

Cláusula Adicional de Beneficio en Vida por Enfermedades Graves

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

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para la presente Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

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

1. Cáncer:

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

Se excluye:

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

2. Ataque al Corazón

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

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

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

3. Infarto o Hemorragia Cerebral

Todo padecimiento cerebrovascular de duración superior a 24 horas, que produzca secuelas neurológicas persistentes de por lo menos treinta (30) días contados a partir del infarto cerebral e incluya la destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal. **Se excluyen los padecimiento vasculares o isquémicos transitorios y los padecimientos lentamente reversibles.**

4. Insuficiencia Renal

Insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones, que implique la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis.

5. Enfermedad Coronaria que exija Intervención Quirúrgica

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

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

6. Transplante de Órganos Vitales

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

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

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

SEGUNDA: EDAD

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

TERCERA: COBERTURA

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

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

CUARTA: EXCLUSIONES

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

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

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

QUINTA: PERIODO DE CARENCIA

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

SEXTA: PERIODO DE SOBREVIVENCIA

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

SÉTIMA: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

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

Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

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

OCTAVA: DURACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

- a) A partir del momento en que la Compañía hubiese realizado el pago del beneficio correspondiente a esta Cláusula Adicional.
- b) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- c) Al finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- d) Por solicitud de resolución expresa del Contratante respecto de la presente Cláusula Adicional. La solicitud deberá ser presentada por escrito en el domicilio contractual de la Compañía, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación.
- e) Por vencimiento del plazo de vigencia de la presente Cláusula Adicional o de los sucesivos plazos de renovación de ésta en caso (i) el Contratante manifieste su voluntad de no renovarla; o, (ii) no proceda su renovación por rechazo del Contratante respecto de la propuesta de modificación efectuada por la Compañía.

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

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

NOVENA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

DÉCIMA: DETERMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD GRAVE

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

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

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

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

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

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

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

DÉCIMO PRIMERA: BENEFICIO INDEMNIZABLE

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

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

DÉCIMO SEGUNDA: OTRAS PROVISIONES

Bajo ninguna circunstancia, la suma total de los montos asegurados bajo esta Cláusula Adicional y cualquier otra póliza o Cláusula Adicional de enfermedades graves vendida por la Compañía, excederá el equivalente a cincuenta mil dólares estadounidenses (US\$ 50,000). Si por alguna razón

se hubiera adquirido un monto por encima de este límite, las primas por dicho monto en exceso serán devueltas cuando se varifique el hecho y de producirse el siniestro, el máximo monto que la Compañía pagará a una persona por concepto de enfermedades graves será cincuenta mil dólares estadounidenses (US\$ 50,000).