuales que no se hubiesen realizado a dicha fecha; lo que resulte más beneficioso para el Contratante. La cobertura vuelve a tener efectos a partir de las 00:00 horas del día siguiente a aquel en el cual se realiza el pago antes indicado (fecha de rehabilitación). La Compañía sólo responderá por los siniestros ocurridos a partir de la fecha de rehabilitación, de conformidad con los términos de la presente póliza.

VIGÉSIMA: OPCIÓN PARA LA CONTINUIDAD DE LAS CONDICIONES DEL SEGURO

Las partes acuerdan que, en caso se produzca la terminación anticipada del presente contrato de seguro (resolución o extinción) debido a que no es posible realizar la Deducción Mensual por insuficiencia de saldos en las cuentas de la póliza, el Contratante dispondrá de un plazo máximo y no renovable de tres (03) años para solicitar la emisión de un nuevo contrato, en el cual se respetarán los términos y condiciones correspondientes al presente seguro.

Para acceder a este beneficio, el Contratante deberá cumplir con lo siguiente:

- Suscribir el formato de opción de continuidad proporcionado por la Compañía.
- Ofrecer evidencias de asegurabilidad sobre el Asegurado que sean satisfactorias a juicio de la Compañía; siendo de cargo del Contratante los gastos que pudiera originar esta comprobación.
- Pagar un monto equivalente a la reserva matemática necesaria y suficiente para mantener la nueva póliza vigente por un período mínimo de seis (6) meses, con el rendimiento promedio del fondo de inversión elegido para la Cuenta Individual, a la fecha de aprobación de la opción de continuidad. Dicho monto será informado por la Compañía y, en caso la opción de continuidad sea aprobada conforme a lo indicado en la presente cláusula, se acreditará en las cuentas de la nueva póliza.

Se deja expresa constancia que la Compañía no otorgará cobertura durante el trámite de evaluación correspondiente a la opción de continuidad, por lo que de producirse un siniestro antes del inicio de vigencia del nuevo contrato o del rechazo de la solicitud, éste no gozará de cobertura.

Asimismo, se deja expresa constancia que los plazos establecidos para la aplicación de la exclusión por suicidio y para la indisputabilidad del seguro, empezarán a regir nuevamente desde el inicio de vigencia del nuevo contrato de seguro.

Igualmente, queda expresamente convenido que el Contratante no podrá acceder a este beneficio cuando la póliza haya sido liquidada por su valor de rescate total.

En caso no proceda la emisión del nuevo contrato por haberse determinado que el Asegurado no cumple con las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía, la Compañía reembolsará al Contratante el monto que éste hubiere desembolsado con motivo de la emisión del nuevo contrato seguro.

Queda expresamente convenido que en cualquier momento durante la evaluación de la solicitud para acceder a la opción de continuidad y hasta antes de comunicada la aprobación de dicho trámite, el Contratante podrá desistirse de la solicitud remitiendo a la Compañía una carta simple adjuntando copia de su documento de identidad o copia del RUC y DNI del representante tratándose de personas jurídicas. La Compañía procederá con la devolución del monto total que el Contratante hubiere desembolsado a favor de la Compañía a efectos de acceder a la opción de continuidad en un plazo no mayor a treinta (30) días de recibida la notificación del desistimiento.

VIGÉSIMO PRIMERA: FONDOS DE INVERSIÓN

El Contratante podrá elegir un fondo de inversión para la Cuenta Individual y uno para la Cuenta de Excedentes entre las siguientes categorías de fondos de inversión:

	Fondos Garantizados	Fondos Controlados	Fondos Balanceados	Fondos de Capitalización
Cuenta Individual	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica
Cuenta de Excedentes	No Aplica	Aplica	Aplica	Aplica

Las categorías de fondos de inversión antes indicados cuentan con distintos niveles de riesgo según el siguiente detalle:

- **Fondos Garantizados**

Estos fondos de inversión son aplicables única y exclusivamente a la Cuenta Individual y presentan una Tasa Interna de Retorno **garantizada y fija**. El objetivo de estos fondos es garantizar un retorno fijo de la inversión realizada por el Contratante.

- **Fondos Controlados**

Estos fondos, en su mayoría, invierten en instrumentos de renta fija de emisores de alta calidad crediticia en países desarrollados y de mercados emergentes. No obstante, estos fondos también podrán invertir en instrumentos de renta variable, instrumentos derivados u otros instrumentos de inversión permitidos por la legislación vigente. Los instrumentos de renta variable no representarán un porcentaje mayor a 20% del valor total del fondo, respectivamente. El objetivo de estos fondos es el crecimiento estable de la inversión del Contratante con baja volatilidad.

- **Fondos Balanceados**

Estos fondos, en su mayoría, invierten en instrumentos de renta variable y de renta fija en países desarrollados y de mercados emergentes. No obstante, estos fondos también podrán invertir en instrumentos de corto plazo, instrumentos derivados u otros instrumentos de inversión permitidos por la legislación vigente. Los instrumentos de renta variable no representarán un porcentaje mayor a 60% del valor total del fondo, respectivamente. El objetivo de estos fondos es el crecimiento moderado de la inversión del Contratante con volatilidad media.

- **Fondos de Capitalización**

Estos fondos, en su mayoría, invierten en instrumentos de renta variable altamente líquidos (acciones, índices, ETFs de commodities, monedas, fondos mutuos, etc.) en países desarrollados y en mercados emergentes. No obstante, estos fondos también podrán invertir en instrumentos de renta fija, así como en instrumentos de corto plazo, instrumentos derivados u otros instrumentos de inversión permitidos por la legislación vigente. Los instrumentos de renta variable podrán representar hasta 100% del valor total del fondo, respectivamente. El objetivo de estos fondos es el alto crecimiento de la inversión del Contratante con elevada volatilidad.

Los fondos de inversión correspondientes a cada categoría se encuentran en la sección “Seguros de Vida + Inversión” de la página web de la Compañía (enlace: <http://www.pacifico.com.pe/seguros/vida#inversion>). Los fondos de inversión elegidos por el Contratante respecto de la Cuenta Individual y de la Cuenta de Excedentes figuran en las Condiciones Particulares. Asimismo, el Contratante podrá solicitar el cambio del fondo de inversión de la Cuenta Individual y/o de la Cuenta de Excedentes, sujeto a un cargo, durante la vigencia de la póliza. El cargo por cambio de fondo, así como el número máximo de cambios de fondo en un año póliza se muestran en las Condiciones Particulares.

Las tasas de rendimiento de los fondos de inversión distintos a los Fondos Garantizados pueden variar en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que los componen, no ofreciéndose garantía alguna de rendimiento ni de capital. Consecuentemente el rendimiento acreditado en las cuentas podrá ser positivo o negativo, dependiendo del resultado de las inversiones.

En caso de los Fondos Controlados, Balanceados y de Capitalización, el fondo correspondiente se valorizará a precios de mercado, diariamente, calculando las rentabilidades intra-período bajo el criterio de ponderación por tiempo. La Compañía llevará un registro independiente del movimiento de estos fondos. Los activos serán transados únicamente en mercados regulados por las autoridades correspondientes. La composición y movimiento de los fondos serán informados periódicamente a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Asimismo, el Contratante recibirá un informe periódico de las tenencias y resultados del período.

En caso la Compañía decida cerrar y/o eliminar determinado fondo de inversión, se informará de este hecho al Contratante con un plazo de anticipación no menor a treinta (30) días, a efectos que el Contratante elija a qué fondo de inversión se transferirán los saldos de las cuentas involucradas. Si el Contratante no comunicara a la Compañía dentro del plazo antes indicado la elección de un nuevo fondo para las cuentas involucradas, la Compañía transferirá los saldos de las cuentas de la póliza de conformidad con el siguiente orden:

- a) Para la Cuenta Individual: Se transferirán los saldos al fondo de inversión de fecha de creación más reciente en la misma categoría de fondos a la que pertenecía el fondo de inversión cerrado o eliminado. En caso no existe otro fondo de inversión vigente en la misma categoría, se transferirán los fondos al fondo de inversión de fecha de creación más reciente en la categoría de fondos con un nivel de riesgo inmediatamente menor a la categoría de fondos a la que pertenece el fondo cerrado o eliminado.**
- b) Para la Cuenta de Excedentes: Se transferirán los saldos al fondo de inversión de fecha de creación más reciente en la misma categoría de fondos a la que pertenecía el fondo de inversión cerrado o eliminado. En caso no existe otro fondo de inversión vigente en la misma categoría, se transferirán los fondos al**

fondo de inversión de fecha de creación más reciente en la categoría de fondos con un nivel de riesgo inmediatamente menor a la categoría de fondos a la que pertenece el fondo cerrado o eliminado.

VIGÉSIMO SEGUNDA: RENDIMIENTOS DE LAS CUENTAS

Los rendimientos se calcularán y acreditarán en forma diaria tanto en la Cuenta Individual como en la Cuenta de Excedentes. Para calcular los rendimientos a acreditarse al final de cada día, se utilizará el rendimiento neto obtenido por el fondo de inversión de cada cuenta, en el día.

Para una Cuenta Individual con un fondo de inversión perteneciente a la categoría de Fondos Garantizados, la tasa de rendimiento neto diaria será igual a la tasa diaria equivalente a la Tasa Interna de Retorno Anual Garantizada. La Tasa Interna de Retorno Anual Garantizada es fija y se especifica en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para una Cuenta Individual con un fondo de inversión perteneciente a una categoría distinta a la categoría de Fondos Garantizados y para la Cuenta de Excedentes, se entiende por rendimiento neto a aquel que la Compañía calcula en función al rendimiento de los activos que componen cada fondo de inversión que haya elegido el Contratante, luego de deducir la comisión de administración de la Compañía.

Salvo para los fondos de inversión pertenecientes a la categoría de Fondos Garantizados, las tasas de rendimiento acreditadas en las cuentas podrán ser positivas o negativas, dependiendo del retorno de mercado de los activos que componen los fondos de inversión elegidos.

- **Rendimientos de la Cuenta Individual**

Los rendimientos de la Cuenta Individual se calcularán con la tasa diaria mencionada en el primer párrafo y teniendo como base de aplicación el saldo de la Cuenta Individual al final del día anterior a la acreditación.

- **Rendimientos de la Cuenta de Excedentes**

Los rendimientos de la Cuenta de Excedentes se calcularán con la tasa diaria mencionada en el primer párrafo y teniendo como base de aplicación el saldo de la Cuenta de Excedentes al final del día anterior a la acreditación.

VIGÉSIMO TERCERA: CONSTITUCIÓN DE LA CUENTA INDIVIDUAL

El saldo de la Cuenta Individual a la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza será igual a cero.

El saldo de la Cuenta Individual al final de cualquier día, estando vigente la póliza, será igual a:

- El saldo de la Cuenta Individual al final del día anterior
más
- Toda prima comercial pagada durante el día, neta del factor de gestión e impuestos, si existieran. El factor de gestión corresponde a un margen de seguridad para compensar desviaciones en la siniestralidad o gastos del seguro cuyo valor figura en acápite 9 de las Condiciones Particulares.
menos
- Los gastos variables correspondientes a la prima comercial pagada durante el día. Estos gastos son un porcentaje de la prima comercial y figuran en la tabla B de las Condiciones Particulares.
menos
- La Deducción Mensual de la Cuenta Individual realizada en el día, si fuera el primer día del mes, o cero en caso contrario.
más

- Los rendimientos de la Cuenta Individual devengados durante el día, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Rendimientos de las Cuentas”.

VIGÉSIMO CUARTA: CONSTITUCIÓN DE LA CUENTA DE EXCEDENTES

El saldo de la Cuenta de Excedentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza será igual a cero.

El saldo de la Cuenta de Excedentes al final de cualquier día, estando vigente la póliza, será igual a:

- El saldo de la Cuenta de Excedentes al final del día anterior
más
- Toda prima de excedentes pagada durante el día, neta de impuestos, si existieran.
menos
- Los retiros parciales de la Cuenta de Excedentes realizados durante el día y el cargo por retiro parcial de la Cuenta de Excedentes que figura en las Condiciones Particulares si el retiro parcial se realiza durante los seis (6) primeros meses contados desde el inicio de vigencia de la póliza. Transcurrido dicho período, no se aplicará cargo alguno sobre la Cuenta de Excedentes con motivo de los retiros parciales.
más
- Los rendimientos de la Cuenta de Excedentes devengados durante el día, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Rendimientos de las Cuentas”.

VIGÉSIMO QUINTA: RETIROS PARCIALES DE LA CUENTA DE EXCEDENTES

En cualquier momento, el Contratante podrá solicitar, por escrito, fracciones en efectivo del saldo de su Cuenta de Excedentes. **Si el retiro es solicitado dentro de los seis (6) primeros meses desde el inicio de vigencia de la póliza, el monto será disminuido en el “Cargo por Retiro Parcial” especificado en las Condiciones Particulares.** Transcurrido dicho período, no se aplicará cargo alguno a los retiros parciales. En ningún caso el importe del retiro parcial podrá superar el saldo de la Cuenta de Excedentes, ni tener un valor no comprendido entre los montos mínimo y máximo definidos en las Condiciones Particulares.

La Compañía se reserva el derecho de limitar la cantidad de retiros que pueden solicitarse durante cada año póliza. Tal limitación figura en las Condiciones Particulares.

Cada retiro parcial produce una disminución equivalente en el saldo de la Cuenta de Excedentes y, por lo tanto, ocasiona una variación en el beneficio por fallecimiento, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Décima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Importe del Beneficio”.

VIGÉSIMO SEXTA: INFORMACIÓN AL CONTRATANTE

La Compañía suministrará periódicamente al Contratante la siguiente información:

- Nombre del Contratante
- Nombre del Asegurado
- Número de póliza
- Período al cual corresponde la información
- Beneficio por Fallecimiento vigente a la fecha del informe
- Coberturas Adicionales contratadas e importe de los beneficios correspondientes

- Saldo de la Cuenta Individual a la fecha del informe
- Saldo de la Cuenta de Excedentes a la fecha del informe
- Detalle de los movimientos producidos en la Cuenta Individual y en la Cuenta de Excedentes desde la fecha del último informe: primas, rendimientos, y retiros.
- Composición o tenencias de los fondos de inversión elegidos, así como sus resultados.

Dicha información deberá ser remitida como mínimo anualmente, dentro de los noventa (90) días calendario siguientes al término del año póliza. Alternativamente, la Compañía ofrecerá al Contratante la posibilidad de acceder a dicha información a través de su página web y mediante la utilización de una clave personal de acceso.

VIGÉSIMO SÉTIMA: PRÉSTAMOS

Una vez pagadas las primas correspondientes a los dos (2) primeros años de vigencia de la póliza, el Contratante puede obtener préstamos en efectivo hasta el límite del valor de rescate que corresponda a la fecha de la solicitud del préstamo, a la tasa de interés sobre saldos establecido por la Compañía, el mismo que se consignará en un endoso a la póliza, previo acuerdo entre las partes. El Contratante deberá reembolsar a la Compañía el importe total del préstamo o parte del mismo durante la vigencia de la póliza. Los intereses del préstamo se calcularán el primer día del mes y el valor de los mismos se añadirá al saldo vigente del mismo préstamo, incrementando la deuda periódicamente por el importe de los intereses mensuales.

En caso de fallecimiento, el importe total adeudado en virtud de préstamos otorgados bajo esta póliza se deducirá del beneficio por fallecimiento que corresponda liquidar.

En cualquier momento, si el saldo de los préstamos vigentes es igual o superior al saldo de la Cuenta Individual neta del correspondiente cargo por rescate, la Compañía enviará una comunicación al Contratante informándole de este hecho, y otorgándole un plazo de 30 días para que cumpla con cancelar el saldo total del préstamo, e indicándole las consecuencias del incumplimiento en la cancelación del préstamo. Vencido dicho plazo sin que el Contratante hubiera cumplido con cancelar el préstamo, la Compañía procederá a cancelar el saldo adeudado mediante la liquidación del valor de rescate, quedando la póliza resuelta.

Los impuestos y gastos que origine el préstamo serán por cuenta del Contratante, con excepción de aquellos que por ley correspondan a la Compañía

VIGÉSIMO OCTAVA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA Y VALOR DE RESCATE

El Contratante podrá solicitar en cualquier momento, sin expresión de causa y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, la resolución de su póliza por el correspondiente Valor de Rescate, previa comunicación, quedando la póliza sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación (fecha de resolución) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza, salvo la obligación de la Compañía de abonar el valor de rescate. En caso la solicitud de resolución se realice por escrito, el Contratante deberá adjuntar copia de su DNI o copia del RUC y DNI del representante tratándose de personas jurídicas.

Si a la resolución de la póliza el saldo de la Cuenta Individual es mayor que el correspondiente Cargo por Rescate, el Valor de Rescate será igual a:

- **Saldo de la Cuenta Individual
menos**

- Cargo por Rescate que figura en la Tabla B de las Condiciones Particulares más
- Saldo de la Cuenta de Excedentes

Si a la resolución de la póliza el saldo de la Cuenta Individual es menor que el correspondiente Cargo por Rescate, el Valor de Rescate será igual a:

- Saldo de la Cuenta de Excedentes

El Valor de Rescate será pagado en un solo acto y dentro de los treinta (30) días posteriores a la resolución del contrato.

Se deja expresa constancia que, en caso el Contratante y el Asegurado sean personas distintas, el Contratante deberá comunicar al Asegurado su decisión de resolver la presente póliza con por lo menos quince (15) días de anticipación.

VIGÉSIMO NOVENA: LÍMITE DE LOS NOVENTA Y CINCO (95) AÑOS

Si el Asegurado alcanzara con vida el aniversario de la póliza en el cual cumple los noventa y cinco (95) años de edad para el seguro y la póliza estuviera vigente en ese momento, la Compañía pagará al Contratante el saldo de la Cuenta Individual más el saldo de la Cuenta de Excedentes, dándose por concluida la cobertura de la póliza y toda obligación de pago entre las partes.

TRIGÉSIMA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes supuestos:

1. Por ejercicio del derecho de arrepentimiento, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “De los documentos – Derecho de Arrepentimiento”.
2. Por revocación del consentimiento del Asegurado, en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Consentimiento del Tercero”.
3. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Contratante respecto de la propuesta de revisión de la póliza efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.
4. Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales titulada: “Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas”.
5. Por incumplimiento de pago del saldo total del préstamo, en caso la Compañía le comunique que el saldo de los préstamos vigentes es igual o superior al saldo de la Cuenta Individual, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Préstamos”.
6. Cuando el Contratante manifieste su decisión de resolver la póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Vigésimo Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Resolución de la Póliza y Valor de Rescate”.

7. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Trigésimo Cuarta de las Condiciones Generales de la póliza titulada “Solicitud de Cobertura Fraudulenta”.

Como consecuencia de la resolución, el presente contrato de seguro dejará de surtir efectos, perdiendo el Asegurado la cobertura del seguro y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad indemnizatoria ante la ocurrencia de un siniestro.

Asimismo, la presente póliza se extinguirá y, por tanto, la cobertura de los riesgos asegurados en ella terminará, liberándose la Compañía de toda responsabilidad indemnizatoria en virtud de la misma, ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, de conformidad con lo dispuesto en la póliza.
2. Por fallecimiento del Contratante, en caso el Asegurado fuese persona distinta y no se hiciera cargo de las obligaciones del Contratante mientras la póliza se encuentre vigente, según lo dispuesto en la Cláusula Décimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Titular de esta Póliza”.
3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario desde el primer día del mes en que no se pudo realizar la Deducción Mensual por falta de saldo en las cuentas de la póliza, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas”.
4. Al finalizar el aniversario póliza en el cual el Asegurado cumple la edad de noventa y cinco (95) años de edad para la póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Vigésimo Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Límite de los Noventa y Cinco (95) Años”.

Salvo en caso de resolución como consecuencia del ejercicio del derecho de arrepentimiento, se deja expresa constancia que, como consecuencia de la resolución y/o extinción del contrato de seguro, la Compañía liquidará y abonará a favor del Contratante el Valor de Rescate conforme a lo dispuesto en el segundo párrafo de la Cláusula Vigésimo Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Resolución de la Póliza y Valor de Rescate”.

En caso la resolución de contrato sea consecuencia del ejercicio del derecho de arrepentimiento, la Compañía realizará la devolución de las primas pagadas conforme a lo dispuesto en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “De los Documentos – Derecho de Arrepentimiento”.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el contrato de seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

1. Si, al momento de la contratación del seguro, el Contratante y/o el Asegurado incurren en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.
2. En caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, si se comprobare que el Asegurado superaba la “Edad Máxima de Ingreso” a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Edad”.
3. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro.
4. Si al tiempo de la contratación del seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2, 3 o 4 antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Contratante, sin intereses. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.

Las coberturas adicionales contratadas a través de las Cláusulas Adicionales incorporadas a la presente póliza, terminarán en la fecha estipulada para cada una de ellas en las Condiciones Particulares o en cualquiera de los supuestos de extinción, resolución y nulidad mencionados en los puntos precedentes, lo que ocurra primero.

TRIGÉSIMO PRIMERA: EXCLUSIONES – RIESGOS NO CUBIERTOS

Este contrato de seguros no cubre el fallecimiento del Asegurado, cuando el deceso se produjera como consecuencia de:

- a) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- b) Participación del Asegurado como sujeto activo de un acto delictivo o tipificado como delito o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- c) En los seguros sobre la vida de un tercero, la muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante.
- d) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- e) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- f) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.

Asimismo, los aumentos de capital asegurado solicitados por el Contratante que se hayan concedido en los dos (2) años inmediatamente anteriores al suicidio, no integrarán el beneficio por fallecimiento.

- g) Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.

Producido el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta cobertura por cualquiera de las causas enunciadas en los incisos precedentes, la Compañía pagará el Valor de Rescate de la póliza, si lo hubiere, al Contratante y, en su defecto, a los Beneficiarios de conformidad con la proporción que se les hubiere asignado.

TRIGÉSIMO SEGUNDA: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Contratante tiene el derecho de nombrar a los Beneficiarios Principales y Contingentes que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso, siempre que exista interés asegurable entre el Asegurado y los beneficiarios. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el beneficio del seguro de vida pagadero al fallecimiento del Asegurado. El Contratante podrá cambiar en cualquier momento a los Beneficiarios, salvo que haya cedido este derecho a un tercero.

El cambio del o los Beneficiarios se hará en forma expresa y por escrito y será válido siempre que conste en un endoso a la póliza o conste en testamento o en un documento legalizado ante notario público; sin embargo, se deja expresa constancia que la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad en caso de pagar la indemnización correspondiente a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificando esta designación.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Cuando el Contratante no designe Beneficiarios o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, el beneficio corresponderá a los herederos del Asegurado que figuren en la Sucesión Intestada o en el Testamento en caso se hubiera otorgado. El beneficio será dividido entre los herederos en partes iguales; salvo que en el testamento se hubiera establecido expresamente una proporción distinta para el pago de este seguro.

La Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación de los beneficiarios o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

El pago del beneficio del seguro contratado se efectuará a los Beneficiarios Principales y solamente en caso que al momento del fallecimiento del Asegurado no quedara ninguno de los Beneficiarios Principales, se procederá a efectuar el pago a los Beneficiarios Contingentes y, a falta de éstos, la suma asegurada será entregada a los herederos del Asegurado, instituidos de acuerdo a ley.

Si al momento de pagar el siniestro se determina que uno de los Beneficiarios Principales falleció en forma previa al fallecimiento del Asegurado, la parte correspondiente al Beneficiario fallecido acrecerá la de los demás Beneficiarios Principales designados, en forma proporcional a su participación. Si el fallecimiento del Beneficiario Principal se produce con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, la parte que le hubiera correspondido será pagada a los herederos del Beneficiario Principal fallecido, instituidos de acuerdo a ley.

TRIGÉSIMO TERCERA: AVISO DE SINIESTRO – PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Los beneficiarios deberán informar por escrito al domicilio de la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio, o en el menor plazo posible.

Posteriormente, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, deberán presentar a la Compañía la solicitud de cobertura empleando el formato de declaración de siniestro que le sea proporcionado por la Compañía, adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

Caso de Muerte Natural:	Caso de Muerte Accidental:
1. Partida de defunción o acta de defunción.	1. Partida de defunción o acta de defunción.
2. Certificado médico de defunción completo.	2. Certificado médico de defunción completo.
3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.	3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.
4. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).	4. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).
	5. Protocolo de Necropsia completo, según corresponda.
	6. Atestado o Informe policial completo o

Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidiesen.

7. Resultado del examen de dosaje étílico y del examen toxicológico, según corresponda.

Se deja expresa constancia que, en caso de muerte natural, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud donde se diagnosticó la enfermedad que causó el deceso del Asegurado, la cual deberá contener el Informe Anatomopatológico del diagnóstico inicial, en caso corresponda; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

En caso de muerte accidental, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud que realizó la atención médica del accidente que causó el deceso del Asegurado; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

En caso los beneficiarios sean los hederos legales instituidos conforme a ley, además de los documentos antes listados se deberá presentar copia literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o del Testamento, según corresponda, emitida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.

Asimismo, se proporcionará a la Compañía cualquier información que, dentro del plazo de veinte (20) días de completada la información antes listada, solicite la Compañía para verificar el fallecimiento y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. Hasta que los beneficiarios cumplan con proporcionar la información y/o documentación solicitada por la Compañía se suspenderá el plazo para considerar un siniestro consentido, el cual se reanuda al día siguiente de completada toda la documentación adicional que sea requerida por la Compañía.

En caso de fallecimiento, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del mismo, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del médico representante de los beneficiarios o sucesores.

En aquellos casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia, el cuerpo del Asegurado fallecido no podrá ser embalsamado o sometido a ningún tratamiento o cualquier otro proceso que signifique una alteración al estado de los tejidos u órganos del cuerpo, sin que previamente se haya realizado la necropsia de ley y en tanto la Compañía no se pronuncie respecto a la cobertura del siniestro. La falta de realización de la necropsia de acuerdo a ley constituye un acto de culpa inexcusable y en consecuencia libera a la Compañía de toda responsabilidad frente al siniestro, en tanto afecta la posibilidad de verificar o determinar las causas y circunstancias del siniestro.

Asimismo, en caso la Compañía requiera exámenes médicos sobre el cuerpo del Asegurado fallecido dentro de los veinte (20) días de presentada toda la documentación listada en la presente cláusula y, posteriormente a ello, el cuerpo del Asegurado fallecido sea embalsamado o sometido a un tratamiento o proceso a los que se refiere el párrafo precedente, sin que se hayan efectuado los exámenes requeridos, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar la indemnización o beneficio pactado, en tanto ese hecho afecte la posibilidad de la Compañía de verificar o determinar las causas y circunstancias del siniestro.

Excepcionalmente, en los casos en los que se haya iniciado un proceso arbitral o un proceso judicial en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa –a juicio razonable de la Compañía– la cobertura del siniestro o el derecho del Beneficiario, la Compañía podrá supeditar la decisión de la cobertura del siniestro o el pago del beneficio a la conclusión en última instancia del proceso respectivo, requiriendo copia de la sentencia, resolución o laudo definitivo dentro del plazo de treinta (30) días establecido en el artículo 74 de la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946. En el requerimiento, la Compañía deberá justificar al Beneficiario la necesidad de dicho documento. Lo antes expuesto no afecta el derecho de la Compañía de apersonarse al proceso.

La Compañía tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos indicados en la presente cláusula, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por la Compañía o hubiese transcurrido el plazo antes indicado o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, sin pronunciamiento; se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso del siniestro establecido en la presente cláusula no genera la pérdida de los derechos que pudiesen tener los beneficiarios en virtud del presente seguro los cuales podrán ser requeridos dentro del plazo de prescripción vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

TRIGÉSIMO CUARTA: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO

La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado o sus beneficiarios perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si, en cualquier tiempo el Contratante, el Asegurado, sus beneficiarios o terceras personas 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 otorgado por la presente póliza.

Además de lo dispuesto en el párrafo precedente, la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta acarreará la resolución del presente contrato de seguro. Para ejercer esta condición resolutoria, la Compañía comunicará al Contratante su decisión de resolver la póliza en virtud de la presente cláusula. Dicha comunicación podrá ser remitida por correo, correo electrónico y/o fax a la dirección o número indicado por éste en la solicitud del seguro o documento posterior. En caso dichos datos no sean correctos o se modifiquen sin previa comunicación a la Compañía, ésta quedará liberada de toda obligación.

TRIGÉSIMO QUINTA: PAGO DEL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

La obligación de pagar el beneficio por fallecimiento o capital asegurado a los beneficiarios deberá ser cumplida por la Compañía en un solo acto y por su valor total.

De la liquidación de la póliza será deducida cualquier deuda que con la Compañía tuvieran el Contratante o el Asegurado en relación con la presente póliza.

TRIGÉSIMO SEXTA: DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Contratante podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original.

El Contratante tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán asumidos por el Contratante.

TRIGÉSIMO SÉTIMA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas, contribuciones y en general tributos de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, sobre los seguros, tanto en el caso de las primas como de las indemnizaciones o beneficios por siniestros, estarán a cargo del Contratante, de los Beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

TRIGÉSIMO OCTAVA: DOMICILIO

La Compañía, el Contratante y/o el Asegurado señalan como su domicilio la dirección física (particular o comercial) y la dirección electrónica declaradas en la solicitud de seguro y que originalmente se consignan en las Condiciones Particulares. Para que cualquier variación respecto del domicilio (dirección física o electrónica) sea válida y surta efectos, deberá ser comunicada a la otra parte con por lo menos quince (15) días de anticipación.

Las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas y/o derivadas de la presente póliza, deberán efectuarse en el último domicilio declarado por las partes de conformidad con lo dispuesto en el párrafo precedente.

Toda comunicación realizada en cumplimiento de lo dispuesto en la presente cláusula, se considerará válida para todo efecto legal. La Compañía no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio declarado por el Contratante y/o el Asegurado. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del Contratante, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

TRIGÉSIMO NOVENA: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Es obligación del Contratante notificar a los beneficiarios designados de la existencia del presente contrato de seguros, quienes adicionalmente podrán solicitar información del estado de la póliza al fallecimiento del Asegurado en el Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley 29355.

Cumplido el plazo de prescripción sin que el Contratante, el Asegurado o los Beneficiarios, según corresponda, hubieran solicitado el beneficio o el cumplimiento de cualquier obligación derivada de esta póliza, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado y de toda obligación derivada de la misma, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

En la actualidad el plazo legal de prescripción es de diez años contados a partir de la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio; sin embargo se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

CUADRAGÉSIMA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios y/o los herederos del Asegurado, si la hubiere, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.

CUADRAGÉSIMO PRIMERA: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la póliza solicitada por el Contratante, para que sea válida, deberá ser hecha por escrito por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de la Compañía.

Durante la vigencia de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de 30 días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

CUADRAGÉSIMO SEGUNDA: CESIÓN DE DERECHOS

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base este contrato, deberá ser aprobada por escrito por la Compañía, la que lo hará constar en la misma póliza por medio de un endoso. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Contratante con terceros no tendrán ningún valor para la Compañía.

CUADRAGÉSIMO TERCERA: MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos de las obligaciones pactadas en el presente contrato, en la moneda prevista en las Condiciones Particulares. No procederá la modificación de la moneda indicada en las Condiciones Particulares, salvo por lo dispuesto a continuación.

También se deja claramente establecido que si la moneda prevista en las Condiciones Particulares del presente Contrato de Seguro, no fuese la de curso legal en el Perú, y como consecuencia de: (i) cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central de Reserva del Perú o (ii) por mandato de cualquier norma legal, o (iii) por cualquier otra razón ajena al control de la Compañía:

- a. La Compañía, el Contratante, o el Asegurado no pudiera o no le estuviera permitido obtener la moneda extranjera en el mercado; o
- b. Existiera impedimento de mantener las reservas o inversiones en moneda extranjera,

todas las obligaciones contractuales vigentes y pendientes de ser ejecutadas serán convertidas a moneda nacional utilizando el tipo de cambio determinado por la Compañía y basado en las condiciones de mercado, salvo que en los supuestos (i) o (ii) precedentes, la disposición del Banco Central o la norma legal, fijara la tasa de cambio aplicable. En cualquier circunstancia, el Contratante será notificado sobre la conversión a moneda nacional.

CLÁUSULA ADICIONAL BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL

La presente Cláusula Adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal.

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para la presente Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Accidente médico:** Es aquel accidente producido durante o como consecuencia de una intervención, tratamiento o atención médica. Para efectos del presente seguro, esta definición comprende aquellos casos de negligencia o impericia médica.
- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Edad:** Para efectos del presente seguro se considerará como edad la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

Asimismo, rigen para la presente Cláusula Adicional las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

SEGUNDA: EDAD

Al momento de contratación de la presente Cláusula Adicional, el Asegurado deberá tener entre dieciocho (18) y sesenta y cuatro (64) años de edad, pudiendo permanecer como Asegurado bajo la presente cobertura adicional hasta el fin del año póliza en el cual cumpla la edad de setenta (70) años o hasta el fin de vigencia del seguro principal, lo que ocurra primero.

TERCERA: COBERTURA – BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía pagará al beneficiario de esta Cláusula Adicional el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, siempre y cuando el seguro principal y la presente Cláusula Adicional estén vigentes y la causa de fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones previstas en las Condiciones Generales de la póliza o en esta Cláusula Adicional. **Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de producido el accidente.**

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la muerte sea consecuencia de las lesiones originadas por un accidente.

La Compañía cubrirá la consecuencia de muerte que pueda resultar de accidente producido al tratar de salvar vidas humanas.

Las sumas a indemnizar por esta Cláusula Adicional serán pagadas independientemente y sin causar efecto sobre los capitales asegurados del seguro principal.

CUARTA: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional no cubre el fallecimiento del Asegurado, cuando el deceso se produjera como consecuencia de:

- a) Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.
- b) La participación o práctica de los siguientes deportes riesgosos: buceo, montañismo, andinismo, alpinismo, paracaidismo, ala delta, parapente, vuelo o caída libre, puenting, canotaje, rafting, surfing, saltos ornamentales, escalada en paredes montañosas o artificiales, cacería con armas de fuego, boxeo, toro, artes marciales, ciclismo de montaña, skate; la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante, en los siguientes deportes de velocidad: carreras de caballo o carrera de vehículos terrestres, marítimos o aéreos, motorizados o no.
- c) La participación, práctica o el desempeño formal o informal de actividades, oficios o profesiones relacionados con: acrobacia, obrero de construcción, carpintero, soldador, bombero, taxista, mototaxista, repartidor motorizado, chofer de transporte público, transportista de líquidos inflamables, lubricantes o sustancias corrosivas, fumigantes o insecticidas, electricista de alta tensión, operador de grúas, personal de seguridad, minero, trabajo en plataformas petrolíferas o en perforación de pozos, trabajo en altura y/o pirotécnicos.
- d) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- e) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- f) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- g) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos / litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo su deceso.
- h) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos, anestésicos o similares.
- i) El denominado "Accidente Cerebro Vascular" y los denominados "Accidentes Médicos", los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.
- j) Consecuencias no accidentales de embarazos o partos.
- k) Consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa.

Asimismo rigen para la presente Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.

QUINTA: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Esta Cláusula Adicional se emite con vigencia anual. Transcurrido este período, la presente Cláusula Adicional se renovará en forma automática hasta el aniversario póliza inmediatamente anterior a la fecha en la que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia indicada en el presente documento; salvo que el Contratante manifieste, mediante documento escrito, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al inicio del periodo de renovación automática aplicable. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima correspondiente a la presente Cláusula Adicional y/o cualquier condición establecida en la misma podrán ser modificados en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la presente Cláusula Adicional se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo anual correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática.

SEXTA: DURACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales del mismo, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Fallecimiento del Asegurado. En caso se trate de una muerte accidental, los Beneficiarios designados estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura de conformidad con los términos y condiciones de la póliza.
- c) Al finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla setenta (70) años de edad.
- d) Por solicitud de resolución expresa del Contratante respecto de la presente Cláusula Adicional. La solicitud deberá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios empleados para la contratación del seguro, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación.
- e) Cuando el Asegurado de esta Cláusula Adicional comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional de invalidez que contemple la exoneración de pago de primas, la exoneración de la deducción mensual o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratada.
- f) Por vencimiento del plazo de vigencia de la presente Cláusula Adicional o de los sucesivos plazos de renovación de ésta en caso (i) el Contratante manifieste su voluntad de no renovarla; o, (ii) no proceda su renovación por rechazo del Contratante respecto de la propuesta de modificación efectuada por la Compañía.

En los casos (c), (d), (e) y (f) la terminación de la presente Cláusula Adicional no supone necesariamente la terminación del seguro principal, por lo que la parte de la prima que corresponde a esta Cláusula Adicional será rebajada de la prima periódica.

El pago del valor de la prima después de haber quedado sin efecto esta Cláusula Adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un accidente que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso dicho monto será devuelto al Contratante sin intereses ni responsabilidad ulterior.

SÉTIMA: AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, se deberá presentar una solicitud de cobertura de conformidad con lo dispuesto en el seguro principal para el caso de Muerte Accidental.

OCTAVA: BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la presente Cláusula Adicional serán los beneficiarios designados para el seguro principal.

CLÁUSULA ADICIONAL BENEFICIO EN VIDA POR ENFERMEDADES GRAVES

La presente Cláusula Adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal.

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para la presente Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Edad:** Para efectos del presente seguro se considerará como edad la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.
- **Enfermedad Grave:** Para la presente Cláusula Adicional, únicamente tienen la condición de enfermedad grave y por tanto cobertura, las siguientes enfermedades:
 1. **Cáncer:**

Tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión de tejidos, incluyendo la leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático, como la enfermedad de Hodgkin.

Se excluye:

 - a. **Carcinomas in situ no invasivos, tumores localizados no invasivos que muestran sólo cambios malignos tempranos.**
 - b. **Tumores asociados al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o a la condición de VIH positivo.**
 - c. **Cáncer de piel, salvo que se haya diagnosticado como melanoma maligno.**
 - d. **Leucemia linfocítica crónica.**
 2. **Ataque al Corazón**

También denominado infarto de miocardio, trombosis coronaria u oclusión coronaria. Se define como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como consecuencia del deficiente suministro sanguíneo a la zona afectada.

El diagnóstico debe ser inequívoco y debe basarse en todos los aspectos siguientes:

 - a. Antecedentes de dolores pectorales típicos
 - b. Cambios nuevos y relevantes detectados por electrocardiograma
 - c. Aumento de las enzimas cardíacas por encima de los valores aceptados como normales
 3. **Infarto o Hemorragia Cerebral**

Todo padecimiento cerebrovascular de duración superior a 24 horas, que produzca secuelas neurológicas persistentes de por lo menos treinta (30) días contados a partir del infarto cerebral e incluya la destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal.

Se excluyen los padecimiento vasculares o isquémicos transitorios y los padecimientos lentamente reversibles.
 4. **Insuficiencia Renal**

Insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones, que implique la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis.
 5. **Enfermedad Coronaria que exija Intervención Quirúrgica**

Someterse a cirugía cardíaca para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos (2) o más arterias coronarias con injertos de by-pass o puente coronario, diagnosticado por el resultado de una angiografía y/o coronariografía.

Quedan excluidas las técnicas no quirúrgicas, tales como la angioplastia de balón y stent o la eliminación de una obstrucción mediante rayos láser y la cirugía no invasiva.

6. Transplante de Órganos Vitales

Cuando, como consecuencia del diagnóstico médico, sea preciso efectuar un transplante de corazón, pulmón, hígado, riñón o médula ósea. **La garantía cubre únicamente al receptor y no al donante.**

- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

Asimismo, rigen para la presente Cláusula Adicional las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

SEGUNDA: EDAD

El Asegurado tendrá la calidad de tal respecto de la presente cobertura adicional, hasta el término del año póliza en el cual cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad (Edad Máxima de Permanencia).

TERCERA: COBERTURA

La Compañía pagará el beneficio correspondiente a esta Cláusula Adicional al Asegurado que sobreviva al evento (cirugía) o al diagnóstico de alguna de las enfermedades graves definidas en la Cláusula Primera del presente documento, durante el periodo de sobrevivencia establecido en la presente Cláusula Adicional; y, siempre y cuando tal diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez, con posterioridad al periodo de carencia y antes del fin del año póliza en el cual el Asegurado alcance los sesenta y cinco (65) años de edad.

El pago de la suma asegurada de esta cobertura se efectuará por una sola enfermedad grave y/o intervención quirúrgica, independientemente del número de enfermedades graves diagnosticadas o intervenciones quirúrgicas practicadas al Asegurado en la misma o en distintas fechas, luego de lo cual, terminará la cobertura y la responsabilidad de la Compañía respecto de dicho asegurado ante cualquier diagnóstico o intervención quirúrgica futura.

CUARTA: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura las enfermedades graves que sean causadas directa o indirectamente por:

- a) Intento de suicidio cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por si mismo, o por terceros con su consentimiento.**
- b) Consumo de alcohol o de alcaloides.**
- c) La enfermedad del SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es VIH positivo.**
- d) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.**
- e) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.**
- f) Envenenamiento o inhalación de gas venenoso.**

Asimismo, se entiende que rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

QUINTA: PERIODO DE CARENCIA

Ningún beneficio será pagado si la enfermedad grave es diagnosticada por primera vez o se diagnostica que la cirugía es requerida o es practicada dentro de los primeros noventa (90) días desde la fecha de emisión de esta Cláusula Adicional. La fecha de finalización de este período está detallada en las Condiciones Particulares de la póliza.

SEXTA: PERIODO DE SOBREVIVENCIA

La Compañía pagará la suma asegurada bajo esta Cláusula Adicional, **solamente si el Asegurado sobrevive a los treinta (30) días posteriores de: (i) el diagnóstico de la enfermedad grave listada y descrita en los apartados 1, 2, 3 y 4 de la tercera definición de la Cláusula Primera del presente documento; o, (ii) la intervención quirúrgica detallada en los apartados 5 y 6 de la tercera definición de la Cláusula Primera del presente documento.**

SÉTIMA: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Esta Cláusula Adicional se emite con vigencia anual. Transcurrido este período, la presente Cláusula Adicional se renovará en forma automática hasta el aniversario póliza inmediatamente anterior a la fecha en la que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia indicada en el presente documento; salvo que el Contratante manifieste, mediante documento escrito, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al inicio del periodo de renovación automática aplicable. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima correspondiente a la presente Cláusula Adicional y/o cualquier condición establecida en la misma podrán ser modificados en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la presente Cláusula Adicional se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo anual correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática.

OCTAVA: DURACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales del mismo, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal convenido lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- a) A partir del momento en que la Compañía hubiese realizado el pago del beneficio correspondiente a esta Cláusula Adicional.
- b) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- c) Al finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.

- d) Por solicitud de resolución expresa del Contratante respecto de la presente Cláusula Adicional. La solicitud deberá ser presentada por escrito en el domicilio contractual de la Compañía, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación.
- e) Por vencimiento del plazo de vigencia de la presente Cláusula Adicional o de los sucesivos plazos de renovación de ésta en caso (i) el Contratante manifieste su voluntad de no renovarla; o, (ii) no proceda su renovación por rechazo del Contratante respecto de la propuesta de modificación efectuada por la Compañía.

En los casos (a), (c), (d) y (e) la terminación de la presente Cláusula Adicional no supone necesariamente la terminación del seguro principal, por lo que la parte de la prima que corresponde a esta Cláusula Adicional será rebajada de la prima periódica.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta Cláusula Adicional, no dará derecho en ningún caso a la cobertura establecida en la misma. En tal caso la prima será devuelta en los términos establecidos en el seguro principal.

NOVENA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales del seguro principal, el Asegurado deberá comunicar por escrito a la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro, adjuntando para ello la Historia Clínica Completa conforme a los términos que se indican en el seguro principal y un informe escrito con el diagnóstico del especialista médico que asistió al Asegurado, acompañado con documentación que respalde tal diagnóstico, integrado por estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio. Tal documentación deberá ser presentada en el domicilio físico de la Compañía dentro de los siete (7) días luego de transcurrido el periodo de sobrevivencia establecido en la Cláusula Sexta del presente documento, o dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la existencia del beneficio si es posterior al referido periodo de sobrevivencia.

DÉCIMA: DETERMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD GRAVE

Al finalizar el periodo de sobrevivencia establecido en la Cláusula Sexta del presente documento y dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de toda la documentación solicitada, la Compañía determinará si la solicitud de cobertura es procedente. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación o pruebas adicionales vinculadas al siniestro que juzgue necesarias, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

El Asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la Compañía, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

En caso la solicitud de cobertura sea rechazada por alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico y sin perjuicio de que el Asegurado puede acudir a las vías de solución de controversias (Defensoría del Asegurado, Indecopi o al Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable acordado para el presente seguro), el Asegurado podrá solicitar a la Compañía la reconsideración de su solicitud, la misma que será sometida a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte. Los médicos designados por las partes tendrán un plazo de quince (15) días para presentar su informe. En caso de divergencia, ambos médicos designarán dentro de los ocho (8) días siguientes, un tercer perito médico, el que deberá dar su diagnóstico dentro del plazo de quince (15) días posteriores a su designación.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerida por la otra o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente - previa intimación a la otra - procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte a quien el dictamen final le resulte desfavorable.

En caso el Asegurado opte por acudir a las vías de solución de controversias por alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, dicho proceso o procedimiento deberá contemplar un peritaje a cargo de tres (3) médicos elegidos conforme al procedimiento y plazo indicados en el tercer párrafo de la presente cláusula, de lo contrario serán elegidos por la autoridad encargada de resolver la controversia.

Para los efectos de esta Cláusula Adicional, las comunicaciones entre la Compañía y el Asegurado, y viceversa, se harán por carta en el domicilio consignado por ambas partes en la presente póliza o en su último domicilio conocido.

DÉCIMO PRIMERA: BENEFICIO INDEMNIZABLE

El beneficio indemnizable, en virtud de la presente Cláusula Adicional, será pagado al Asegurado o, en su defecto, a sus beneficiarios en una sola cuota dentro de los treinta (30) días siguientes de consentido el siniestro.

La suma asegurada de Vida Principal bajo la póliza básica, se mantendrá igual, ocurra o no una enfermedad grave.

DÉCIMO SEGUNDA: OTRAS PROVISIONES

Bajo ninguna circunstancia, la suma total de los montos asegurados bajo esta Cláusula Adicional y cualquier otra póliza o Cláusula Adicional de enfermedades graves vendida por la Compañía, excederá el equivalente a cincuenta mil dólares estadounidenses (US\$ 50,000). Si por alguna razón se hubiera adquirido un monto por encima de este límite, las primas por dicho monto en exceso serán devueltas cuando se verifique el hecho y de producirse el siniestro, el máximo monto que la Compañía pagará a una persona por concepto de enfermedades graves será cincuenta mil dólares estadounidenses (US\$ 50,000).

CLÁUSULA ADICIONAL VIDA TEMPORAL HASTA LOS 55 AÑOS DE EDAD

La presente Cláusula Adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal.

PRIMERA: DEFINICIONES

- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Beneficiario:** Se consideran beneficiarios de la presente Cláusula Adicional a los beneficiarios designados para el seguro principal.
- **Edad:** Para efectos del presente seguro se considerará como edad la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

Asimismo, rigen para la presente Cláusula Adicional las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

SEGUNDA: EDAD

Al momento de contratación de la presente Cláusula Adicional, el Asegurado deberá tener entre dieciocho (18) y cincuenta (50) años de edad actuarial, pudiendo permanecer como Asegurado bajo la presente cobertura adicional hasta el fin del año póliza en el cual tenga cincuenta y cuatro (54) años de edad actuarial.

TERCERA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, sea en territorio nacional o internacional, la Compañía pagará a los beneficiarios –en adición a la suma asegurada del seguro principal– el capital asegurado señalado para esta cobertura en las Condiciones Particulares, en los términos y condiciones establecidos y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la Cláusula Adicional.

El período de vigencia de la presente Cláusula Adicional será hasta el fin del año póliza en el cual el Asegurado tiene cincuenta y cuatro (54) años de edad actuarial.

CUARTA: EXCLUSIONES

Rigen para la presente cobertura las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

QUINTA: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Esta Cláusula Adicional se emite con vigencia anual. Transcurrido este período, la presente Cláusula Adicional se renovará en forma automática hasta el aniversario póliza inmediatamente anterior a la fecha en la que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia indicada en el presente documento; salvo que el Contratante manifieste, mediante documento escrito, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al inicio

del periodo de renovación automática aplicable. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima correspondiente a la presente Cláusula Adicional y/o cualquier condición establecida en la misma podrán ser modificados en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la presente Cláusula Adicional se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo anual correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática.

SEXTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Al fin del año póliza en el cual el Asegurado cumpla cincuenta y cuatro (54) años de edad actuarial.
- c) Por solicitud de resolución expresa del Contratante respecto de la presente Cláusula Adicional. La solicitud deberá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios empleados para la contratación del seguro, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación.
- d) Cuando el Asegurado comience a percibir los beneficios de alguna Cláusula Adicional de invalidez que contemple exoneración de pago de primas, exoneración del débito mensual o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.
- e) Por vencimiento del plazo de vigencia de la presente Cláusula Adicional o de los sucesivos plazos de renovación de ésta en caso (i) el Contratante manifieste su voluntad de no renovarla; o, (ii) no proceda su renovación por rechazo del Contratante respecto de la propuesta de modificación efectuada por la Compañía.

En los casos (b), (c), (d) y (e) la terminación de la presente Cláusula Adicional no supone necesariamente la terminación del seguro principal, por lo que la parte de la prima que corresponde a esta Cláusula Adicional será rebajada de la prima periódica.

El pago del valor de la prima correspondiente a esta cobertura después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho en ningún caso al pago del capital asegurado previsto para esta Cláusula Adicional por el fallecimiento que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima pagada será devuelta al Contratante sin intereses ni responsabilidad ulterior.

SÉTIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Los beneficiarios deberán informar por escrito a la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, siguiendo el procedimiento establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.

CLÁUSULA ADICIONAL VIDA TEMPORAL HASTA LOS 65 AÑOS DE EDAD

La presente Cláusula Adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal.

PRIMERA: DEFINICIONES

- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Beneficiarios:** Se consideran beneficiarios de la presente Cláusula Adicional a los beneficiarios designados para el seguro principal.
- **Edad:** Para efectos del presente seguro se considerará como edad la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

Asimismo, rigen para la presente Cláusula Adicional las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

SEGUNDA: EDAD

Al momento de contratación de la presente Cláusula Adicional, el Asegurado deberá tener entre dieciocho (18) y sesenta (60) años de edad actuarial, pudiendo permanecer como Asegurado bajo la presente cobertura adicional hasta el fin del año póliza en el cual tenga sesenta y cuatro (64) años de edad actuarial.

TERCERA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, sea en territorio nacional o internacional, la Compañía pagará a los beneficiarios –en adición a la suma asegurada del seguro principal– el capital asegurado señalado para esta cobertura en las Condiciones Particulares, en los términos y condiciones establecidos y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la Cláusula Adicional.

El período de vigencia de la presente Cláusula Adicional será hasta el fin del año póliza en el cual el Asegurado tiene sesenta y cuatro (64) años de edad actuarial.

CUARTA: EXCLUSIONES

Rigen para la presente cobertura las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

QUINTA: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Esta Cláusula Adicional se emite con vigencia anual. Transcurrido este período, la presente Cláusula Adicional se renovará en forma automática hasta el aniversario póliza inmediatamente anterior a la fecha en la que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia indicada en el presente documento; salvo que el Contratante manifieste, mediante documento escrito, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al inicio del periodo de renovación automática aplicable. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima correspondiente a la presente Cláusula Adicional y/o cualquier condición establecida en la misma podrán ser modificados en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la presente Cláusula Adicional se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo anual correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática.

SEXTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Al fin del año póliza en el cual el Asegurado tiene sesenta y cuatro (64) años de edad actuarial.
- c) Por solicitud de resolución expresa del Contratante respecto de la presente Cláusula Adicional. La solicitud deberá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios empleados para la contratación del seguro, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación.
- d) Cuando el Asegurado comience a percibir los beneficios de alguna Cláusula Adicional de invalidez que contemple exoneración de pago de primas, exoneración del débito mensual o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.
- e) Por vencimiento del plazo de vigencia de la presente Cláusula Adicional o de los sucesivos plazos de renovación de ésta en caso (i) el Contratante manifieste su voluntad de no renovarla; o, (ii) no proceda su renovación por rechazo del Contratante respecto de la propuesta de modificación efectuada por la Compañía.

En los casos (b), (c), (d) y (e) la terminación de la presente Cláusula Adicional no supone necesariamente la terminación del seguro principal, por lo que la parte de la prima que corresponde a esta Cláusula Adicional será rebajada de la prima periódica.

El pago del valor de la prima correspondiente a esta cobertura después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho en ningún caso al pago del capital asegurado previsto para esta Cláusula Adicional por el fallecimiento que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima pagada será devuelta al Contratante sin intereses ni responsabilidad ulterior.

SÉTIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Los beneficiarios deberán informar por escrito a la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, siguiendo el procedimiento establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.

CLÁUSULA ADICIONAL EXONERACIÓN DE LA DEDUCCIÓN MENSUAL DE LA COBERTURA BÁSICA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

La presente Cláusula Adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal.

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Cláusula Adicional:

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos y/o sonambulismo.**
- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Edad:** Para efectos del presente seguro se considerará como edad la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.
- **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Contratante y/o Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- **Miembro:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **Órgano:** Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función. Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

Asimismo, rigen para la presente Cláusula Adicional las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

SEGUNDA: DEFINICIÓN DE INVALIDEZ

A efectos de la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente el hecho que el Asegurado antes de finalizar el año póliza en el cual cumpla sesenta (60) años de edad, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual que le produzca un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, debido a lesiones corporales o por enfermedad y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses consecutivos (Periodo de Observación). Si la invalidez cubierta consiste en la separación completa, en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, el Asegurado no tendrá que someterse a la espera de seis (6) meses para

gozar del beneficio de esta Cláusula Adicional. Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

Para la determinación de la invalidez será de aplicación supletoria las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

En todo caso, se consideran casos de invalidez total y permanente:

1. La pérdida total de ambos ojos, de modo irreparable.
2. Pérdida total de:
 - ambos brazos,
 - ambas manos,
 - ambas piernas,
 - ambos pies, o
 - un brazo o mano conjuntamente con una pierna o pie

Para efectos del presente contrato se deberá entender que el término invalidez se refiere a Invalidez Total y Permanente conforme a los términos y condiciones del presente documento.

La Compañía no otorgará el beneficio de esta Cláusula Adicional, si la Invalidez Total y Permanente del Asegurado tiene su origen en una enfermedad o accidente anterior a la contratación de esta Cláusula Adicional. Por lo tanto, sólo procederá la exoneración de pago de primas que esta Cláusula Adicional otorga, si las causas de la Invalidez Total y Permanente del Asegurado se han producido o iniciado durante la vigencia de la presente Cláusula Adicional.

TERCERA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de accidente o enfermedad del Asegurado, conforme a la Cláusula Segunda del presente documento, la Compañía exonerará al Contratante del costo del seguro de vida previsto en la cobertura básica y esta Cláusula Adicional, así como del cargo mensual operativo del seguro principal, después de la fecha de la invalidez, determinada en la forma descrita en la Cláusula Octava del presente documento, por todo el tiempo que ésta persista, o hasta la fecha de finalización de la cobertura básica o hasta los sesenta y cinco (65) años de edad del Asegurado, lo que ocurra primero. Todo ello, siempre y cuando la invalidez se produzca antes de finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad si se trata de una invalidez ocasionada por una enfermedad; o, siempre y cuando el accidente ocurra antes de finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad si se trata de una invalidez ocasionada por un accidente.

En caso la Invalidez Total y Permanente sea producto de un accidente, además, se cubrirá aquella invalidez que, cumpliendo con los términos del párrafo precedente, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente acaecido durante la vigencia de la presente cobertura.

La presente Cláusula Adicional brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las veinticuatro (24) horas del día.

CUARTA: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la invalidez del asegurado que ocurra como consecuencia de:

- a) Enfermedad o dolencia preexistente.
- b) Enfermedad congénita.
- c) Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.
- d) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- e) La participación o práctica de los siguientes deportes riesgosos: buceo, montañismo, andinismo, alpinismo, paracaidismo, ala delta, parapente, vuelo o caída libre, puenting, canotaje, rafting, surfing, saltos ornamentales, escalada en paredes montañosas o artificiales, cacería con armas de fuego, boxeo, toreo, artes marciales, ciclismo de montaña, skate; la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante, en los siguientes deportes de velocidad: carreras de caballo o carrera de vehículos terrestres, marítimos o aéreos, motorizados o no.
- f) La participación, práctica o el desempeño formal o informal de actividades, oficios o profesiones relacionados con: acrobacia, obrero de construcción, carpintero, soldador, bombero, taxista, mototaxista, repartidor motorizado, chofer de transporte público, transportista de líquidos inflamables, lubricantes o sustancias corrosivas, fumigantes o insecticidas, electricista de alta tensión, operador de grúas, personal de seguridad, minero, trabajo en plataformas petrolíferas o en perforación de pozos, trabajo en altura y/o pirotécnicos.
- g) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- h) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos-litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo su invalidez.
- i) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- j) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos, anestésicos o similares.
- k) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- l) Envenenamiento o inhalación de gas venenoso.
- m) Desórdenes nerviosos o mentales.

Asimismo, rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.

QUINTA: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Esta Cláusula Adicional se emite con vigencia anual. Transcurrido este período, la presente Cláusula Adicional se renovará en forma automática hasta el aniversario póliza inmediatamente anterior a la fecha en la que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia indicada en el presente documento; salvo que el Contratante manifieste, mediante documento escrito, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al inicio del periodo de renovación automática aplicable. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima correspondiente a la presente Cláusula Adicional y/o cualquier condición establecida en la misma podrán ser modificados en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se

entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la presente Cláusula Adicional se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo anual correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática.

SEXTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Fallecimiento del Asegurado.
- c) Al finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad.
- d) Por solicitud de resolución expresa del Contratante respecto de la presente Cláusula Adicional. La solicitud deberá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios empleados para la contratación del seguro, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación.
- e) Por vencimiento del plazo de vigencia de la presente Cláusula Adicional o de los sucesivos plazos de renovación de ésta en caso (i) el Contratante manifieste su voluntad de no renovarla; o, (ii) no proceda su renovación por rechazo del Contratante respecto de la propuesta de modificación efectuada por la Compañía.

En los casos (c), (d) y (e) la terminación de la presente Cláusula Adicional no supone necesariamente la terminación del seguro principal, por lo que la parte de la prima que corresponde a esta Cláusula Adicional será rebajada de la prima periódica.

El pago del valor de la prima después de haber quedado sin efecto esta Cláusula Adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un siniestro ocurrido con posterioridad a esa fecha. En tal caso dicho monto será devuelto al Contratante sin intereses ni responsabilidad ulterior.

SÉTIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza, el Beneficiario deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes al término del "Periodo de Observación".

Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura proporcionando a la Compañía los originales o copias con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

En caso de invalidez por enfermedad	En caso de invalidez por accidente
1. Certificado o Dictamen Médico. ⁽¹⁾	1. Certificado o Dictamen Médico. ⁽¹⁾
2. Historia Clínica completa, foleada y fedateada. ⁽²⁾	2. Historia Clínica completa, foleada y fedateada. ⁽²⁾
	3. Atestado o Informe policial completo o Carpeta

Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del accidente, salvo que razones procesales lo impidiesen.

- (1) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (Comité Médico de las AFP – COMAFP o Comité Médico de la Superintendencia – COMEC), el cual contiene la determinación del porcentaje de menoscabo de la capacidad de trabajo del Asegurado conforme a las **“Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. En caso sea emitido por un tercero distinto a los antes indicados, únicamente tendrá valor informativo y referencial, debiendo el Asegurado someterse a las evaluaciones que le requiera la Compañía.**
- (2) La Historia Clínica completa según los términos de las Condiciones del seguro principal e incluye los informes médicos y de laboratorio sobre el diagnóstico y tratamiento, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan.

El Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la invalidez total y permanente. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía. Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la Compañía los documentos antes indicados y sometiéndose a las evaluaciones médicas requeridas por la Compañía.

OCTAVA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

El Asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la Compañía, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, contados desde la fecha que resulte posterior entre la recepción de toda la documentación solicitada al Asegurado y la finalización del período de observación de seis (6) meses desde el inicio de la invalidez a que se refiere la Cláusula Segunda del presente documento, si ha ocurrido la invalidez total y permanente del Asegurado. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculadas al siniestro que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes. Se deja expresa constancia que el periodo de observación de seis (6) meses no será de aplicación en caso de desmembramiento.

Durante el período de seis (6) meses de observación, la Compañía suspenderá el cobro de primas correspondientes al seguro principal y de esta Cláusula Adicional. En caso de fallecimiento del Asegurado durante este período, la Compañía pagará el beneficio que corresponda de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal, siempre que la causa del deceso no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.

Si se determinara que se ha producido la invalidez total y permanente del Asegurado, la Compañía concederá por escrito el beneficio estipulado en esta Cláusula Adicional, a contar desde la fecha en que se produjo la invalidez, procediendo a exonerar al Asegurado del pago de primas, tanto del seguro principal como de esta cobertura adicional, incluidas las primas devengadas durante el período de observación.

Si se determinara que **no** se ha producido la invalidez total y permanente del Asegurado, la Compañía concederá al Contratante un plazo de seis (6) meses para la regularización de las primas correspondientes al período de

observación y procederá al cobro de las primas posteriores a dicho período de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza.

En caso el Asegurado no estuviese conforme con el pronunciamiento de la Compañía, podrá optar por:

- (i) Solicitar a la Compañía la reconsideración de su pronunciamiento; o,
- (ii) Acudir a las vías de solución de controversias pertinentes (Defensoría del Asegurado, Indecopi o al Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable acordado para el presente seguro).

En caso el Asegurado opte por solicitar la reconsideración del pronunciamiento de la Compañía por alguna diferencia relacionada con el porcentaje o grado de invalidez determinado, la invalidez será evaluada por una junta compuesta por tres médicos elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Cláusula Adicional y tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez", según la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. **La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.**

Para los efectos de esta Cláusula Adicional, las comunicaciones entre la Compañía y el Asegurado, y viceversa, se harán por carta en el domicilio consignado por ambas partes en la presente póliza o en su último domicilio conocido. Se deja expresa constancia que el ejercicio de la primera opción (solicitar la reconsideración ante la propia Compañía), no impedirá en caso de disconformidad acudir a las vías de solución de controversias establecidas bajo la segunda opción.

NOVENA: PERSISTENCIA DE LA INVALIDEZ

Una vez transcurrido el período de observación de seis (6) meses descrito en la Cláusula Segunda del presente documento, la Compañía podrá, cada seis (6) meses y a su costo, requerir pruebas que acrediten que la invalidez del Asegurado persiste.

Sin embargo, si el Asegurado ha permanecido inválido durante dos (2) años completos desde la fecha de invalidez determinada según esta Cláusula Adicional, la Compañía podrá, a su propio costo, exigir que dichas pruebas se presenten una vez al año, dentro de los noventa (90) días previos al aniversario de la aprobación inicial de la invalidez.

Si por cualquier motivo, el Asegurado dejase de presentar las pruebas solicitadas por la Compañía, deberá continuar a partir de ese momento con el pago de las primas de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y de esta Cláusula Adicional, salvo que el Asegurado pruebe que se encontraba imposibilitado, por causa de fuerza mayor, de proporcionar las pruebas requeridas dentro del plazo de noventa (90) días señalado en el párrafo precedente.

DÉCIMA: CARÁCTER DE LOS BENEFICIOS

El presente beneficio es adicional e independiente de otros beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará deducción alguna, en concepto de primas y/o costos eximidos, del Beneficio por Fallecimiento del seguro principal al pagarse éste por fallecimiento del Asegurado.

Se deja expresamente establecido que, una vez otorgado el beneficio previsto en esta Cláusula Adicional, no se podrán efectuar modificaciones en la Suma Asegurada.

CLÁUSULA ADICIONAL INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

La presente Cláusula Adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal.

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Cláusula Adicional:

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Beneficiario:** Para efectos de la presente cobertura adicional, el Beneficiario es el mismo Asegurado.
- **Edad:** Para efectos del presente seguro se considerará como edad la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal. **Al momento de contratación de esta Cláusula Adicional, el Asegurado deberá tener entre dieciocho (18) y cincuenta y cinco (55) años, pudiendo permanecer como Asegurado bajo la presente cobertura adicional hasta el fin del año póliza en el cual cumpla los sesenta (60) años de edad.**
- **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Contratante y/o Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- **Miembro:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **Órgano:** Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función. Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

Asimismo, rigen para la presente Cláusula Adicional las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

SEGUNDA: DEFINICIÓN DE INVALIDEZ

A efectos de la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente el hecho que el Asegurado antes del fin del año póliza en el cual cumpla sesenta (60) años de edad y, adicionalmente, si es consecuencia de enfermedad después de haber transcurrido por lo menos seis (6) meses desde el inicio de la vigencia de esta cobertura (Periodo de Carencia); sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual que le produzca un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, debido a lesiones corporales o por enfermedad y siempre

que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses consecutivos (Periodo de Observación). Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

Para la determinación de la invalidez será de aplicación supletoria las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

TERCERA: COBERTURA

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado a consecuencia de enfermedad o de accidente, la Compañía pagará el capital asegurado para esta Cláusula Adicional indicado en las Condiciones Particulares. Esto se cumplirá siempre que la enfermedad o el accidente que ocasiona la invalidez total y permanente se diagnostique u ocurra, según corresponda, cuando el seguro principal esté vigente.

Además, si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia de enfermedad, únicamente procederá la cobertura en caso hayan transcurrido por lo menos seis (6) meses desde el inicio de la cobertura de la presente Cláusula Adicional (Periodo de Carencia) y la Invalidez Total y Permanente se manifieste antes del fin del año póliza en el cual el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad.

Asimismo, en caso la Invalidez Total y Permanente sea producto de un accidente, se cubrirá aquella invalidez que, cumpliendo con los términos del primer párrafo de la presente cláusula, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente acaecido durante la vigencia de la presente cobertura.

La suma pagada por esta Cláusula Adicional será descontada del capital asegurado de la Cláusula Adicional de Muerte Accidental en el caso que el Asegurado falleciere a consecuencia de un accidente posterior, todo ello siempre que dicha cláusula adicional haya sido incluida en la póliza.

CUARTA: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Enfermedad o dolencia preexistente.
- b) Enfermedad congénita.
- c) Intento de suicidio cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.
- d) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- e) La participación o práctica de los siguientes deportes riesgosos: buceo, montañismo, andinismo, alpinismo, paracaidismo, ala delta, parapente, vuelo o caída libre, puenting, canotaje, rafting, surfing, saltos ornamentales, escalada en paredes montañosas o artificiales, cacería con armas de fuego, boxeo, toreo, artes marciales, ciclismo de montaña, skate; la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante, en los siguientes deportes de velocidad: carreras de caballo o carrera de vehículos terrestres, marítimos o aéreos, motorizados o no.
- f) La participación, práctica o el desempeño formal o informal de actividades, oficios o profesiones relacionados con: acrobacia, obrero de construcción, carpintero, soldador, bombero, taxista, mototaxista,

repartidor motorizado, chofer de transporte público, transportista de líquidos inflamables, lubricantes o sustancias corrosivas, fumigantes o insecticidas, electricista de alta tensión, operador de grúas, personal de seguridad, minero, trabajo en plataformas petrolíferas o en perforación de pozos, trabajo en altura y/o pirotécnicos.

- g) Consumo del alcohol o de alcaloides.
- h) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos-litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo su invalidez.
- i) Duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.
- j) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- k) La enfermedad del SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es VIH positivo.
- l) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- m) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- n) Envenenamiento o inhalación de gas venenoso.
- o) Desórdenes nerviosos o mentales.

Asimismo, se entiende que rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal de la póliza.

QUINTA: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Esta Cláusula Adicional se emite con vigencia anual. Transcurrido este período, la presente Cláusula Adicional se renovará en forma automática hasta el aniversario póliza inmediatamente anterior a la fecha en la que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia indicada en el presente documento; salvo que el Contratante manifieste, mediante documento escrito, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al inicio del periodo de renovación automática aplicable. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima correspondiente a la presente Cláusula Adicional y/o cualquier condición establecida en la misma podrán ser modificados en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la presente Cláusula Adicional se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo anual correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática.

SEXTA: DURACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesorio del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales del mismo, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal convenido lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Cuando la Compañía realice el pago del beneficio correspondiente a esta Cláusula Adicional.
- b) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- c) Al finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad.
- d) Por solicitud de resolución expresa del Contratante respecto de la presente Cláusula Adicional. La solicitud efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios empleados para la contratación del seguro, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación.
- e) Por vencimiento del plazo de vigencia de la presente Cláusula Adicional o de los sucesivos plazos de renovación de ésta en caso (i) el Contratante manifieste su voluntad de no renovarla; o, (ii) no proceda su renovación por rechazo del Contratante respecto de la propuesta de modificación efectuada por la Compañía.

En los casos (a), (c), (d) y (e) la terminación de la presente Cláusula Adicional no supone necesariamente la terminación del seguro principal, por lo que la parte de la prima que corresponde a esta Cláusula Adicional será rebajada de la prima periódica.

El pago del valor de la prima después de haber quedado sin efecto esta Cláusula Adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un siniestro ocurrido con posterioridad a esa fecha. En tal caso dicho monto será devuelto al Contratante sin intereses ni responsabilidad ulterior.

SÉTIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza, el Beneficiario deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes al término del “Periodo de Observación”.

Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura proporcionando a la Compañía los originales o copias con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

En caso de invalidez por enfermedad	En caso de invalidez por accidente
1. Certificado o Dictamen Médico. ⁽¹⁾	1. Certificado o Dictamen Médico. ⁽¹⁾
2. Historia Clínica completa, foleada y fedateada. ⁽²⁾	2. Historia Clínica completa, foleada y fedateada. ⁽²⁾
	3. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del accidente, salvo que razones procesales lo impidiesen.

- (1) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (Comité Médico de las AFP – COMAFP o Comité Médico de la Superintendencia – COMEC), el cual contiene la determinación del porcentaje de menoscabo de la capacidad de trabajo del Asegurado conforme a las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. **En caso sea emitido por un tercero distinto a los antes indicados, únicamente tendrá valor informativo y referencial, debiendo el Asegurado someterse a las evaluaciones que le requiera la Compañía.**
- (2) La Historia Clínica completa según los términos de las Condiciones Generales del seguro principal e incluye los informes médicos y de laboratorio sobre el diagnóstico y tratamiento, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan.

El Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la invalidez total y permanente. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía. Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la Compañía los documentos indicados antes indicados y sometiéndose a las evaluaciones médicas requeridas por la Compañía.

OCTAVA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

El Asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la Compañía, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, contados desde la fecha que resulte posterior entre la recepción de toda la documentación solicitada al Asegurado y la finalización del **Período de Observación** de seis (6) meses desde el inicio de la invalidez a que se refiere la Cláusula Segunda del presente documento, si ha ocurrido la invalidez total y permanente del Asegurado. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculadas al siniestro que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

En caso el Asegurado no estuviese conforme con el pronunciamiento de la Compañía, podrá optar por:

- (i) Solicitar a la Compañía la reconsideración de su pronunciamiento; o,
- (ii) Acudir a las vías de solución de controversias pertinentes (Defensoría del Asegurado, Indecopi o al Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable acordado para el presente seguro).

En caso el Asegurado opte por solicitar la reconsideración del pronunciamiento de la Compañía por alguna diferencia relacionada con el porcentaje o grado de invalidez determinado, la invalidez será evaluada por una junta compuesta por tres médicos elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Cláusula Adicional y tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez", según la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. **La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.**

Se deja expresa constancia que el ejercicio de la primera opción (solicitar la reconsideración ante la propia Compañía), no impedirá en caso de disconformidad acudir a las vías de solución de controversias establecidas bajo la segunda opción.

Para los efectos de esta Cláusula Adicional, las comunicaciones entre la Compañía y el Asegurado, y viceversa, se harán por carta en el domicilio consignado por ambas partes en la presente póliza o en su último domicilio conocido.

NOVENA: BENEFICIO INDEMNIZABLE

El beneficio indemnizable correspondiente a la presente cobertura, será pagado al Asegurado en tres (3) cuotas anuales iguales. La primera cuota se pagará dentro de los treinta (30) días de haberse determinado la invalidez total

y permanente del Asegurado. Las otras cuotas serán abonadas a los aniversarios del pago de la primera cuota, siempre y cuando el Asegurado continúe en condición de invalidez total y permanente, según la definición dada en la Cláusula Segunda del presente documento, y esté con vida.

La Compañía podrá, a su propio costo, exigir una vez al año dentro de los noventa (90) días previos al aniversario de la aprobación inicial de la invalidez, pruebas que acrediten que la invalidez total y permanente del Asegurado continúa.

El pago de las fracciones sucesivas del capital asegurado se suspenderá automáticamente si el Asegurado se restablece en su capacidad de trabajo, lo cual deberá ser verificado a través de un dictamen del servicio médico de la Compañía. En este caso, las garantías de este seguro entrarán nuevamente en vigencia, mediante el pago de la prima que corresponda a una suma asegurada equivalente a la diferencia, entre la suma asegurada en la fecha de inicio de la invalidez y los pagos parciales efectuados por la Compañía durante el período de invalidez, la que será determinada por la Compañía.

Si por cualquier motivo el Asegurado dejase de presentar las pruebas solicitadas por la Compañía, entonces perderá el derecho al pago del beneficio indemnizable, salvo que el Asegurado pruebe que se encontraba imposibilitado por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, de proporcionar las pruebas requeridas dentro del plazo de noventa (90) días a que se refiere el presente artículo.

CLÁUSULA ADICIONAL INVALIDEZ ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

La presente Cláusula Adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal.

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta cláusula adicional:

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Accidente médico:** Es aquel accidente producido durante o como consecuencia de una intervención, tratamiento o atención médica. Para efectos del presente seguro, esta definición comprende aquellos casos de negligencia o impericia médica.
- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Beneficiario:** Para efectos de la presente cobertura adicional, el Beneficiario es el mismo Asegurado.
- **Edad:** Para efectos del presente seguro se considerará como edad la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal. **Al momento de contratación de esta cláusula adicional, el Asegurado deberá tener entre dieciocho (18) y cincuenta y nueve (59) años, pudiendo permanecer como Asegurado bajo la presente cobertura adicional hasta el fin del año póliza en el cual cumpla la edad de sesenta (60) años o hasta el fin de vigencia del seguro principal, lo que ocurra primero.**
- **Desmembramiento:** La pérdida total de los miembros indicados en la presente Cláusula Adicional.
- **Invalidez Total y Permanente:** El menoscabo sufrido por el Asegurado que le ocasiona la pérdida o disminución de su fuerza física e intelectual en un porcentaje igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, conforme a las normas que rigen al Sistema Privado de Pensiones. **Toda referencia a invalidez efectuada en el presente documento, deberá ser entendida como Invalidez Total y Permanente.**
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- **Miembro:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **Órgano:** Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

Asimismo, rigen para la presente Cláusula Adicional, las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

SEGUNDA: PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN

Si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional y dentro de los límites de edad prefijados, el Asegurado sufriera lesiones que le provoquen alguna de las formas de invalidez o desmembramiento cubiertos, la Compañía pagará los porcentajes que se indican a continuación sobre el capital asegurado de esta Cláusula Adicional, señalado en las Condiciones Particulares de la póliza:

Coberturas de Desmembramiento:

- a) El 100% por la pérdida total de:
 - La visión de ambos ojos, o
 - Ambos brazos o ambas manos, o
 - Ambas piernas o ambos pies, o
 - Una mano y un pie.

- b) El 50% por la pérdida total de:
 - La audición completa de ambos oídos, o
 - Un brazo, o
 - Una mano, o
 - Una pierna, o
 - Un pie, o
 - La visión de un ojo en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido ceguera total del otro, antes de contratar esta Cláusula Adicional.

- c) El 35% por la pérdida total de:
 - La visión de un ojo en caso de que no existiera ceguera total del otro, antes de contratar esta Cláusula Adicional.

- d) El 25% por la pérdida total de:
 - La audición completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido sordera total del otro, antes de contratar esta Cláusula Adicional.

Cobertura de Invalidez Total y Permanente:

- e) El 100% en aquellos casos de invalidez no contemplados precedentemente y que produzca al Asegurado una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de noventa (90) días consecutivos (Periodo de Observación). La Compañía evaluará la condición del Asegurado, a fin de determinar el estado de invalidez total y permanente y la aplicación de la cobertura.

Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

Para la determinación de la invalidez será de aplicación supletoria las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

En caso de ocurrir más de un accidente, los porcentajes a indemnizar se calcularán aplicando los porcentajes indicados, sobre el capital asegurado y no sobre el saldo después de pagadas indemnizaciones anteriores. Sin

embargo, el total de indemnizaciones provenientes de invalidez por uno o más accidentes ocurridos durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, no podrán en ningún caso exceder el 100% del capital asegurado por concepto de este beneficio.

TERCERA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará hasta el 100% del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta Cláusula Adicional, de acuerdo a los porcentajes establecidos en el presente documento, si la persona designada en la misma como Asegurado sufriera, durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, algún accidente que fuera la causa de su Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento. Esto se cumplirá siempre que el accidente ocurra cuando el seguro principal esté vigente y antes de finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad.

Para tener derecho al pago del capital asegurado de esta cobertura, ajustado por el porcentaje determinado según el tipo de cobertura correspondiente establecido en el presente documento, el Asegurado deberá encontrarse con vida y mantener la condición de invalidez total y permanente por lo menos hasta el segundo (2do) año y treinta (30) días contados desde la determinación de su invalidez. En caso contrario, sólo tendrá derecho a un tercio, o dos tercios del capital asegurado ajustado por el porcentaje determinado según el grado de invalidez correspondiente, conforme se establece en la Cláusula Novena del presente documento. Sin embargo, si el siniestro consiste en la separación completa, en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, el Asegurado tendrá derecho al pago del capital asegurado ajustado por el porcentaje determinado según el tipo de desmembramiento correspondiente, desde el momento en que se determine su condición de invalidez conforme a lo dispuesto en el presente documento.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento sea consecuencia de las lesiones originadas por un accidente.

Se cubrirá aquella invalidez o desmembramiento que, cumpliendo con los términos de la presente Cláusula Adicional, se manifieste como máximo dentro de los dos (2) años siguientes al accidente acaecido durante la vigencia de la presente cobertura.

La Compañía cubrirá la Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento que pueda resultar de accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

La suma pagada por esta Cláusula Adicional será descontada del capital asegurado de la cláusula de Muerte Accidental, si ésta hubiera sido contratada, en el caso que el Asegurado falleciera a consecuencia del mismo accidente o de un accidente posterior.

La póliza brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las veinticuatro (24) horas del día.

CUARTA: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento del asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) **Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.**
- b) **La participación o práctica de los siguientes deportes riesgosos: buceo, montañismo, andinismo, alpinismo, paracaidismo, ala delta, parapente, vuelo o caída libre, puenting, canotaje, rafting, surfing, saltos ornamentales, escalada en paredes montañosas o artificiales, cacería con armas de fuego,**

boxeo, toreo, artes marciales, ciclismo de montaña, skate; la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante, en los siguientes deportes de velocidad: carreras de caballo o carrera de vehículos terrestres, marítimos o aéreos, motorizados o no.

- c) La participación, práctica o el desempeño formal o informal de actividades, oficios o profesiones relacionados con: acrobacia, obrero de construcción, carpintero, soldador, bombero, taxista, mototaxista, repartidor motorizado, chofer de transporte público, transportista de líquidos inflamables, lubricantes o sustancias corrosivas, fumigantes o insecticidas, electricista de alta tensión, operador de grúas, personal de seguridad, minero, trabajo en plataformas petrolíferas o en perforación de pozos, trabajo en altura y/o pirotécnicos.
- d) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- e) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- f) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- g) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos-litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo el accidente.
- h) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos, anestésicos o similares.
- i) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- j) El denominado “Accidente Cerebro Vascular” y los denominados “Accidentes Médicos”, los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.
- k) Consecuencia de enfermedades de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa.

Asimismo, rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.

QUINTA: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Esta Cláusula Adicional se emite con vigencia anual. Transcurrido este período, la presente Cláusula Adicional se renovará en forma automática hasta el aniversario póliza inmediatamente anterior a la fecha en la que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia indicada en el presente documento; salvo que el Contratante manifieste, mediante documento escrito, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al inicio del periodo de renovación automática aplicable. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima correspondiente a la presente Cláusula Adicional y/o cualquier condición establecida en la misma podrán ser modificados en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la presente Cláusula Adicional se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo anual correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática.

SEXTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Al finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad.
- c) Por solicitud de resolución expresa del Contratante respecto de la presente Cláusula Adicional. La solicitud deberá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios empleados para la contratación del seguro, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación.
- d) Cuando el Asegurado haya percibido el 100% del beneficio previsto por esta Cláusula Adicional, integrando para la determinación de este porcentaje el pago de todo beneficio generado por una o más lesiones, a consecuencia de uno o varios accidentes, ocurridos durante la vigencia de esta Cláusula Adicional.
- e) Cuando el Asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional de invalidez que contemple exoneración de pago de primas o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.
- f) Por vencimiento del plazo de vigencia de la presente Cláusula Adicional o de los sucesivos plazos de renovación de ésta en caso (i) el Contratante manifieste su voluntad de no renovarla; o, (ii) no proceda su renovación por rechazo del Contratante respecto de la propuesta de modificación efectuada por la Compañía.

En los casos (b), (c), (d), (e) y (f) la terminación de la presente Cláusula Adicional no supone necesariamente la terminación del seguro principal, por lo que la parte de la prima que corresponde a esta Cláusula Adicional será rebajada de la prima periódica.

El pago del valor de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un accidente que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso dicho monto será devuelto al Contratante sin intereses ni responsabilidad ulterior.

SÉTIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza, el Beneficiario deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes al término del "Periodo de Observación" en caso de invalidez o a la fecha del siniestro en caso de desmembramiento.

Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura proporcionando a la Compañía los originales o copias con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

En caso de desmembramiento	En caso de invalidez
1. Historia Clínica completa, foleada y fedateada. ⁽¹⁾	1. Certificado o Dictamen Médico. ⁽²⁾
2. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada	2. Historia Clínica completa, foleada y fedateada. ⁽¹⁾

con motivo del accidente, salvo que razones procesales lo impidiesen.	
	3. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del accidente, salvo que razones procesales lo impidiesen.

- (1) La Historia Clínica completa según los términos de las Condiciones Generales del seguro principal e incluye los informes médicos y de laboratorio sobre el diagnóstico y tratamiento, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan.
- (2) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (Comité Médico de las AFP – COMAFP o Comité Médico de la Superintendencia – COMEC), el cual contiene la determinación del porcentaje de menoscabo de la capacidad de trabajo del Asegurado conforme a las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. **En caso sea emitido por un tercero distinto a los antes indicados, únicamente tendrá valor informativo y referencial, debiendo el Asegurado someterse a las evaluaciones que le requiera la Compañía.**

El Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la invalidez total y permanente. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía. Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la Compañía los documentos indicados antes indicados y sometiendo a las evaluaciones médicas requeridas por la Compañía.

OCTAVA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ O DEL DESMEMBRAMIENTO

El Asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la Compañía, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, contados desde la fecha que resulte posterior entre la recepción de toda la documentación solicitada al Asegurado y la finalización del **Período de Observación** de noventa (90) días consecutivos a que se refiere la Cláusula Segunda del presente documento, si ha ocurrido la invalidez total y permanente del Asegurado. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculadas al siniestro que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

En caso de desmembramiento, se seguirá el procedimiento indicado en el párrafo precedente sin considerar el Periodo de Observación aplicable a la Invalidez Total y Permanente.

En caso el Asegurado no estuviese conforme con el pronunciamiento de la Compañía, podrá optar por:

- (i) Solicitar a la Compañía la reconsideración de su pronunciamiento; o,
- (ii) Acudir a las vías de solución de controversias pertinentes (Defensoría del Asegurado, Indecopi o al Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable acordado para el presente seguro).

En caso el Asegurado opte por solicitar la reconsideración del pronunciamiento de la Compañía por alguna diferencia relacionada con el porcentaje o grado de invalidez determinado, la invalidez será evaluada por una junta compuesta por tres médicos elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía, los que

deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Cláusula Adicional y tomando en consideración las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez”, según la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. **La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.**

Se deja expresa constancia que el ejercicio de la primera opción (solicitar la reconsideración ante la propia Compañía), no impedirá, en caso de disconformidad, acudir a las vías de solución de controversias establecidas bajo la segunda opción.

Para los efectos de esta Cláusula Adicional, las comunicaciones entre la Compañía y el Asegurado, y viceversa, se harán por carta en el domicilio consignado por ambas partes en la presente póliza o en su último domicilio conocido.

NOVENA: PAGO DEL BENEFICIO

El capital asegurado de esta cobertura, señalado en las Condiciones Particulares, será pagado al Asegurado de la siguiente manera:

- a) Coberturas por Desmembramiento: Si el siniestro cubierto consiste en la separación completa, en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece (Desmembramiento), el beneficio será pagado en una (1) sola cuota, dentro de los treinta (30) días de haberse determinado la procedencia de la cobertura y teniendo en cuenta el porcentaje de indemnización que corresponda según lo dispuesto en la Cláusula Segunda del presente documento.
- b) Cobertura de Invalidez Total y Permanente: De proceder la cobertura, el beneficio será pagado al Asegurado en tres (3) cuotas anuales iguales. Cada cuota será equivalente a un tercio del porcentaje del capital asegurado. La primera cuota se pagará dentro de los treinta (30) días de haber determinado la invalidez del Asegurado. Las otras dos cuotas serán abonadas a los aniversarios del pago de la primera cuota, siempre y cuando el Asegurado siga inválido y con vida; y, sin importar que la vigencia de esta cobertura adicional haya concluido.

La Compañía podrá, a su propio costo, exigir una vez al año dentro de los noventa (90) días previos al aniversario de la aprobación inicial de la invalidez, pruebas que acrediten que la invalidez del Asegurado continúa.

Si por cualquier motivo el Asegurado dejase de presentar las pruebas solicitadas por la Compañía, se perderá el derecho a las cuotas de capital asegurado restantes, salvo que el Asegurado pruebe que se encontraba imposibilitado, por causa de fuerza mayor, de proporcionar las pruebas requeridas dentro del plazo señalado en el párrafo precedente.