PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL
PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
FONDO UNIVERSITARIO

RESUMEN

1. ¿Qué es el "Fondo Universitario"?

Es un seguro de vida que tiene un fondo de ahorro universitario destinado para los estudios superiores del hijo designado como beneficiario. Este seguro está pensado para personas entre los 18 y 65 años que tienen hijos o nietos en edad pre-escolar o escolar y que cuentan con la posibilidad de ahorrar entre 10 y 18 años para garantizarles la educación superior.

2. ¿Cómo se ejerce el Derecho de Arrepentimiento?

El Contratante podrá desistirse de su solicitud de seguro y resolver el contrato sin expresión de causa a través de una comunicación escrita dirigida al domicilio de la Compañía, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses.

3. ¿Qué riesgos cubre?

El objeto de este seguro consiste en la acumulación de un fondo durante un periodo determinado, de tal manera que el beneficiario o el Asegurado pueda percibir el fondo universitario al finalizar dicho periodo y en las cuotas establecidas en las Condiciones Particulares. En caso de fallecimiento del Asegurado durante el periodo de pago de primas, la Compañía exonerará al Asegurado del pago de las primas que devenguen desde dicho evento hasta que finalice el periodo de pago de éstas, siempre que no se encuentre dentro de las exclusiones de la póliza.

También se concederá la exoneración en caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad del Asegurado, siempre y cuando la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la respectiva cláusula adicional y de conformidad con los términos y condiciones de la misma.

4. ¿Cuáles son las Exclusiones?

Se detallan en la Cláusula Vigésimo Novena de las Condiciones Generales y en la Cláusula Cuarta de la respectiva Cláusula Adicional. Si el siniestro se produjera como consecuencia de alguno de dichos supuestos no se otorgará la cobertura del seguro.

5. ¿Cuál es el lugar y forma de pago de la prima?

Cargo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito autorizada por el Contratante; o, pago en efectivo en el domicilio físico de la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el acápite 6 de las Condiciones de Particulares.

6. ¿Cuál es el procedimiento para efectuar modificaciones a las condiciones de la póliza?

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.

7. ¿Cuáles son las causales de terminación de la cobertura?

Se encuentran establecidas en la Cláusula Vigésimo Octava de las Condiciones Generales. En particular, el Contratante podrá resolver el contrato de seguro en cualquier momento y sin expresión de causa, comunicando su decisión a la Compañía con 30 días de anticipación, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales.

8. ¿Existen obligaciones cuyo incumplimiento podría afectar la cobertura del producto?

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

En caso de ocurrencia de siniestro, los beneficiarios deberán observar el procedimiento establecido en la Cláusula Trigésimo Primera de las Condiciones Generales.

9. ¿Cuál es el procedimiento, lugares autorizados, medio y plazo para presentar una Solicitud de Exoneración del Pago de Primas (Cobertura)?

La Solicitud de Exoneración del Pago de Primas deberá presentarse por escrito en el domicilio físico de la Compañía dentro de los 7 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. Para mayor información podrá comunicarse con nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000 o ingresar a nuestra página web www.pacifico.com.pe. El procedimiento y los requisitos se encuentran previstos en la Cláusula Trigésimo Primera de las Condiciones Generales.

Sin perjuicio del plazo, los Beneficiarios podrán solicitar la cobertura dentro del plazo legal de prescripción establecido. 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.

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: Arias Aragüez 146, San Antonio Miraflores, Lima – Perú.
Telefax: 446-9158

Además, podrá recurrir al INDECOPI o al mecanismo de solución de controversias establecido en la póliza. Adicionalmente, podrá solicitar orientación en la Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

10. ¿Cuáles son los requisitos y el procedimiento para solicitar el pago del Fondo Universitario?

Los requisitos y el procedimiento para solicitar el pago del Fondo Universitario se establecen en las Cláusulas Trigésimo Segunda y Trigésimo Tercera de las Condiciones Generales.

11. ¿Cuál es el mecanismo de solución de controversias?

Se encuentra previsto en la Cláusula Trigésimo Novena de las Condiciones Generales y en la Cláusula Adicional de "Mecanismos de Solución de Controversias Aplicable".

12. ¿Consultas y/o Reclamos?

Puede presentar sus consultas y/o reclamos:
Verbalmente, acercándose a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas **en Av. Juan de Arona 830, San Isidro**, o llamando a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000.
Por escrito, a través de: un correo electrónico a servicioalcliente@pacificovida.com.pe; una carta enviada a nuestras oficinas dirigida a "Atención al Cliente"; o desde nuestra página web www.pacifico.com.pe, sección Pacífico Seguros.

Además, podrá acudir al INDECOPI ubicado en Calle de la Prosa N° 104, San Borja o al teléfono 2247800; Plataforma de Atención al Usuario de la SBS, ubicada en Jirón Junín 270, Lima o al teléfono 0800-10840; o, recurrir al mecanismo de solución de controversias.

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL
PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
FONDO UNIVERSITARIO

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. Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado
6. Indisputabilidad
7. Fecha de Inicio de Vigencia y Plazos de la Póliza
8. Descripción de la Cobertura – Exoneración de Pagos de Primas por Fallecimiento
9. Beneficio
10. Importe del Beneficio
11. Titular de esta Póliza
12. Edad
13. Primas
14. Deducción Mensual de la Cuenta Individual
15. Costo Mensual de la Cobertura
16. Tarifa Mensual del Seguro de Vida
17. Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas
18. Rehabilitación Legal
19. Rehabilitación Convencional
20. Constitución de la Cuenta Individual
21. Intereses Garantizados de la Cuenta Individual
22. Constitución de la Cuenta de Excedentes
23. Intereses Excedentes
24. Retiros Parciales de la Cuenta de Excedentes
25. Información al Contratante
26. Resolución de la Póliza y Valor de Rescate
27. Resolución de la Póliza por Fallecimiento del Beneficiario
28. Terminación de la Cobertura
29. Exclusiones - Riesgos no cubiertos
30. Designación de Beneficiario
31. Aviso de Siniestro - Requisitos para presentar la Solicitud de Exoneración del Pago de Primas
32. Requisitos para Solicitar el Pago del Fondo Universitario
33. Pago del Fondo Universitario
34. Solicitud de Cobertura Fraudulenta
35. Duplicado de Póliza y Copia
36. Impuestos, tasas y contribuciones

37. Domicilio
38. Prescripción
39. Mecanismos de Solución de Controversias
40. Modificación de la Póliza
41. Moneda del Contrato

III. Cláusulas Adicionales

a) Exoneración de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL

FONDO UNIVERSITARIO

SOLICITUD DE PÓLIZA Nº:	***«XXXXXXXXX»***
PÓLIZA N°:	***«XXXXXXXXX»***
CODIGO SBS:	***«XXXXXXXXX», producto adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.***
COMPAÑÍA ASEGURADORA:	***PACIFICO SEGUROS***
CONTRATANTE:	***«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»***
ASEGURADO:	***«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»***

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL
PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
FONDO UNIVERSITARIO

CONDICIONES PARTICULARES

1. DATOS DE LA PÓLIZA

N° DE SOLICITUD: *«XXXXXXXXXXX»*
N° DE PÓLIZA: *«XXXXXXXXXXX»*
FECHA DE EMISIÓN (IMPRESIÓN DE LA PÓLIZA): *«dd/mm/aaaa»*
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA: *«dd/mm/aaaa»* *00:00 Horas*
PERIODO DE PAGO DE PRIMAS: *«XX» años*
PERIODO DE CAPITALIZACIÓN: *«XX» años y «XX» meses*
INICIO DEL PAGO DEL BENEFICIO: *«dd/mm/aaaa»*
BENEFICIO PAGADO EN FORMA DE RENTA ANUAL DURANTE: *«XX» años*
FECHA DE FIN DE VIGENCIA DE LA COBERTURA: *«dd/mm/aaaa»* *23:59 Horas*
MONEDA DEL CONTRATO: *«XXXXXXXXXXX»*

2. CONTRATANTE Y ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO: *«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»*
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: *«XXXXXXXXXX»*
N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: *«XXXXXXXXXX»*
EDAD AL INICIO DEL CONTRATO: *«XX» años*
FECHA DE NACIMIENTO: *«dd/mm/aaaa»*
TIPO DE RIESGO: *«XXXXXXXXXXXXXXXXX»*
DOMICILIO ***DIRECCIÓN FÍSICA:*** *«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»*
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: *«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»*

La "Edad Máxima de Ingreso" establecida para el Asegurado es de 65 años.

Se deja expresa constancia que el Asegurado autoriza a Pacífico Seguros a notificarle cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá su domicilio contractual, comprometiéndose a informar por escrito cualquier variación con, por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las notificaciones enviadas a la dirección electrónica antes consignada o registrada posteriormente ante la Compañía.

3. BENEFICIARIO ÚNICO:

NOMBRES Y APELLIDOS	*D.N.I. / C.E.*	*PARENTESCO (*)*
«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»	*«XXXXXXXX»*	*«XXXXXXXXXXXXX»*

(*) El parentesco se define en relación al Asegurado.

El Contratante, en caso sobreviviese al periodo de pago de primas, ha solicitado la opción de cobrar directamente las cuotas del beneficio (sin importar la edad del Beneficiario): «XX»

4. PERSONA DESIGNADA COMO APODERADA:

(En caso el Asegurado falleciera y el Beneficiario sea menor de edad)

NOMBRES Y APELLIDOS	D.N.I. / C.E.	PARENTESCO (*)
«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»	«XXXXXXXX»	«XXXXXXXXXXXXX»

(*) El parentesco se define en relación al Asegurado.

5. COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA

COBERTURA BÁSICA	FONDO UNIVERSITARIO (*)	CUOTAS ANUALES	INICIO DE VIGENCIA	FIN DE VIGENCIA
Exoneración de Pagos de Primas por Fallecimiento	«XXXXX.XX»	«XX»	«dd/mm/aaaa»	«dd/mm/aaaa»
COBERTURAS ADICIONALES				
Exoneración de Pagos de Primas por Invalidez Total y Permanente	«XXXXX.XX»	«XX»	«dd/mm/aaaa»	«dd/mm/aaaa»

(*) La suma asegurada estará determinada por el monto de las primas que serán asumidas por la Compañía a fin de garantizar el pago del Fondo Universitario antes indicado.

6. PRIMA – CONVENIO DE PAGO

PRIMA COMERCIAL (1)(2)	«Moneda»	«XX.XX»
PRIMA DE EXCEDENTES (2)(3)	«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 8 de las presentes Condiciones Particulares.*

(2) *La prima comercial incluye el concepto de "gastos de gestión", el cual es equivalente a «XX»% de la prima comercial. Asimismo, la prima de excedentes incluye el concepto de "gastos de gestión", el cual es equivalente a XX»% de la prima de excedentes.*

(3) *El pago de la Prima de Excedentes es opcional.*

(4) *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, 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»)
Exoneración de Pagos de Primas por Fallecimiento	«XX.XX»	«XX.XX»	«XX.XX»
Exoneración de Pagos de Primas por Invalidez Total y Permanente	«XX.XX»	«XX.XX»	«XX.XX»
	PRIMA COMERCIAL		**«XX.XX»**

FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA : *«XXXXXXXXXXXXXXXX»*

FORMA DE PAGO DE PRIMA:	*«XXXXXXXXXXXXXXX»*
LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA:	*«XXXXXXXXXXXXXXX»*
PRIMA MÍNIMA POR PERIODO:	*«Moneda»«XX.XX»*
PRIMA DE EXCEDENTES MÁXIMA POR PERIODO:	*«Moneda»«XXXXXX.XX»*
MÁXIMO CARGO MENSUAL OPERATIVO:	*«Moneda»«XX.XX»*

La vigencia de esta póliza está condicionada a que se efectúe el cobro de la primera prima del seguro*, la cual dará cobertura al primer mes de vigencia de la póliza. 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 1237º 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 Nuevos 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, 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 al consultor o cualquier funcionario de la Compañía 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.

7. ACERCA DE LOS INTERESES DE LAS CUENTAS DE LA PÓLIZA

TASA DE INTERES ANUAL GARANTIZADA EN LA CUENTA INDIVIDUAL:	*« XX»%*
TASA DE INTERES ANUAL GARANTIZADA EN LA CUENTA DE EXCEDENTES:	*« XX»%*
SALDO BÁSICO PARA INTERESES EXCEDENTES:	*«Moneda»«XXXX.XX»*
TASA DE INTERÉS ANUAL PARA EL PAGO DEL BENEFICIO	*« XX»%*

8. ACERCA DEL RETIRO PARCIAL DE LA CUENTA DE EXCEDENTES

PLAZO MÍNIMO PARA SOLICIAR RETIROS PARCIALES:	*« XX» meses*
CARGO POR RETIRO PARCIAL:	*«Moneda»«XXXXX.XX»*
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 2015 (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° 29966). Si no se prorroga la exoneración después de esa fecha, la Compañía retendrá el Impuesto a la Renta que corresponda.

9. ACERCA DEL RESCATE:

PLAZO MÍNIMO PARA SOLICITUDES DE RESCATE: *« XX» meses*

10. DECLARACIONES

La presente póliza, la solicitud, los endosos y las cláusulas adicionales que se anexan a ella forman parte integrante de este contrato. Toda omisión, simulación, o falsedad en las declaraciones que haga el Asegurado y/o Contratante en la solicitud respectiva y que obedezcan a dolo o culpa inexcusable, 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.

11. INTERMEDIACIÓN / COMERCIALIZACIÓN

NOMBRE: *«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»* *REGISTRO* *«XXXXXXXXX»*
TELÉFONO: *«XXXXXXXXX»*
COMISIÓN: *« Igual que se presenta hoy para Brokers, en forma de tabla por periodo mostrando moneda y monto mensual»*

La comisión del comercializador o intermediario se calcula sobre la prima comercial y la prima de excedentes, netas de impuestos y gastos de gestión. Podrían aplicar bonificaciones, premios u otros beneficios adicionales según acuerdo del Comercializador o Intermediario con la Compañía.

_____ _____

«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 servicioalcliente@pacificovida.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***	***Exoneración del Pago de Primas por Fallecimiento***
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 %***	***Gasto Variable sobre Prima de Excedentes %***	***Cargo por Rescate (En «Moneda»)***
1				
2				
3				
4				
5				
6				

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL
PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
FONDO UNIVERSITARIO

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 cardiacos, 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
- **Apoderado:** Persona que designe el Asegurado en la solicitud del seguro y cuyo nombre aparece en las **Condiciones Particulares** de la presente póliza, como aquella a quien debe pagarse el beneficio en caso de fallecimiento del Asegurado y si el beneficiario fuese menor de edad al momento del pago.
- **Beneficiario:** Es la persona designada en la solicitud por el Asegurado y cuyo nombre aparece en las **Condiciones Particulares**, como titular de los derechos que en ella se establecen. Su designación es expresa y debe existir interés asegurable entre el Beneficiario y el Asegurado.
- **Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las **Condiciones Particulares** y que será pagado por la Compañía a partir de la fecha de inicio de pago del beneficio, en los términos y condiciones que se establezcan en las presentes Condiciones Generales y en las **Condiciones Particulares**.
- **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 adicionales 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. **Para efectos del presente contrato se deberá entender que el Contratante es el Asegurado.**
- **Cuenta de Excedentes:** Es la cuenta donde se registran los rendimientos que exceden al mínimo garantizado por la Compañía y las primas de excedentes.
- **Cuenta Individual:** Es el registro de ingresos y egresos que la Compañía mantiene vigente a nombre del Asegurado, donde se abonan las primas comerciales correspondientes a la cobertura principal y a las coberturas adicionales y los intereses garantizados y se rebajan las 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 el cargo mensual operativo.
- **Edad:** Es la edad actuarial del Asegurado definida en la Cláusula Décimo Segunda 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.
- **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 vigencia, a partir de la cual comienza a regir la cobertura del seguro, previo pago de la prima inicial.
- **Interés Asegurable:** Es aquel que tiene el Asegurado debido a la pérdida económica que el beneficiario del seguro sufriría 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.
- **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 incrementar el beneficio de la póliza.
- **Rehabilitación Legal:** 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.
- **Rehabilitación Convencional**: Es la posibilidad pactada por las partes que tiene el Contratante de volver a poner en vigencia el contrato, dentro del plazo previsto por las partes, si éste hubiera quedado resuelto o extinguido por la falta de pago oportuno de primas. Para ello deberá pagar el monto que la Compañía le indique dentro del plazo establecido y satisfacer las pruebas necesarias para evaluar el estado de salud del Asegurado.
- **Rescate:** Es la acción por la cual el Asegurado resuelve y pone fin al contrato de seguro, solicitando el valor de rescate.
- **Tarifa Mensual del Seguro de Vida:** Es el monto calculado por la Compañía, que sirve de referencia para determinar el monto de la prima comercial y la Deducción Mensual de la Cuenta Individual.
- **Valor de Rescate:** Es el valor que puede retirar el Asegurado en caso que no deseara continuar con la póliza, luego de un determinado período de vigencia de la misma. El valor de rescate será calculado en base a los saldos de las cuentas de la póliza y al cargo por rescate que corresponda.
- **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. **La Compañía no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma. El Contratante podrá desistirse de su solicitud de seguro y resolver el contrato sin expresión de causa a través de una comunicación escrita dirigida al domicilio de la Compañía, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese recibido sin intereses**.

El Contratante deberá devolver el cargo de recepción de la póliza debidamente firmado en señal de conformidad. El incumplimiento de dicha obligación no significará, por sí sola, 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 Condiciones Particulares.
3. Las Condiciones Generales.
4. Las Cláusulas Adicionales.
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.

Se deja expresa constancia que la presente póliza no otorga los derechos de reducción y préstamo por tratarse de un seguro de vida temporal.

QUINTA: 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 Asegurado en la solicitud de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en los cuestionarios relativos a la salud y actividades del Asegurado.

Toda declaración falsa, inexacta, o reticente formulada por el Asegurado sobre circunstancias conocidas por éste, que de haber sido conocida por la Compañía hubiera 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 Asegurado y/o el beneficiario carecerán de todo derecho a 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 el valor de las primas pagadas, más los intereses acreditados en la Cuenta Individual y Cuenta de Excedentes, menos los Gastos Variables sobre la Prima Comercial y la Prima de Excedentes 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 declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado, que fueron contenido de una pregunta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

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 suma asegurada a pagar 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.**

SEXTA: 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 o fraude en perjuicio de la Compañía.

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

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

Las coberturas previstas en esta póliza adquieren fuerza legal desde las cero horas del día indicado en las **Condiciones Particulares** como fecha de inicio de vigencia, inicio que estará condicionado al pago previo de la prima inicial. 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.

OCTAVA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA – EXONERACIÓN DE PAGOS DE PRIMAS POR FALLECIMIENTO

El presente contrato de seguro tiene por objeto permitir al Asegurado la acumulación de un monto de dinero en las cuentas de la póliza, durante un período de pago determinado (Período de Pago de Primas) de tal forma que a la fecha establecida como Inicio de Pago del Beneficio, el Beneficiario o el propio Asegurado, en caso se haya solicitado esta opción, pueda percibir el Fondo Universitario contratado en forma de renta anual durante el número de años establecido en las Condiciones Particulares.

Dicha acumulación de dinero se realiza en base al pago de las primas en la forma y frecuencia establecidas en las Condiciones Particulares y a la acreditación de intereses por parte de la Compañía, según se detallan en la Cláusulas Vigésima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Constitución de la Cuenta Individual" y en la Cláusula Vigésimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Constitución de la Cuenta de Excedentes".

En caso de fallecimiento del Asegurado durante el período de pago de primas, sea en territorio nacional o internacional, estando el Beneficiario con vida y la póliza vigente, la Compañía exonerará el pago de las primas comerciales que se devenguen con posterioridad al fallecimiento mencionado, hasta la finalización del período de pago de primas del seguro. Esto, siempre y cuando la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.

Como consecuencia de la exoneración del pago de primas comerciales, el beneficio o Fondo Universitario a ser pagado a partir del Inicio de Pago del Beneficio establecido en las Condiciones Particulares, será equivalente al que correspondería percibir en caso no se hubiera producido el fallecimiento del Asegurado y las primas no devengadas desde dicho fallecimiento hubieran sido pagadas en la forma y frecuencia señaladas en las Condiciones Particulares. Este beneficio no contempla el monto de las primas excedentes, si correspondieran, que dejaron de ser pagadas a partir del deceso del Asegurado.

La cobertura será otorgada desde la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza y durante el Período de Pago de Primas, ambos estipulados en las Condiciones Particulares.

NOVENA: BENEFICIO

Al finalizar el Período de Pago de Primas, los saldos de la Cuenta Individual y de la Cuenta de Excedentes, así como los Intereses Excedentes, serán capitalizados a la tasa equivalente a la Tasa Anual Garantizada de la Cuenta Individual y hasta finalizar el Período de Capitalización.

El monto total resultante de la capitalización descrita en el párrafo anterior, se utilizará para el cálculo del beneficio a la fecha estipulada como Inicio de Pago del Beneficio. Dicho beneficio será pagado en forma de renta anual, en montos iguales y fijos y durante el número de años establecido en las Condiciones Particulares.

El Período de Pago de Primas, el Período de Capitalización, el Inicio de Pago del Beneficio y la Tasa Anual Garantizada de la Cuenta Individual están definidos en las Condiciones Particulares.

DÉCIMA: IMPORTE DEL BENEFICIO

El importe total del beneficio será igual a la sumatoria de los montos anuales del mismo. Dichos montos serán iguales, fijos y pagaderos en el número de cuotas establecido en las **Condiciones Particulares**.

El monto anual será igual al fondo acumulado a la fecha de Inicio de Pago del Beneficio dividido entre un factor que representa una renta cierta unitaria con periodicidad anual, pagadera al inicio de cada año y calculada con la Tasa de Interés Anual para el Pago del Beneficio, estipulada en las **Condiciones Particulares**.

El monto del fondo a la fecha de Inicio de Pago del Beneficio resulta del saldo de la Cuenta Individual más el saldo de la Cuenta de Excedentes más los Intereses Excedentes al fin del Período de Pago de Primas, todos ellos capitalizados a la tasa mensual equivalente a la Tasa de Interés Anual Garantizada de la Cuenta Individual hasta finalizar el Período de Capitalización.

Queda expresamente establecido que antes de proceder al pago del Beneficio se descontará la prima adeudada durante el periodo previo a la suspensión de cobertura, en caso el fallecimiento del Asegurado se haya producido en dicho período.

Si al momento de la liquidación se determinara que la edad declarada en la solicitud de la póliza era menor que la edad real del Asegurado, se deducirá del fondo acumulado el costo del seguro de vida correspondiente a la edad real, reduciéndose de esta manera el monto anual y por lo tanto el beneficio.

DÉCIMO PRIMERA: 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.

Por la naturaleza de la cobertura de la presente póliza (exoneración del pago de primas), el Contratante necesariamente será el Asegurado y, por tanto, cualquier mención del Contratante que se efectué en las cláusulas del presente deberá entenderse como referido al Asegurado.

Al fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, se transfieren al Apoderado; y en caso de fallecimiento del Apoderado, al padre o madre sobreviviente o tutor del Beneficiario de acuerdo a lo que establezcan las normas aplicables; la facultad de: (i) solicitar la exoneración del pago de primas previo cumplimiento de los requisitos establecidos en la Cláusula Trigésimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Aviso de Siniestro – Requisitos para Presentar la Solicitud de Exoneración del Pago de Primas", (ii) solicitar el cobro del beneficio y (iii) solicitar el cobro del monto que otorgue la Compañía en caso se determine la nulidad del contrato.

Las facultades otorgadas al Apoderado sólo serán ejercidas en caso el Beneficiario fuese menor de edad, y se encuentran limitadas a las detalladas expresamente en los literales (i), (ii) y (iii) precedentes.

DÉCIMO SEGUNDA: 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 en 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" indicada en las **Condiciones Particulares**.

El Asegurado o su Beneficiario deberá probar mediante documentación fehaciente, la fecha de nacimiento del Asegurado declarada para obtener la póliza. Dicha prueba podrá ser presentada por el Asegurado en cualquier momento. Asimismo, la Compañía podrá exigirla antes de otorgar cualquier valor u opción acordados por la póliza, ya sea al Asegurado o a su Beneficiario.

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.

Si resultase que a la fecha de contratación de la póliza, el Asegurado era una persona no asegurable, el contrato será nulo y quedará sin efecto, debiendo la Compañía devolver al Asegurado el valor de las primas pagadas, más los intereses acreditados en la Cuenta Individual y Cuenta de Excedentes, menos los Gastos Variables sobre Prima y Prima de Excedentes que se detallan en las Condiciones Particulares de la póliza por concepto de penalidad. La penalidad no deberá exceder del valor de las primas acordadas para el primer año de duración del contrato.

DÉCIMO TERCERA: PRIMAS

La primera prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza. **Se requiere el pago por adelantado de esta prima inicial para que la cobertura entre en vigencia**. Las siguientes primas deberán ser pagadas en el tiempo y forma establecidos en las **Condiciones Particulares**.

Las primas tienen el objeto de garantizar la acumulación del fondo requerido para el pago del beneficio al finalizar la vigencia de la póliza, siempre y cuando sean abonados 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 de la póliza.
b. Prima de Excedentes: es el monto adicional a la prima básica, cuyo pago es opcional y tiene por objeto incrementar el Fondo Universitario. Esta prima es depositada en la Cuenta de Excedentes de la póliza. La prima excedente no puede superar el monto máximo especificado 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 del Contratante 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 Asegurado 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.

La prima comercial, neta de gastos de gestión e impuestos si existieran y gastos variables, se registran en la Cuenta Individual, conjuntamente con los intereses garantizados de la Cuenta Individual. De la Cuenta Individual se debita la Deducción Mensual que establece la póliza.

La prima de excedentes, neta de gastos de gestión e impuestos si existieran y gastos variables, se registran en la Cuenta de Excedentes, conjuntamente con los rendimientos de la Cuenta de Excedentes devengados durante la vigencia de la póliza. De la Cuenta de Excedentes se deducen los retiros parciales.

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

DÉCIMO CUARTA: DEDUCCIÓN MENSUAL DE LA CUENTA INDIVIDUAL

El día primero de cada mes calendario se calculará la "Deducción Mensual" cuyo importe se deduce de la Cuenta Individual. La Deducción Mensual resulta de sumar los siguientes componentes:

1. El costo por el mes en curso de la cobertura, prevista en las presentes Condiciones Generales.

2. El costo por el mes en curso de las Coberturas Adicionales que se hubieran incorporado a la póliza de acuerdo con lo establecido en las **Condiciones Particulares**.

3. El cargo mensual operativo, cuyo máximo figura en las **Condiciones Particulares**.

DÉCIMO QUINTA: COSTO MENSUAL DE LA COBERTURA

El costo mensual de la cobertura de este seguro se determina de acuerdo con el siguiente procedimiento:

a) Se calcula el monto neto en riesgo en el mes correspondiente, considerando el valor presente de las primas que exoneraría la Compañía en caso de fallecimiento del Asegurado, utilizando la tasa de interés periódica equivalente a la Tasa de Interés Anual Garantizada de la Cuenta Individual, especificada en las **Condiciones Particulares**.

b) El resultado obtenido en a) se divide por mil (1000) y se multiplica por la correspondiente "Tarifa Mensual del Seguro de Vida".

DÉCIMO SEXTA: TARIFA MENSUAL DEL SEGURO DE VIDA

La "Tarifa Mensual del Seguro de Vida" depende del año póliza en que se encuentre, 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".

Las "Tarifas Mensuales Máximas por Mil de Capital" del asegurado figuran en la Tabla A de las **Condiciones Particulares**.

DÉCIMO SÉTIMA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE PRIMAS

Durante los primeros cuatro (4) años de vigencia de la póliza se deberán pagar todas las primas en el tiempo y forma establecidos en las **Condiciones Particulares**. Si durante este lapso, estuviera pendiente el pago de una (1) prima luego de transcurrida la fecha de vencimiento de ésta, la Compañía le comunicará al Contratante que en caso no regularice el pago de la prima adeudada dentro del plazo que le informe, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo.

A partir del quinto (5°) año de vigencia de la póliza, si al fin de un mes calendario se verificara que el importe de la "Deducción Mensual" correspondiente al mes siguiente 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". Si aún con el saldo de la Cuenta de Excedentes no se pudiese hacer frente al importe de la "Deducción Mensual", la Compañía le comunicará al Contratante que en caso no regularice el pago de las primas adeudadas, por un monto mínimo equivalente a la "Deducción Mensual" correspondiente, dentro del plazo que se le informe, 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 adeudado por el Contratante. Durante el plazo de suspensión, no se permitirá el pago sólo de primas de excedentes.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso, la Compañía podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará 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:

(i) al vencimiento del plazo establecido en las Condiciones Particulares para el pago de la prima, durante los primeros cuatro (4) años de vigencia de la póliza; o,

(ii) 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, a partir del quinto (5°) año de vigencia 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.

Adicionalmente a lo expuesto en los párrafos precedentes sobre la vigencia del seguro y teniendo en consideración que la finalidad del seguro es permitir al Asegurado la acumulación de un monto de dinero determinado en las cuentas de la póliza, a partir del quinto (5º) año de vigencia de la póliza sólo se permitirá al Asegurado tener doce (12) primas mensuales pendientes de pago o su equivalente, durante la vigencia de la póliza. Estas primas pendientes no necesariamente deberán ser consecutivas. Excedido el límite de primas impagas, la Compañía le comunicará al Contratante su decisión de resolver el contrato de seguro el último día calendario del décimo tercer (13°) mes sin pago.

El Contratante deberá efectuar el pago de las primas necesarias para mantener la póliza vigente, caso contrario, el contrato de seguro se resolverá conforme a lo comunicado y la Compañía realizará el rescate de la póliza, liberándose la Compañía de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza, salvo el de pagar al Asegurado el correspondiente Valor de Rescate, si lo hubiera.

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.

DÉCIMO OCTAVA: REHABILITACIÓN LEGAL

El Contratante podrá solicitar a la Compañía la "rehabilitación legal" 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 la Cláusula Décimo Sétima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".

La "rehabilitación legal" de la póliza se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague previamente el total de las primas vencidas durante los primeros cuatro (4) años de vigencia de la póliza; o, un monto equivalente al total de las Deducciones Mensuales que no se hubiesen realizado a dicha fecha a partir del quinto (5°) año de vigencia de la póliza. 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.

DÉCIMO NOVENA: REHABILITACIÓN CONVENCIONAL

El Contratante podrá solicitar a la Compañía la "rehabilitación convencional" de la póliza que hubiera sido resuelta o quedado extinguida por falta de regularización de pagos, dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de resolución o extinción del seguro, con la finalidad de restablecer los términos originales del contrato.

La póliza no podrá ser rehabilitada cuando la misma haya sido liquidada por su valor de rescate total.

Los requisitos y condiciones que debe cumplir el Asegurado para que la póliza pueda ser rehabilitada en los términos previstos en la presente cláusula, son los siguientes:

- Suscribir el formato de Solicitud de Rehabilitación Convencional proporcionado por la Compañía.
- Ofrecer evidencias de asegurabilidad sobre sí mismo que sean satisfactorias a juicio de la Compañía; siendo de cargo del Contratante los gastos que pudiera originar esta comprobación.
- Pagar el monto determinado por la Compañía con el objeto de restituir al momento de la rehabilitación el saldo de la Cuenta Individual, a aquél que hubiera tenido si todas las primas hubiesen sido pagadas en la forma y tiempo establecidos en las **Condiciones Particulares**.
- Pagar por adelantado la prima total correspondiente al siguiente periodo de cobertura.
- **A partir de la rehabilitación convencional comenzarán a regir nuevamente el plazo para la aplicación de la exclusión por suicidio y el plazo de indisputabilidad.**

Cumplidas estas condiciones, la póliza quedará rehabilitada a partir de las 00:00 horas día primero del mes siguiente a aquél en que la Compañía haya aprobado por escrito la solicitud de rehabilitación. **La Compañía sólo responderá por los siniestros ocurridos con posterioridad a dicha fecha, de conformidad con los términos de la presente póliza.**

La sola entrega a la Compañía del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar convencionalmente la póliza, si previamente no ha habido aceptación expresa y escrita de la Compañía, firmada por un funcionario autorizado, a la solicitud de rehabilitación convencional presentada por el Contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

VIGÉSIMA: 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 día primero de cada mes calendario posterior a la fecha de inicio de vigencia será igual a:

- El saldo de la Cuenta Individual al día primero del mes calendario inmediatamente anterior.

más

- Toda prima comercial neta de gastos de gestión e impuestos si existieran y gastos variables sobre prima (que figuran en la tabla B de las **Condiciones Particulares**), acreditada en la Cuenta Individual durante el mes anterior.

más

- Los intereses garantizados devengados durante el mes anterior, calculados de acuerdo con el procedimiento que se describe en la cláusula referida a Intereses Garantizados de la Cuenta Individual.

menos

- La Deducción Mensual correspondiente al mes anterior.

El saldo de la Cuenta Individual en una fecha cualquiera que no coincida con el día primero de un mes calendario es igual a:

- El saldo de la Cuenta Individual al inicio de ese mes.

más

- Toda prima comercial neta de gastos de gestión e impuestos si existieran y gastos variables sobre prima, acreditada durante la fracción de mes transcurrida.

menos

- La Deducción Mensual correspondiente al mes en curso.

VIGÉSIMO PRIMERA: INTERESES GARANTIZADOS DE LA CUENTA INDIVIDUAL

La Cuenta Individual del Asegurado devengará intereses garantizados que se acreditarán al final de cada mes.

Estos intereses se calcularán en forma mensual, tomando la tasa mensual proporcional a la "Tasa de Interés Anual Garantizada de la Cuenta Individual" que figura en las **Condiciones Particulares.** La base de aplicación de dicha tasa mensual será el saldo en la Cuenta Individual al inicio del mes, más la prima básica neta recibida en el mes, menos la deducción mensual correspondiente.

VIGÉSIMO SEGUNDA: CONSTITUCION DE LA CUENTA DE EXCEDENTES

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

El saldo de la Cuenta de Excedentes al día primero de un mes posterior a la fecha de inicio de vigencia es igual a:

- Saldo de la Cuenta de Excedentes al día primero del mes inmediatamente anterior.

más

- Las primas de excedentes netas de gastos de gestión e impuestos si existieran y gastos variables sobre prima excedente (que figuran en la tabla B de las **Condiciones Particulares**), acreditadas durante el mes anterior.

menos

- Retiros Parciales de la Cuenta de Excedentes realizados durante el mes anterior.

El saldo de la Cuenta de Excedentes a la finalización del período de pago de primas o a la cancelación de la póliza, es igual a:

- Saldo de la Cuenta de Excedentes al día primero del mes en que finaliza la póliza.

más

- Las primas de excedentes netas de gastos de gestión e impuestos si existieran y gastos variables sobre prima excedente, acreditadas durante la fracción del mes transcurrido.

menos

- Retiros Parciales de la Cuenta de Excedentes realizados durante la fracción del mes transcurrido.

más

- Intereses excedentes devengados durante la vigencia de la póliza, calculados de acuerdo con el procedimiento que se describe en la cláusula referida a Intereses Excedentes.

VIGÉSIMO TERCERA: INTERESES EXCEDENTES

A la finalización del período de pago de primas o a la resolución o extinción de la póliza, se acreditarán en la cuenta denominada Cuenta de Excedentes, los Intereses Excedentes que están conformados por:

1. Intereses por sobre la tasa garantizada aplicados sobre la Cuenta Individual

   Para el cálculo de estos intereses se consideran los siguientes factores al finalizar la póliza:

   1.a) Saldo de la Cuenta Individual(*) que se capitaliza a la tasa de interés garantizada de la Cuenta Individual
   1.b) Saldo de la Cuenta Individual Fluctuante(*), conformada con los mismos conceptos y procedimientos que el saldo de la Cuenta Individual, pero que se capitaliza a las tasas de interés "netas".

   (*) El saldo de la Cuenta Individual considerado mensualmente para la aplicación de estos intereses es el respectivo saldo mensual de la cuenta disminuido en el Saldo Básico para Intereses Excedentes. El Saldo Básico para Intereses Excedentes se detalla en las **Condiciones Particulares**.

2. Intereses aplicados sobre la Cuenta de Excedentes

   Para el cálculo de estos intereses se consideran los siguientes factores al finalizar la póliza:

   2.a) Saldo de la Cuenta de Excedentes que se capitaliza a la tasa de interés garantizada de la Cuenta de Excedentes

2.b) Saldo de la Cuenta de Excedentes Fluctuante, conformada con los mismos conceptos y procedimientos que el saldo de la Cuenta de Excedentes, pero que se capitaliza a las tasas de interés "netas".

A la finalización del período de pago de primas o a la resolución o extinción de la póliza, se realiza la siguiente comparación:

- Si "(1.b + 2.b)" es mayor que "(1.a + 2.a)"
  La diferencia "(1.b + 2.b) – (1.a + 2.a)" constituye los intereses excedentes de la póliza y éstos son acreditados en la Cuenta de Excedentes.

- Si "(1.b + 2.b)" es menor o igual que "(1.a + 2.a)"
  No existen intereses excedentes en la póliza y la cuenta de excedentes no sufre variación.

Se entiende por tasa de interés "neta" a aquella que la Compañía designa y acredita en función a la tasa de rendimiento mensual devengada por las inversiones de los fondos provenientes de este plan.

La tasa garantizada de la Cuenta de Excedentes **no es igual** a la tasa garantizada de la Cuenta Individual. Ambos valores se muestran en las **Condiciones Particulares**.

Los intereses excedentes pueden incrementarse o disminuir durante el transcurso de la vigencia de la póliza, dependiendo de la rentabilidad que obtenga la Compañía sobre el portafolio de inversiones correspondiente a este producto.

VIGÉSIMO CUARTA: RETIROS PARCIALES DE LA CUENTA DE EXCEDENTES

En cualquier momento posterior al "Plazo Mínimo para Solicitar Retiros Parciales" que figura en las **Condiciones Particulares**, el Contratante podrá solicitar, por escrito, fracciones en efectivo del saldo de su Cuenta de Excedentes disminuido en el "Cargo por Retiro Parcial" especificado en las **Condiciones Particulares**. 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**.

Asimismo, la Compañía se reserva el derecho de diferir el pago del valor del retiro parcial hasta seis (6) meses después de haberse solicitado. Este plazo no será aplicable si el retiro parcial es utilizado para abonar la prima periódica.

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

VIGÉSIMO QUINTA: INFORMACIÓN AL CONTRATANTE

La Compañía suministrará periódicamente al Contratante la siguiente información:

- Nombre del Asegurado

- Número de póliza
- Período al cual corresponde la información
- 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
- Intereses Excedentes Acumulados 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, interés acreditado, retiros, etc.

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 SEXTA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA Y VALOR DE RESCATE:

El Contratante podrá solicitar a la Compañía, luego de transcurrido el "Plazo Mínimo para Solicitudes de Rescate" especificado en las **Condiciones Particulares**, la resolución de su póliza por el correspondiente Valor de Rescate, previa comunicación escrita con por lo menos treinta (30) días anticipación, quedando la póliza sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación 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. La comunicación de resolución de la póliza deberá adjuntar el original de la póliza y copia del DNI del Asegurado.

El Valor de Rescate será igual al saldo de la Cuenta Individual a la fecha de resolución de la póliza, menos el "Cargo por Rescate" –que figura en la Tabla B de las **Condiciones Particulares**–, más el saldo de la respectiva Cuenta de Excedentes y los Intereses Excedentes acumulados.

Asimismo, el Contratante podrá solicitar la resolución de su póliza en cualquier momento antes del "Plazo Mínimo para Solicitudes de Rescate", aplicándose los mismos requisitos y plazos establecidos en el primer párrafo de la presente cláusula, teniendo en cuenta que dicho Valor de Rescate solamente estará constituido por el saldo de la Cuenta de Excedentes y los Intereses Excedentes acumulados.

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

VIGÉSIMO SÉTIMA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR FALLECIMIENTO DEL BENEFICIARIO

Si durante el Período de Pago de Primas el Beneficiario falleciera, el Contratante deberá solicitar la resolución de la póliza. La comunicación sobre el fallecimiento del Beneficiario deberá ser notificada a la Compañía por escrito y la póliza quedará sin efecto diez (10) días después de recibida toda la documentación que requiera la Compañía, 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 respectivo. La comunicación de resolución de la póliza deberá adjuntar copia del DNI del Contratante, partida de nacimiento del Beneficiario y acta de defunción del Beneficiario.

Si la notificación a la Compañía sobre el fallecimiento del Beneficiario se realiza dentro de los seis (6) meses posteriores al deceso, el Contratante tendrá derecho al rescate de la póliza sin ninguna penalidad, es decir, el íntegro de los saldos de la Cuenta Individual, Cuenta de Excedentes e Intereses Excedentes serán pagados al Contratante. Dicho pago se realizará en un solo acto y dentro de los treinta (30) días posteriores a la resolución del contrato.

En caso el Contratante notificara el fallecimiento del Beneficiario después de los seis (6) meses posteriores al deceso, la Compañía pagará al Asegurado el Valor de Rescate a la fecha de notificación, según lo estipulado en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate". El pago será realizado en un solo acto y dentro de los treinta (30) días posteriores a la resolución del contrato.

En caso el Asegurado falleciera durante el Período de Pago de Primas y con posterioridad al fallecimiento del Beneficiario, sin haber realizado la notificación a la Compañía del fallecimiento del Beneficiario, la obligación de la Compañía se limitará a pagar el Valor de Rescate a la fecha de notificación del fallecimiento del Asegurado, a los herederos de este último y dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación. El Valor de Rescate será calculado según lo estipulado en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Rescate" y el pago será realizado en un solo acto. Sin embargo, si el fallecimiento del Asegurado se produce simultáneamente o dentro de los seis (6) meses posteriores al fallecimiento del Beneficiario, los herederos del Asegurado tendrán derecho al rescate de la póliza sin ninguna penalidad.

VIGÉSIMO OCTAVA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

1. Por desistimiento del Contratante respecto de su solicitud de seguro, 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 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, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".
3. Por falta de regularización 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 Sétima de las Condiciones Generales titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".
4. Cuando el Contratante manifieste su decisión de resolver la póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate".
5. Por solicitud de resolución del Contratante como consecuencia del fallecimiento del Beneficiario en caso éste se produjera durante el período de pago de primas, sin perjuicio de lo cual se mantendrá vigente la obligación de la Compañía de pagar el Valor de Rescate de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésimo Sétima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza por Fallecimiento del Beneficiario".
6. 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 el Beneficiario designado o el Apoderado, si el Beneficiario fuese menor de edad, estará facultado a presentar la solicitud de cobertura, de conformidad con lo dispuesto en la póliza.
2. Por falta de regularización de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima o del plazo en el cual se debió realizar la Deducción Mensual, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Sétima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".
3. Finalización del Período de Pago de Primas, establecido en las **Condiciones Particulares**.

Sin perjuicio de lo establecido para las causales de resolución y extinción de la póliza antes listadas, queda expresamente convenido que, en caso de haberse contratado una frecuencia de pago mayor a la mensual (ya sea semestral o anual) y la resolución o extinción de la póliza se produjese antes de transcurridos la totalidad de los meses del periodo efectivamente pagado; la Compañía, cuando corresponda, devolverá al Contratante la parte proporcional de la prima por los meses completos no transcurridos. Asimismo, 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 Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate".

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 si, al momento de la contratación del seguro, el Contratante y/o el Asegurado incurren en declaración falsa, inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado"; o, si se comprobase 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 Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad".

Las coberturas contratadas a través de las Cláusulas Adicionales incorporadas a la 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.

VIGÉSIMO NOVENA: EXCLUSIONES – RIESGOS NO CUBIERTOS

Este contrato de seguros no cubre la exoneración del pago de primas por 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 por aplicación legítima de la pena de muerte.
c) Acto criminal en el que resulte responsable el beneficiario
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) 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.

g) **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 o desde la última rehabilitación convencional.**
h) **Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.**

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 Beneficiario.

TRIGÉSIMA: DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

El Asegurado tiene el derecho de nombrar al Beneficiario que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso, siempre que exista interés asegurable entre ambos. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el beneficio del seguro de vida pagadero desde el Inicio de Pago del Beneficio, en los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Generales y en las **Condiciones Particulares**, salvo que el Asegurado haya solicitado la opción de cobrar directamente el importe del beneficio, siendo íntegramente responsable del uso que haga del mismo.

La designación del Beneficiario se hará en forma expresa y por escrito, al completar la solicitud del seguro.

En caso el Beneficiario sea menor de edad al momento del pago de cada una de las cuotas, el Beneficio será entregado al Asegurado o Apoderado, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Trigésimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Aviso de Siniestro – Requisitos para presentar la Solicitud de Exoneración del Pago de Primas".

Si el Beneficiario falleciera con posterioridad al fallecimiento del Asegurado y antes del Inicio de Pago del Beneficio, el Fondo Universitario será entregado a los herederos del Beneficiario instituidos de acuerdo a ley en la forma establecida en las **Condiciones Particulares** y desde la fecha estipulada como Fecha de Inicio de Pago del Beneficio.

TRIGÉSIMO PRIMERA: AVISO DE SINIESTRO – REQUISITOS PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS

Al fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, el Beneficiario (en caso fuese mayor de edad), o el Apoderado, solicitará la exoneración del pago de primas. En caso de fallecimiento del Apoderado, solicitarán la exoneración del pago de primas el padre, la madre o el tutor del Beneficiario, de acuerdo con lo establecido por las normas legales vigentes.

El siniestro deberá ser comunicado a la Compañía 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. 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, salvo en los casos establecidos en el octavo y noveno párrafo de esta cláusula; los cuales podrán ser requeridos dentro del plazo de prescripción vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

La persona facultada a solicitar la exoneración del pago de primas según lo dispuesto en el párrafo anterior, acreditando su calidad de tal, deberá presentar el formato de Declaración de Siniestro proporcionado por la

Compañía, debidamente llenado, adjuntando el origina o copia certificada notarialmente de los siguientes documentos:

En caso de Muerte Natural (no accidental):	En 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.
	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 etíico y del examen toxicológico.

Se deja expresa constancia que, en caso de muerta 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 se deba pagar el beneficio a los hederos legales del Beneficiario 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 reanudará 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 el Beneficiario o el Apoderado 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 el cuerpo del Asegurado fallecido sea embalsamado o sometido a un tratamiento o proceso a los que se refiere el párrafo precedente, sin que la Compañía haya efectuado los exámenes que considere convenientes a efectos de determinar las causa del fallecimiento, o se haya pronunciado respecto a la cobertura del siniestro, **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**.

En los casos en los que exista un procedimiento judicial, administrativo o arbitral en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa la exoneración del pago de primas o el derecho del beneficiario, la Compañía podrá supeditar la decisión de exonerar el pago de primas o el derecho del beneficiario a la conclusión en última instancia del proceso respectivo, requiriendo copia de la sentencia definitiva consentida. 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.

Acreditado el hecho del fallecimiento del Asegurado, la Compañía asumirá el pago de las primas básicas hasta la finalización del Período de Pago de Primas establecido en las **Condiciones Particulares**.

TRIGÉSIMO SEGUNDA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL PAGO DEL FONDO UNIVERSITARIO

En caso que al Inicio de Pago del Beneficio el Asegurado se encontrase con vida, el beneficio será pagado al Asegurado, en tanto el Beneficiario fuese menor de edad, o en caso el Asegurado hubiera solicitado la opción de cobrar directamente el Importe del Beneficio sin importar la edad del Beneficiario, siendo íntegramente responsable del uso que haga del mismo. En cualquiera de dichos supuestos el Asegurado deberá presentar lo siguiente:

1. Partida de nacimiento del Beneficiario
2. Partida de nacimiento del padre o madre del Beneficiario (en caso el Asegurado sea el abuelo o abuela del Beneficiario)
3. Documento de Identidad del Asegurado
4. Certificado de constatación de supervivencia del Beneficiario expedido por notario público

Si al Inicio de Pago del Beneficio el Beneficiario fuese mayor de edad, el beneficio será pagado al Beneficiario, salvo que el Asegurado haya solicitado la opción de cobrar directamente el Importe del Beneficio. Para estos efectos el Beneficiario deberá presentar sus documentos siguientes:

1. Partida de Nacimiento
2. Documento de Identidad.

En caso el Beneficiario fuese menor de edad y hubiese fallecido el Asegurado, el Apoderado podrá recibir el pago del beneficio. Para estos efectos, el Apoderado deberá presentar:

1. Partida de nacimiento del Beneficiario
2. Documento de Identidad del Apoderado
3. Certificado de constatación de supervivencia del Beneficiario expedido por notario público

Si al Inicio de Pago del Beneficio hubiesen fallecido el Asegurado y el Apoderado; y el Beneficiario fuese menor de edad; el padre o la madre sobreviviente o el tutor del Beneficiario de acuerdo con el orden establecido en las normas legales pertinentes, podrá recibir el pago del beneficio. A estos efectos se deberá presentar:

Padre o Madre del Beneficiario

1. Documento de Identidad del padre o madre
2. Documentos que acrediten el fallecimiento del Apoderado
3. Partida de Nacimiento del Beneficiario
4. Certificado de constatación de supervivencia del Beneficiario expedido por notario público

Tutor del Beneficiario

1. Documento de Identidad del tutor
2. Documentos que acrediten el fallecimiento del Apoderado
3. Documentos que acrediten la calidad de tutor del Beneficiario, conforme a las disposiciones de la materia.
4. Partida de Nacimiento del Beneficiario
5. Certificado de constatación de supervivencia del Beneficiario expedido por notario público

La Compañía podrá requerir información adicional para acreditar la calidad de Beneficiario y/o la calidad de tutor.

En caso que al Inicio de Pago del Beneficio el Beneficiario sea menor de edad y se convierta en mayor de edad antes de finalizar el pago de todas las cuotas del beneficio, las cuotas restantes serán pagadas directamente al Beneficiario, salvo que el Asegurado se encuentre con vida y haya solicitado la opción de cobrar directamente el Importe del Beneficio.

En cualquiera de los supuestos señalados en los párrafos precedentes, la Compañía efectuará el pago del Beneficio que corresponda en sus oficinas.

TRIGÉSIMO TERCERA: PAGO DEL FONDO UNIVERSITARIO

La Compañía pagará al Beneficiario o al Asegurado, cuando corresponda, el importe total del beneficio en el número de cuotas establecido en las **Condiciones Particulares**. La primera cuota será pagada en la fecha indicada en las **Condiciones Particulares** como Inicio de Pago del Beneficio y las cuotas restantes serán pagadas con periodicidad anual.

En el caso que el Beneficiario falleciera antes de recibir el total del beneficio, las cuotas restantes serán pagadas a sus herederos instituidos de acuerdo a ley.

TRIGÉSIMO CUARTA: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado o Beneficiario, según corresponda, perderán todo derecho de cobertura o beneficio bajo esta póliza si, en cualquier tiempo el Asegurado, el Beneficiario 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: DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Asegurado podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor.

El Asegurado 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 Asegurado.

TRIGÉSIMO SEXTA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones 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 Asegurado, del Beneficiario o de los herederos de este último, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

TRIGÉSIMO SÉTIMA: 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.

TRIGÉSIMO OCTAVA: 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 de acuerdo con lo establecido 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.

TRIGÉSIMO NOVENA: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda discrepancia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado y/o los Beneficiarios del seguro, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la validez, interpretación de los términos del presente contrato de seguro, de la responsabilidad u obligación de la Compañía o por cualquier otra causa, será resuelta de conformidad con lo establecido en la Cláusula Adicional de "Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable" que forma parte integrante del presente contrato de seguro.

CUADRAGÉSIMA: 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 PRIMERA: 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** del Contrato de Seguro. 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 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 Asegurado será notificado sobre la conversión a moneda nacional.

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL
PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
FONDO UNIVERSITARIO

CLÁUSULA ADICIONAL
EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS 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 GENERALES

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.
  Al momento de la contratación, el Asegurado no deberá superar los cincuenta (50) años de edad, pudiendo permanecer como Asegurado hasta el fin de vigencia del año póliza en que 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 titular o dependiente 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 de 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 cumplir 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 Nº232-98-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 pago de todas y cada una de las primas que por concepto del seguro principal y esta Cláusula Adicional se devenguen, después de la fecha de la invalidez, determinada en la forma descrita en la Cláusula Sétima 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 del fin del año póliza en el cual el Asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad.

En caso la Invalidez Total y Permanente sea producto de un accidente, 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, entendiendo 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, como: carreras de automóviles, motocicletas, lanchas motorizadas o a vela.
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, fisioterapeúticos, 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: 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 y/o Asegurado 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.

En los casos (c) y (d) 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.

SEXTA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza, el Asegurado o sus beneficiarios, en su caso, deberán dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha del "Periodo de Observación" si este fuese aplicable o de la ocurrencia del siniestro en caso contrario. Para los beneficiarios, este plazo correrá desde que toman conocimiento de la existencia del beneficio.

Junto con el aviso de siniestro, se deberá proporcionar a la Compañía los originales o copias certificadas notarialmente 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 Nº 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.

SÉTIMA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

El Asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de HIV/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 HIV/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.

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 Nº 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.

OCTAVA: 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.

NOVENA: VIGENCIA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO PRINCIPAL

Las primas exoneradas en virtud de esta Cláusula Adicional no reducirán en modo alguno los beneficios a pagar por el seguro principal. Los valores garantizados de dicho seguro, si los hubiera, serán los mismos que si se hubiesen pagado a su debido tiempo todas las primas exoneradas.