

Vida Temporal 65

Cláusula Adicional de Beneficio por Muerte Accidental

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

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para la presente Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

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

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

SEGUNDA: EDAD

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

TERCERA: COBERTURA – BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL

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

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

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

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

CUARTA: EXCLUSIONES

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

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

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

QUINTA: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

menos treinta (30) días de anticipación al inicio del periodo de renovación automática aplicable. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

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

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

SEXTA: DURACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

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

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

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

SÉTIMA: AVISO DE SINIESTRO

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

OCTAVA: BENEFICIARIOS

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

Vida Temporal 65

Cláusula Adicional de 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

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

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

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

SEGUNDA: DEFINICIÓN DE INVALIDEZ

A efectos de la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente el hecho que el Asegurado antes de finalizar el año póliza en el cual cumpla sesenta (60) años de edad, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual que le produzca un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, debido a lesiones corporales o por enfermedad y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor

de seis (6) meses consecutivos (Periodo de Observación). Si la invalidez cubierta consiste en la separación completa, en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, el Asegurado no tendrá que someterse a la espera de seis (6) meses para gozar del beneficio de esta Cláusula Adicional. Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

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

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

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

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

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

TERCERA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de accidente o enfermedad del Asegurado, conforme a la Cláusula Segunda del presente documento, la Compañía exonerará al Contratante del 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 Octava del presente documento, por todo el tiempo que ésta persista, o hasta la fecha de finalización de la cobertura básica o hasta los sesenta (60) años de edad del Asegurado, lo que ocurra primero. Todo ello, siempre y cuando la invalidez se produzca antes de finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad si se trata de una invalidez ocasionada por una enfermedad; o, siempre y cuando el accidente ocurra antes de finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad si se trata de una invalidez ocasionada por un accidente.

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

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

CUARTA: EXCLUSIONES

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

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

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

QUINTA: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

El monto de la prima correspondiente a la presente Cláusula Adicional y/o cualquier condición establecida en la misma podrán ser modificados en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad

del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

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

SEXTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesorio 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 efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios empleados para la contratación del seguro, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación.
- e) Por vencimiento del plazo de vigencia de la presente Cláusula Adicional o de los sucesivos plazos de renovación de ésta en caso (i) el Contratante manifieste su voluntad de no renovarla; o, (ii) no proceda su renovación por rechazo del Contratante respecto de la propuesta de modificación efectuada por la Compañía.

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

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

SÉTIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

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

En caso de invalidez por enfermedad	En caso de invalidez por accidente
1. Certificado o Dictamen Médico. (1)	1. Certificado o Dictamen Médico. (1)

2. Historia Clínica completa, foleada y fedateada. (2)	2. Historia Clínica completa, foleada y fedateada. (2)
	3. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del accidente, salvo que razones procesales lo impidiesen.

(1) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (Comité Médico de las AFP – COMAFP o Comité Médico de la Superintendencia – COMEC), el cual contiene la determinación del porcentaje de menoscabo de la capacidad de trabajo del Asegurado conforme a las **“Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. En caso sea emitido por un tercero distinto a los antes indicados, únicamente tendrá valor informativo y referencial, debiendo el Asegurado someterse a las evaluaciones que le requiera la Compañía.**

(2) La Historia Clínica completa según los términos de las Condiciones del seguro principal e incluye los informes médicos y de laboratorio sobre el diagnóstico y tratamiento, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan.

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

OCTAVA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

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

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

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

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

Si se determinara que no se ha producido la invalidez total y permanente del Asegurado, la Compañía concederá al Contratante un plazo de seis (6) meses para la regularización de las primas correspondientes al período de observación y procederá al cobro de las primas posteriores a dicho período de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza.

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

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

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

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

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

NOVENA: PERSISTENCIA DE LA INVALIDEZ

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

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

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

DÉCIMA: 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.

Vida Temporal 65

Cláusula Adicional de Invalidez Accidental y Desmembramiento

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

PRIMERA: DEFINICIONES

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

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

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

SEGUNDA: PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN

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

Coberturas de Desmembramiento:

a) El 100% por la pérdida total de:

- La visión de ambos ojos, o
- Ambos brazos o ambas manos, o
- Ambas piernas o ambos pies, o
- Una mano y un pie.

b) El 50% por la pérdida total de:

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

c) El 35% por la pérdida total de:

- La visión de un ojo en caso de que no existiera ceguera total del otro, antes de contratar esta Cláusula Adicional.

d) El 25% por la pérdida total de:

- La audición completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido sordera total del otro, antes de contratar esta Cláusula Adicional.

Cobertura de Invalidez Total y Permanente:

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

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

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

En caso de ocurrir más de un accidente, los porcentajes a indemnizar se calcularán aplicando los porcentajes indicados, sobre el capital asegurado y no sobre el saldo después de pagadas indemnizaciones anteriores. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de invalidez por uno o más accidentes ocurridos durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, no podrán en ningún caso exceder el 100% del capital asegurado por concepto de este beneficio.

TERCERA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

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

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

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

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

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

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

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

CUARTA: EXCLUSIONES

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

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

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

c) La participación, práctica o el desempeño formal o informal de actividades, oficios o profesiones relacionados con: acrobacia, obrero de construcción, carpintero, soldador, bombero, taxista, mototaxista, repartidor motorizado, chofer de transporte público, transportista de líquidos inflamables, lubricantes o sustancias corrosivas, fumigantes o insecticidas, electricista de alta tensión, operador de grúas, personal de seguridad, minero, trabajo en plataformas petrolíferas o en perforación de pozos, trabajo en altura y/o pirotécnicos.

d) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

e) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

f) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.

g) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos-litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo el accidente.

h) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos, anestésicos o similares.

i) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.

j) El denominado "Accidente Cerebro Vascular" y los denominados "Accidentes Médicos", los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.

k) Consecuencia de enfermedades de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa.

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

QUINTA: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

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

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

SEXTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

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

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

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

SÉTIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

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

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

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

(1) La Historia Clínica completa según los términos de las Condiciones Generales del seguro principal e incluye los informes médicos y de laboratorio sobre el diagnóstico y tratamiento, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan.

(2) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (Comité Médico de las AFP – COMAFP o Comité Médico de la Superintendencia – COMEC), el cual contiene la determinación del porcentaje de menoscabo de la capacidad de trabajo del Asegurado conforme a las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. **En caso sea emitido por un tercero distinto a los antes indicados, únicamente tendrá valor informativo y referencial, debiendo el Asegurado someterse a las evaluaciones que le requiera la Compañía.**

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

OCTAVA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ O DEL DESMEMBRAMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOVENA: PAGO DEL BENEFICIO

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

a) Coberturas por Desmembramiento: Si el siniestro cubierto consiste en la separación completa, en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece (Desmembramiento), el beneficio será pagado en una (1) sola cuota, dentro de los treinta (30) días de haberse determinado la procedencia de la cobertura y teniendo en cuenta el porcentaje de indemnización que corresponda según lo dispuesto en la Cláusula Segunda del presente documento.

b) Cobertura de Invalidez Total y Permanente: De proceder la cobertura, el beneficio será pagado al Asegurado en tres (3) cuotas anuales iguales. Cada cuota será equivalente a un tercio del porcentaje del capital asegurado. La primera cuota se pagará dentro de los treinta (30) días de haber determinado la invalidez del Asegurado. Las otras dos cuotas serán abonadas a los aniversarios del pago de la primera cuota, siempre y cuando el Asegurado siga inválido y con vida; y, sin importar que la vigencia de esta cobertura adicional haya concluido.

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

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

Vida Temporal 65

Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

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

PRIMERA: DEFINICIONES

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

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

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

SEGUNDA: DEFINICIÓN DE INVALIDEZ

A efectos de la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente el hecho que el Asegurado antes del fin del año póliza en el cual cumpla la Edad Máxima de Permanencia y, adicionalmente, si es consecuencia de enfermedad después de haber transcurrido por lo menos seis (6) meses desde el inicio de la vigencia de esta cobertura (Periodo de Carencia); sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual que le produzca un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, debido a lesiones corporales o por enfermedad y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses consecutivos (Periodo de Observación). Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

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

TERCERA: COBERTURA

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

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

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

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

CUARTA: EXCLUSIONES

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

- a) Enfermedad o dolencia preexistente.
- b) Enfermedad congénita.
- c) Intento de suicidio cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.

d) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

e) La participación o práctica de los siguientes deportes riesgosos: buceo, montañismo, andinismo, alpinismo, paracaidismo, ala delta, parapente, vuelo o caída libre, puenting, canotaje, rafting, surfing, saltos ornamentales, escalada en paredes montañosas o artificiales, cacería con armas de fuego, boxeo, torero, artes marciales, ciclismo de montaña, skate; la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante, en los siguientes deportes de velocidad: carreras de caballo o carrera de vehículos terrestres, marítimos o aéreos, motorizados o no.

f) La participación, práctica o el desempeño formal o informal de actividades, oficios o profesiones relacionados con: acrobacia, obrero de construcción, carpintero, soldador, bombero, taxista, mototaxista, repartidor motorizado, chofer de transporte público, transportista de líquidos inflamables, lubricantes o sustancias corrosivas, fumigantes o insecticidas, electricista de alta tensión, operador de grúas, personal de seguridad, minero, trabajo en plataformas petrolíferas o en perforación de pozos, trabajo en altura y/o pirotécnicos.

g) Consumo del alcohol o de alcaloides.

h) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos-litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo su invalidez.

i) Duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.

j) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

k) La enfermedad del SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es VIH positivo.

l) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

m) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

n) Envenenamiento o inhalación de gas venenoso.

o) Desórdenes nerviosos o mentales.

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

QUINTA: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

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

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

SEXTA: DURACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

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

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

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

SÉTIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

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

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

(1) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (Comité Médico de las AFP – COMAFP o Comité Médico de la Superintendencia – COMEC), el cual contiene la determinación del porcentaje de menoscabo de la capacidad de trabajo del Asegurado conforme a las **“Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. En caso sea emitido por un tercero distinto a los antes indicados, únicamente tendrá valor informativo y referencial, debiendo el Asegurado someterse a las evaluaciones que le requiera la Compañía.**

(2) La Historia Clínica completa según los términos de las Condiciones Generales del seguro principal e incluye los informes médicos y de laboratorio sobre el diagnóstico y tratamiento, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan.

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

OCTAVA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

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

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

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

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

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

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

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

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

NOVENA: BENEFICIO INDEMNIZABLE

El beneficio indemnizable correspondiente a la presente cobertura, será pagado al Asegurado en tres (3) cuotas anuales iguales. La primera cuota se pagará dentro de los treinta (30) días de haberse determinado la invalidez total y permanente del Asegurado. Las otras cuotas serán abonadas a los aniversarios del pago de la primera cuota, siempre y cuando el Asegurado continúe en condición de invalidez total y permanente, según la definición dada en la Cláusula Segunda del presente documento, y esté con vida.

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

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

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