

**PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE**

“ACCIDENTES REEMBOLSO”

RESUMEN

1. ¿Cuáles son las condiciones de acceso y límites de permanencia del seguro?

Podrán acceder al seguro aquellas personas que no superen los «XX» años de edad, teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurados, en caso de renovación anual, sólo hasta el aniversario póliza en el cual cumplan los «XX» de edad.

2. ¿Cómo se ejerce el Derecho de Arrepentimiento?

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

3. ¿Qué riesgos cubre?

Cubre el fallecimiento del Asegurado producido a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y cuyas causas no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de la póliza.

Asimismo otorga al Asegurado la cobertura adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

Beneficios Adicionales (opcionales)

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

- Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental del Asegurado.
- Beneficios por Muerte Accidental del Cónyuge y Reembolso de Gastos Médicos por Accidente del Cónyuge.
- Beneficio por Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental del Cónyuge

d) Beneficio de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente del Cónyuge.

4. ¿Cuáles son las Exclusiones?

Las principales exclusiones son las siguientes:

(i) Guerra; actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole. (ii) Participación en acto delictuoso. (iii) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, si el Asegurado participa como elemento activo. (iv) La muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante o de un Beneficiario. (v) Estado etílico (vi) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas. (vii) Suicidio. (viii) La participación o práctica de los deportes riesgosos listados en el literal “h” de la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza. (ix) La participación, práctica o el desempeño de actividades, oficios o profesiones listados en el literal “i” de la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza. (x) La participación en actos donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas. (xi) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta regular y sujeta a itinerario. (xii) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos y anestésicos. (xiii) Accidente Cerebro Vascular y Accidentes Médicos (xiv) Contaminación radioactiva o fisión y fusión nuclear.

El detalle de las exclusiones se establece en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales y en la Cláusula Cuarta de las respectivas Cláusulas Adicionales. 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 la Oficina Principal de la Compañía ubicada en la Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima; de acuerdo a lo establecido en el acápite 6 de las Condiciones Particulares.

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

Durante la vigencia anual 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 Décimo Quinta de las Condiciones Generales. Asimismo, el Contratante o la Compañía podrán resolver el contrato de seguro en cualquier momento y sin expresión de causa, comunicando su decisión a la otra parte con 30 días de anticipación, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésimo Tercera de las Condiciones Generales.

8. ¿Qué hacer ante la Agravación del Riesgo Asegurado?

Se considera que existe agravación del riesgo cuando el Asegurado cambia o desempeña paralelamente alguna profesión, ocupación o actividad en las que esté expuesto a una mayor ocurrencia de accidentes de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Primera de las Condiciones Generales.

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Contratante y/o el Asegurado se encuentran obligados a informar a la Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

9. ¿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 Décimo Novena de las Condiciones Generales.

10. ¿Cuál es el medio y plazo para dar el aviso de siniestro y los lugares autorizados para presentar una Solicitud de Cobertura?

El siniestro debe ser comunicado por escrito a la Compañía o al Comercializador, de ser el caso, 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. La solicitud de cobertura deberá presentarse en el domicilio físico de la Compañía o en cualquier oficina del Comercializador, de ser el caso. Para mayor información podrá comunicarse a nuestra Central de Información y Consultas al 513-5000 o ingresar a nuestra página web www.pacificoseguros.com. Los documentos que deben adjuntarse a la solicitud de cobertura se encuentran listados en la Cláusula Décimo Novena 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.

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

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

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 Información y Consultas 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.pacificoseguros.com.

Además, podrá presentar reclamos, consultas o denuncias, según corresponda, ante: (i) el INDECOPI ubicado en Calle de la Prosa N° 104, San Borja o al teléfono 2247800; o, (ii) la 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 ACCIDENTES PERSONALES
ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE**

“ACCIDENTES REEMBOLSO”

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. Cobertura – Muerte Accidental
 - 7. Fecha de Inicio de Vigencia y Plazos de la Póliza
 - 8. Titular de esta Póliza
 - 9. Edad
 - 10. Primas
 - 11. Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas
 - 12. Rehabilitación
 - 13. Reactivación de la Póliza
 - 14. Renovación
 - 15. Cambios en las Condiciones Contractuales
 - 16. Terminación del Contrato
 - 17. Exclusiones – Riesgos no Cubiertos
 - 18. Beneficio Indemnizable o Suma Asegurada
 - 19. Designación de Beneficiarios
 - 20. Aviso de Siniestro – Procedimiento y Requisitos para presentar una Solicitud de Cobertura
 - 21. Solicitud de Cobertura Fraudulenta
 - 22. Modificación del Riesgo Asegurado
 - 23. Pluralidad de Seguros
 - 24. Resolución Unilateral
 - 25. Duplicado de la Póliza y Copia
 - 26. Impuestos, Tasas y Contribuciones
 - 27. Domicilio y Comunicaciones
 - 28. Prescripción
 - 29. Mecanismo de Solución de Controversias
 - 30. Cesión de Derechos
 - 31. Moneda del Contrato
 - 32. Responsabilidad Máxima de la Compañía
- III. Cláusulas Adicionales:**
 - a) Reembolso de Gastos Médicos por Accidente-

IV. Cláusulas Adicionales (opcionales)

- a) Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental del Asegurado.
- b) Beneficios por Muerte Accidental y Reembolso de gastos médicos por accidente del Cónyuge.
- c) Beneficio de Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental del Cónyuge.

**PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE**

ACCIDENTES REEMBOLSO

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

**PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE**

“ACCIDENTES REEMBOLSO”

CONDICIONES PARTICULARES

1. DATOS DE LA PÓLIZA

N° DE SOLICITUD: «XXXXXXXXXXXX»
N° DE PÓLIZA: «XXXXXXXXXXXX»
FECHA DE EMISIÓN (IMPRESIÓN DE LA PÓLIZA): «dd/mm/aaaa»
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: «dd/mm/aaaa» 00:00 Horas
FECHA DE FIN DE VIGENCIA: «dd/mm/aaaa» 23:59 Horas
PLAZO DE CONTRATACIÓN: Un (1) año, renovable automáticamente.
FECHA DE ÚLTIMA RENOVACIÓN POSIBLE: «dd/mm/aaaa»
FIN DE VIGENCIA DE LA ÚLTIMA RENOVACIÓN: «dd/mm/aaaa» 23:59 Horas
MONEDA DEL CONTRATO: «XXXXXXXXXXXX»

2. CONTRATANTE

NOMBRE COMPLETO: «XX»
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: «XXXXXXXXXXXX»
N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: «XXXXXXXXXXXX»
DOMICILIO DIRECCIÓN FÍSICA: «XX»
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: «XX»

Se deja expresa constancia que el Contratante 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, salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

3. ASEGURADOS

3.1 ASEGURADO PRINCIPAL O TITULAR:

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

La “Edad Máxima de Ingreso” establecida para el Asegurado Principal es de «XX» años y la “Edad Máxima de Permanencia” es de «XX» años.

3.2 ASEGURADO ADICIONAL (Cónyuge):

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA ⁽¹⁾	Nº DE CUOTAS Y PERIODICIDAD	DEDUCIBLE
Muerte Accidental del Cónyuge	«XXXXX.XX»	«XXXXXXXXXX»	No aplica
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente del Cónyuge ⁽²⁾	«XXXXX.XX» ⁽²⁾	«XXXXXXXXXX»	«XXXX.XX»
Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidenta del Cónyuge I	«XXXXX.XX»	«XXXXXXXXXX»	No aplica

(1) La Suma Asegurada será pagada en una cuota o dividida en el número de cuotas conforme a lo establecido en la siguiente columna (Nro. de Cuotas y Periodicidad). En caso existan más de un beneficiario para la misma cobertura, la cuota resultante será dividida entre el número de beneficiarios de acuerdo a los porcentajes establecidos para cada uno.

(2) Suma Asegurada Máxima por año póliza.

6. PRIMA – CONVENIO DE PAGO

PRIMA COMERCIAL (*)	«Moneda»	«XX.XX»
I.G.V.	«Moneda»	«XX.XX»
PRIMA TOTAL (**)	«Moneda»	«XX.XX»

(*) La prima comercial incluye la comisión (o cargos de agenciamiento por intermediación o comercialización) indicada en el acápite 8 de las presentes Condiciones Particulares.

(**) La prima total está compuesta por la prima comercial más el IGV.

La Compañía podrá modificar la prima establecida para el portafolio de asegurados correspondiente a este producto (mostrada en el cuadro precedente), lo cual será debidamente informado de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales. La nueva prima sólo será aplicable a partir del siguiente periodo de renovación anual conforme se establece en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales de la presente póliza: titulada: “Renovación”.

FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA : «XXXXXXXXXXXXXXXXXX»(*)

FORMA DE PAGO DE PRIMA: «XXXXXXXXXXXXXXXXXX»

LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA: «XXXXXXXXXXXXXXXXXX»

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

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

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234° y 1237° del Código Civil y según se indique en el acápite 1 de las presentes Condiciones Particulares. En caso de haberse contratado en moneda extranjera y el cliente 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 asesores y/o consultores de la Compañía o a personal distinto al encargado de las cajas autorizadas, cualquiera sea la modalidad de pago elegida. Si tiene dudas sobre cuáles son las cajas autorizadas de la Compañía, comuníquese al teléfono 513-5000, donde gustosamente lo atenderemos.

«Funcionario»

«Funcionario»

Póliza de Seguro emitida por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, 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

**PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE**

“ACCIDENTES REEMBOLSO”

CONDICIONES GENERALES

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

PRIMERA: DEFINICIONES

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

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **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 cuya vida se asegura en virtud de la póliza.
- **Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las **Condiciones Particulares** y que será pagado por la Compañía a los beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro, bajo los términos de la póliza.
- **Beneficiario:** Es la persona (o las personas) designada(s) en la póliza por el Contratante como titular(es) del derecho al beneficio que en ella se establece. Su designación debe ser expresa y generalmente es de libre nombramiento, aunque debe existir siempre interés asegurable.
- **Cláusula Adicional:** Se refiere a la o las coberturas opcionales contratadas sobre el Asegurado y que son complementarias y forman parte del Contrato de Seguro.
- **Contratante:** Es la persona que suscribe la póliza con la Compañía y la obligada al pago de la prima. Generalmente el contratante es el mismo Asegurado. Cualquiera que sea la situación, se estipulará en las **Condiciones Particulares**.
- **Días:** Días calendario, salvo que la póliza establezca expresamente lo contrario.

- **Endoso:** Es el documento mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las Condiciones Generales o Particulares de la póliza. Los endosos surten efectos una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Compañía y el Contratante, según corresponda.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia por la póliza y que se encuentran expresamente indicadas.
- **Fecha de Inicio del Seguro:** Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienza a regir la cobertura del seguro.
- **Informe Médico Ampliatorio:** Es un formato de la Compañía que forma parte de los documentos exigidos para la evaluación de una solicitud de cobertura por fallecimiento. Este formato es entregado al beneficiario a fin de que sea debidamente completado por el médico que tuvo a su cargo la atención del accidente que ocasionó el deceso del Asegurado.
- **Interés Asegurable:** Es aquel que tiene el Asegurado y/o Contratante debido a la pérdida económica que ellos mismos y los beneficiarios del seguro sufrirían como consecuencia de la ocurrencia del siniestro.
- **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.
- **Prescripción:** Pérdida del derecho de ejercer las acciones que corresponda para reclamar un derecho emanado de la póliza, por haber transcurrido los plazos legales establecidos para ello. Actualmente el plazo de prescripción para presentar la solicitud de cobertura es de diez (10) años computados desde que el beneficiario conoce la existencia del beneficio. Cabe precisar que en caso este plazo se modificara, se aplicará el plazo de prescripción vigente a la fecha del siniestro.
- **Prima:** Es el valor determinado por la Compañía, como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.
- **Rehabilitación:** Es la posibilidad que tiene el Contratante de levantar la suspensión de la cobertura del seguro que hubiere operado por la falta de pago oportuno de primas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. **La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante y/o Asegurado, mientras que la Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver la póliza.**
- **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.
- **Solicitud de Seguro:** Constancia de la voluntad del Contratante y/o Asegurado, según corresponda, de contratar el seguro. En caso la comercialización del presente producto se realice a través de una llamada telefónica, la constancia de la voluntad de adquirir el presente seguro se registrará en la grabación de la referida llamada telefónica, cuya conservación estará a cargo de la Compañía.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS - DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

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

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

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta póliza, los siguientes documentos:

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

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

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACION DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

De determinarse la nulidad del contrato, la Compañía devolverá al Contratante el valor de las primas pagadas sin intereses ni impuestos, y disminuidas en los gastos administrativos incurridos por ésta por concepto de penalidad, los que ascenderán a un monto máximo equivalente a la prima pagada por el primer año de duración de la póliza.

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

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

- (i) **Si es constatada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía presentará al Contratante una propuesta de revisión de la póliza dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida**

constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días.

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

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

SEXTA: COBERTURA – MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía pagará a los beneficiarios de la póliza la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, en caso de fallecimiento del Asegurado, sea en territorio nacional o internacional, a consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia del presente seguro y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones del mismo.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la muerte sobreviniente sea consecuencia de las lesiones originadas por un accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

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

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

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

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

Los años póliza son contados desde la fecha indicada en las Condiciones Particulares como Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza. El fin de vigencia de cada año de cobertura es denominado aniversario 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: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

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

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

NOVENA: EDAD

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

Al momento de contratación de la póliza, el Asegurado no deberá superar la “Edad Máxima de Ingreso” establecida en las Condiciones Particulares, teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurado, en caso de renovación anual, sólo hasta el aniversario póliza (fin de la vigencia anual) en el cual cumpla la “Edad Máxima de Permanencia” establecida en las Condiciones Particulares.

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

Si se comprobase que la edad actuarial del Asegurado era menor a la declarada, la Compañía procederá a restituir el exceso de la prima percibida sin intereses, de corresponder. Por otro lado, si se comprobase que la edad actuarial del Asegurado era mayor a la declarada, la Compañía reducirá la suma asegurada en proporción a la prima percibida y la que hubiese correspondido a la edad actuarial correcta. No obstante, si además de comprobarse que la edad actuarial del Asegurado era mayor a la declarada, se verificase que el Asegurado superaba la “Edad Máxima de Ingreso” a la fecha de contratación del seguro, éste será nulo y la Compañía devolverá las primas pagadas por el Contratante sin intereses.

DÉCIMA: PRIMAS

Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura del Asegurado durante el plazo de vigencia de la póliza, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidos en las Condiciones Particulares.

Las primas deberán ser pagadas sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie, de acuerdo a lo indicado por el Contratante en la solicitud de 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 algún cargo o descuento convenido.**

En caso que, cualquier prima o fracción de prima no pudiese ser pagada conforme a lo dispuesto en la presente póliza, será de aplicación lo dispuesto en la Cláusula Décimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas”.

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

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

DÉCIMO PRIMERA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE PRIMAS

En caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos en las Condiciones Particulares, la Compañía comunicará al Contratante y/o Asegurado que, en caso no regularice el pago de la prima adeudada dentro de los treinta (30) días desde el vencimiento de la obligación, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. La Compañía no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si el fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, la prima adeudada por el Contratante será deducida del beneficio correspondiente.

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

En todo caso, si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en las Condiciones Particulares para el pago de la prima, se entiende que el contrato queda extinguido. Se entiende por reclamo del pago de primas, el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza de pago de primas por parte de la Compañía.

Se deja expresa constancia que la Compañía no aplicará las consecuencias del incumplimiento en caso se haya pagado una prima igual o mayor a la correspondiente al periodo efectivamente transcurrido.

Asimismo, se deja expresa constancia que los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de accidentes personales.

Además, queda expresamente convenido 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 y/o del Asegurado, según corresponda, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

DÉCIMO SEGUNDA: REHABILITACIÓN

El Contratante podrá solicitar a la Compañía la rehabilitación de la póliza, en caso la cobertura del seguro hubiere quedado suspendida por falta de pago de prima, **siempre y cuando la Compañía no haya comunicado su decisión de resolver la póliza o el contrato de seguro no se hubiere extinguido.**

La rehabilitación de la póliza se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague previamente el total de las primas vencidas. 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 total de las primas adeudadas (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 TERCERA: RENOVACIÓN

Esta póliza se emite con vigencia anual. Transcurrido este período, la presente póliza 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 las Condiciones Particulares; salvo que el Contratante manifieste, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al vencimiento de vigencia de la póliza. 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 y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificados en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación escrita de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. En dicha comunicación, la Compañía detallará las modificaciones en caracteres destacados. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza 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 póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo anual correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática de la póliza.

DÉCIMO CUARTA: CAMBIOS EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

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 anual 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 treinta (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.

DÉCIMO QUINTA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

- 1. Por el ejercicio del derecho de arrepentimiento, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “De los documentos – Derecho de Arrepentimiento”.**

2. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Contratante respecto de la propuesta de revisión de la póliza efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.
3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Primera de las Condiciones Generales titulada: “Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas”.
4. Cuando la Compañía o el Contratante manifiesten su decisión de resolver la póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Vigésimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Resolución Unilateral”.
5. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Vigésima de las Condiciones Generales de la póliza titulada “Solicitud de Cobertura Fraudulenta”.
6. Por Agravación del Riesgo, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Modificación del Riesgo Asegurado”.

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 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.
2. Por fallecimiento del Contratante, en caso el Asegurado fuese persona distinta y no se hiciera cargo de las obligaciones del Contratante mientras la póliza se encuentre vigente, según lo dispuesto en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Titular de esta Póliza”.
3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro.
4. Por vencimiento del plazo de vigencia de la póliza o de los sucesivos plazos de renovación de ésta en caso (i) el Contratante manifieste su voluntad de no renovar la póliza; o, (ii) no proceda su renovación debido a que (a) el Asegurado cumplió la “Edad Máxima de Permanencia”; o, (b) el Contratante rechace la propuesta de modificación de primas y/o suma asegurada efectuada por la Compañía para los siguientes periodos de vigencia anual de la póliza; de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Renovación”.

Sin perjuicio de lo establecido para las causales de resolución y extinción de la póliza antes listadas, queda expresamente convenido que la Compañía devolverá al Contratante la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido. Para estos efectos, el Contratante deberá solicitar por escrito ante la Compañía la devolución correspondiente. En caso la resolución sea efectuada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte del Contratante, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha de resolución.

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

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

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

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

Las coberturas adicionales contratadas a través de las Cláusulas Adicionales incorporadas a la presente póliza, terminarán en cualquiera de los supuestos de extinción, resolución y nulidad mencionados en los puntos precedentes, o en los supuestos de terminación indicados en las respectivas Cláusulas Adicionales, lo que ocurra primero.

DÉCIMO SEXTA: EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

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

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

- h) 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.
- i) 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.
- j) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose como tales aquellas donde se ponga notoriamente en peligro la vida e integridad física de las personas.
- k) 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.
- l) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos y anestésicos.
- m) El denominado “Accidente Cerebro Vascular” y los denominados “Accidentes Médicos”, los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.
- n) Contaminación radioactiva o fisión y fusión nuclear.
- o) Consecuencias no accidentales de embarazos o partos.
- p) Consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa.
- q) Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o Asegurado.

DÉCIMO SÉTIMA: BENEFICIO INDEMNIZABLE O SUMA ASEGURADA

En caso que un accidente ocasione el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a sus Beneficiarios el importe de la Suma Asegurada por este concepto. Sin embargo, la Compañía reducirá la prestación prevista en los porcentajes tomados en conjunto, que hubiere previamente abonado en concepto de Invalidez o Desmembramiento, por el mismo accidente u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza; siempre y cuando dicha cláusula adicional haya sido incluida en la póliza.

Si en ese momento se determinara que la edad declarada en la solicitud de la póliza era menor o mayor que la edad real del Asegurado se procederá de acuerdo a lo indicado en la Cláusula Novena de las presentes Condiciones Generales titulada: “Edad”.

La forma de pago del beneficio por fallecimiento será indicada en las Condiciones Particulares. Se pagará a los Beneficiarios un importe cuyo monto, periodicidad y número de cuotas será establecido en las Condiciones Particulares. En caso el pago del beneficio se realice en más de una (01) cuota, la primera de ellas será pagada dentro de los treinta (30) días siguientes de consentido el siniestro.

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

Se deja expresa constancia que no se podrá cambiar la forma de pago establecida en las Condiciones Particulares.

DÉCIMO OCTAVA: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

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

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

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

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

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

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

DÉCIMO NOVENA: AVISO DE SINIESTRO – PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

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

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

1. Partida de defunción o acta de defunción.
2. Certificado médico de defunción completo.
3. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía),
4. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.
5. Protocolo de Necropsia de Ley completo, según corresponda.
6. Resultado toxicológico, según corresponda.
7. Resultado del examen de dosaje etílico, según corresponda.
8. 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.
9. En caso los beneficiarios sean los hederos legales instituidos conforme a ley, copia literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o del Testamento, según corresponda, emitida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.

Se deja expresa constancia que 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.

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

En caso de fallecimiento y dentro de los veinte (20) días siguientes de presentada toda la documentación listada en la presente cláusula, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del mismo, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del médico representante de los beneficiarios o sucesores.

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

Asimismo, en caso la Compañía requiera exámenes médicos sobre el cuerpo del Asegurado fallecido dentro de los veinte (20) días de presentada toda la documentación listada en la presente cláusula y, posteriormente a ello, el cuerpo del Asegurado fallecido sea embalsamado o sometido a un tratamiento o proceso a los que

se refiere el párrafo precedente, sin que se hayan efectuado los exámenes requeridos, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar la indemnización o beneficio pactado, en tanto ese hecho afecte la posibilidad de la Compañía de verificar o determinar las causas y circunstancias del siniestro.

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

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

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

VIGÉSIMA: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si, en cualquier tiempo el Asegurado, sus Beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente póliza.

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

VIGÉSIMO PRIMERA: MODIFICACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

El Contratante y/o el Asegurado, en su caso, deben notificar por escrito a la Compañía cuando se produzca cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad del Asegurado que agrave el riesgo asumido por la Compañía en las Condiciones Generales y/o en las Cláusulas Adicionales al momento de emitir la póliza.

En especial, se entenderá que existe una agravación del riesgo cuando el Asegurado cambie o desempeñe paralelamente alguna profesión, ocupación o actividad que esté relacionada con maquinaria pesada, embarcaciones,

fuego, explosiones, radiación, electricidad, agentes químicos o biológicos y/o posesión de armas de fuego; o, en las cuales el Asegurado esté continuamente expuesto a caídas, quemaduras, golpes, cortes y/o amputaciones.

La Compañía le comunicará al Contratante en los 15 días siguientes de recibida la notificación de la modificación del riesgo asegurado su decisión de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo. Si la agravación del riesgo no es comunicada oportunamente, la Compañía tiene derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

VIGÉSIMO SEGUNDA: PLURALIDAD DE SEGUROS

El Contratante o el Asegurado deberán declarar a solicitud de la Compañía si el Asegurado posee pólizas contratadas de Accidentes Personales, indicando las sumas aseguradas, la vigencia y las compañías aseguradoras involucradas, lo cual constituye información relevante para la evaluación del riesgo asumido por la Compañía. **En caso se realice una declaración inexacta o reticente sobre dicha información se aplicará lo estipulado en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.**

VIGÉSIMO TERCERA: RESOLUCIÓN UNILATERAL

Tanto el Contratante como la Compañía tienen derecho a resolver el presente contrato comunicando su decisión a la otra parte con treinta (30) días calendario de anticipación a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. En caso el Contratante ejerza esta opción a través de una comunicación escrita, deberá acompañar a la comunicación copia simple de su Documento de Identidad.

Se deja expresa constancia que, en caso el Contratante y el Asegurado sean personas distintas, la parte que ejerce la facultad de resolver el contrato de seguro deberá comunicarlo al Asegurado con por lo menos quince (15) días de anticipación.

De producirse este hecho, la Compañía devolverá al Contratante la proporción de prima cobrada que corresponda al tiempo que faltó para la expiración normal del seguro. Las notificaciones deberán ser dirigidas a los domicilios correspondientes.

VIGÉSIMO CUARTA: DUPLICADO DE LA PÓLIZA Y COPIA

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

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

VIGÉSIMO QUINTA: 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, estarán a cargo del Contratante, de los Beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

VIGÉSIMO SEXTA: DOMICILIO Y COMUNICACIONES

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 del Asegurado, según corresponda, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.**

VIGÉSIMO SÉTIMA: PRESCRIPCIÓN

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

Cumplido el plazo de prescripción, sin que los beneficiarios hubieran solicitado el beneficio, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

VIGÉSIMO OCTAVA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

VIGÉSIMO NOVENA: CESIÓN DE DERECHOS

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base este contrato, deberá notificarse fehacientemente por escrito a la Compañía, la que lo hará constar en la misma póliza por medio

de un endoso. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Contratante con terceros no tendrán ningún valor para la Compañía.

TRIGÉSIMA: 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, el Contratante, o el Asegurado no pudiera o no le estuviera permitido obtener la moneda extranjera en el mercado; o
- b) Existiera impedimento de mantener las reservas o inversiones en moneda extranjera,

todas las obligaciones contractuales vigentes y pendientes de ser ejecutadas serán convertidas a moneda nacional utilizando el tipo de cambio determinado por la Compañía y basado en las condiciones de mercado, salvo que en los supuestos (i) o (ii) precedentes, la disposición del Banco Central o la norma legal, fijara la tasa de cambio aplicable. En cualquier circunstancia, el Asegurado será notificado sobre la conversión a moneda nacional de conformidad con el plazo y procedimiento dispuesto en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Renovación", salvo que por norma legal se establezca un plazo o procedimiento distinto.

TRIGÉSIMO PRIMERA: RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA

Durante los seis (6) meses siguientes a la fecha de emisión de la presente póliza consignada en las Condiciones Particulares, la Compañía se reserva el derecho de verificar si el Asegurado, por sí mismo o por intermedio de terceros, cuenta con más de una póliza de este seguro o de otro seguro de accidentes personales, en sus modalidades individual o familiar, emitidos por la Compañía.

En caso se constate que el Asegurado cuenta con uno o más seguros de accidentes personales emitido(s) por la Compañía, además del contenido en la presente póliza, y que, en su conjunto, otorguen al Asegurado una suma asegurada igual o superior a US\$ 200,000.00 (Doscientos Mil y 00/100 Dólares Americanos) por la cobertura de Muerte Accidental por todo concepto (incluyendo Muerte en Accidente de Tránsito); el monto asegurable máximo por la cobertura de Muerte Accidental asumido por la Compañía quedará reducido a dicho importe y la Compañía devolverá el porcentaje de las primas de este seguro correspondientes al exceso.

Se deja expresa constancia que lo dispuesto en la presente cláusula no será aplicable en caso el siniestro ocurra antes de que la Compañía informe al Contratante sobre la constatación a que se refiere el párrafo precedente.

**PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE**

“ACCIDENTES REEMBOLSO”

**CLÁUSULA ADICIONAL
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

Esta Cláusula Adicional se regirá por las condiciones 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 esta 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 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.
- **Beneficiario:** Se considerará como único beneficiario de esta Cláusula Adicional al propio Asegurado.
- **Deducible:** Es el importe fijo del gasto cubierto que le corresponde asumir al Asegurado por evento accidental.
- **Hospital:** Institución legalmente autorizada como tal para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales.

A los efectos de esta Cláusula Adicional **no se consideran hospitales: los consultorios, policlínicos, hoteles, balnearios, residencias, asilos, casas de reposo, casas para convalecencia, manicomios o instituciones para tratamiento psiquiátrico e instituciones dedicadas especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas o al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos, problemas de peso o tratamientos quiroprácticos.**

- **Médico:** Persona graduada en estudios de Medicina Humana de una universidad reconocida por la autoridad educativa del Perú y que posea título profesional a nombre de la Nación, para el caso de médicos peruanos, y título equivalente, para el caso de médicos extranjeros. **El médico no podrá ser el mismo Asegurado ni un miembro de la familia directa del Asegurado o Contratante.**
- **Monto Máximo:** Es el máximo de cobertura de esta póliza por los gastos provenientes de todas los accidentes ocurridos durante el año póliza. Dicho monto figura en las Condiciones Particulares.
- **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

Para efectos del presente seguro se considerará como edad, la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal. Asimismo, las edades límite del Asegurado para la contratación y permanencia aplicables a la presente cobertura, son aquellas aplicables para el seguro principal.

TERCERA: COBERTURA

La Compañía reembolsará los gastos médicos y/o de traslado en ambulancia del Asegurado, derivados de un accidente, producidos dentro de los 6 meses posteriores al accidente y hasta el monto tope establecido en las Condiciones Particulares para esta Cláusula Adicional como Suma Asegurada Máxima por año póliza.

Sólo se reembolsarán los gastos médicos efectivamente incurridos para atender al Asegurado, sustentados con comprobantes de pago originales, y que cumplan las condiciones establecidas en esta Cláusula Adicional. En consecuencia, en caso que el Asegurado hubiera presentado los originales a otra entidad a fin de obtener el reembolso de los gastos médicos, no procederá el reembolso establecido por esta cobertura, salvo que se produzca la situación excepcional establecida en el último párrafo de la Cláusula Sexta del presente documento.

El deducible, cuyo monto se encuentra establecido en las Condiciones Particulares, se aplicará por evento accidental. El reembolso operará sobre los gastos que exceden del deducible establecido en las Condiciones Particulares.

El monto de los gastos médicos cubiertos durante un mismo año póliza, por uno o varios eventos, será reembolsado en tanto se encuentre por debajo de la Suma Asegurada Máxima indicada en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio procederá siempre y cuando el seguro principal y esta Cláusula Adicional estén vigentes, y la causa del accidente no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones aplicables a esta Cláusula Adicional.

La suma a ser reembolsada en atención a lo establecido en esta Cláusula Adicional será pagada independientemente y sin causar efecto sobre el capital asegurado del seguro principal.

Esta Cláusula Adicional brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las 24 horas del día.

Los gastos cubiertos en caso de atención ambulatoria son únicamente:

- Honorarios médicos por tratamiento en consultorio o domicilio
- Todos los medicamentos, exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento, así como los procedimientos que la evidencia médica actual y disponible sustente para su adecuado diagnóstico y tratamiento.
- Gastos por la atención del accidente (consulta)
- En caso de una cirugía ambulatoria que exija la utilización de una sala de operaciones, se cubrirá bajo las condiciones de los gastos cubiertos en caso de hospitalización.

Los gastos cubiertos en casos de hospitalización son únicamente:

- Habitación estándar, individual o bipersonal.
- Sala de operaciones, de recuperación, cuidados intensivos y/o intermedios en hospitales.
- Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes.
- Medicamentos, oxígeno anestésico y otros con materiales en insumos necesarios relacionados con el diagnóstico y tratamiento, incluidos los insumos necesarios para transfusión sanguínea.
- Todo examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado

- Yeso acrílico. Tratamientos en medicina física y rehabilitación
- Honorarios médicos por intervención quirúrgica por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- Otros servicios médicos que tengan directa relación con el tratamiento médico y sean necesarios de acuerdo a lo dispuesto por el médico tratante. Se excluye la contratación de enfermeras particulares.
- Los exámenes para la transfusión de sangre y hemoderivados que podrá requerir el accidentado.

CUARTA: EXCLUSIONES – RIESGOS NO CUBIERTOS

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura los gastos de atención o de hospitalización del Asegurado que se lleve a cabo a consecuencia de o con fines de:

- a) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra, actos delictivos o criminales.
- b) Cirugía plástica por cualquier condición, salvo operaciones reconstructivas como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura.
- c) Exámenes médicos de rutina o de diagnóstico (chequeos médicos)
- d) Condición preexistente, originada por un accidente ocurrido antes de la vigencia del seguro, entendiéndose por tal, cualquier dolencia que se haya manifestado, diagnosticado o tratado antes de la fecha de inicio de vigencia de esta cláusula adicional.
- e) Acupuntura u homeopatía, así como tratamientos de medicina alternativa o experimental no aprobados por la FDA (Food and Drug Administration).
- f) Cirugía por hernia del núcleo pulposo de la columna vertebral en cualquier nivel.
- g) Tentativa de suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.
- h) Accidentes sufridos como consecuencia directa de un estado de embriaguez, drogadicción, consumo de estupefacientes o drogas ilícitas, como conductor de un automóvil. Se considera que existe ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor de 0.50 gr/lit.
- i) 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.

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

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 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) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Al finalizar el aniversario póliza en el cual el Asegurado haya alcanzado la “Edad Máxima de Permanencia” indicada en las Condiciones Particulares para el seguro principal.

Se deja expresa constancia que la terminación de la presente Cláusula Adicional por cualquier causa, no modificará la prima consignada en las Condiciones Particulares de la presente póliza, en tanto se encuentren vigentes otras coberturas a favor del Asegurado. En caso el Asegurado falleciere o no se encontrasen vigentes otras coberturas a su favor, no se realizarán cobros adicionales de primas.

SEXTA: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

El beneficiario de la presente Cláusula Adicional deberá informar el siniestro de conformidad con lo dispuesto en las Condiciones Generales del seguro principal. Asimismo, deberá adjuntar a su solicitud de cobertura los siguientes documentos:

- Original de Informe Médico
- Solicitud de pago de beneficio con información completa suscrita por el Asegurado/Contratante.
- Copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del atestado o informe policial del accidente, o carpeta fiscal de ser el caso.
- Comprobantes de pago originales (facturas, boletas, recibos por honorarios) emitidos a nombre del Asegurado
- Original de la receta prescrita por el médico tratante
- Original de la orden de exámenes auxiliares (laboratorio, imágenes y patología, entre otros)
- Copia de los resultados de todos los exámenes auxiliares (análisis, radiografías y exámenes especializados, entre otros)
- Copia de reporte operatorio, en caso de intervención quirúrgica
- Copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del resultado de anatomía patológica, si hubo patología
- Copia foliada y fedateada de la Epicrisis e Informe de Alta en caso de internamiento

Dentro de los veinte (20) días siguientes de completada toda la documentación listada en la presente cláusula, la Compañía se reserva el derecho de solicitar al Asegurado que presente un Informe Médico ampliatorio, para aquellos casos en los que sea necesaria información adicional que permita facilitar la atención de la Solicitud de reembolso.

El Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efecto de que esta pueda determinar y verificar la causa de la hospitalización. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía.

El Asegurado autoriza a la Compañía a la revisión de su Historia Clínica por los médicos auditores en aquellos casos que lo consideren necesario.

En los casos de hospitalización no se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.

En caso que el Asegurado haya contratado otro seguro que le otorgue la misma cobertura establecida en la presente cláusula, podrá presentar copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada)

de toda la documentación, adjuntando además la liquidación original efectuada por la aseguradora o entidad receptora de los documentos originales, para que la Compañía proceda a reembolsar los gastos no cubiertos por dichas aseguradoras o entidades, teniendo como límite máximo la suma asegurada tope establecida en las Condiciones Particulares.

SÉTIMA: DETERMINACIÓN DEL PAGO DEL BENEFICIO

El Asegurado se compromete a realizarse las pruebas medicas 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 recepción de toda la documentación exigida, si la solicitud de cobertura es procedente, aprobada la solicitud de cobertura o no rechazada dentro de este plazo, el siniestro quedará consentido. 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.

OCTAVA: BENEFICIO INDEMNIZABLE

La Compañía reembolsará al Asegurado todos los gastos incurridos a consecuencia de lesiones producidas por accidente incluyendo la hospitalización, por el exceso del deducible y hasta por un monto máximo indicado en las Condiciones Particulares. La Suma Asegurada de esta Cláusula Adicional se renueva con la renovación anual de la póliza.

La forma de pago del beneficio correspondiente a esta cobertura se indica en las Condiciones Particulares y podrá efectuarse bajo cualquiera de las siguientes modalidades:

- Pago único: se pagará la indemnización correspondiente a los beneficiarios en una sola cuota o armada.
- Pago en cuotas: se pagará a los beneficiarios un importe periódico cuyo monto, periodicidad y número de cuotas serán establecidas en las Condiciones Particulares. La primera cuota será pagada dentro de los treinta (30) días siguientes de consentido el siniestro.

Se deja expresa constancia que no se podrá cambiar la forma de pago establecida en las Condiciones Particulares. **De la liquidación de la póliza será deducida cualquier deuda que con la Compañía tuvieron el Contratante o el Asegurado en relación con la presente póliza.**

El pago del beneficio de esta Cláusula Adicional no implica el cese del cobro de la prima correspondiente durante la vigencia del contrato.

**PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE**

“ACCIDENTES REEMBOLSO”

**CLÁUSULA ADICIONAL
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE Y DESMEMBRAMIENTO 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

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.
- **Beneficiario:** Se considera beneficiario de la presente Cláusula Adicional al 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.
- **Desmembramiento:** La pérdida total de los miembros indicados en la presente Cláusula Adicional.
- **Invalidez Total y Permanente:** El menoscabo irreversible 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 irreversible 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: COBERTURA

La Compañía pagará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, ajustada en el porcentaje señalado en la Cláusula Segunda del presente documento, si la persona designada en la misma como Asegurado sufriera, durante la vigencia del seguro y hasta la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, algún accidente que fuera la causa de su Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento. Esto se cumplirá siempre y cuando la invalidez se manifieste como máximo durante los dos (2) años siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

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.

La suma pagada por esta Cláusula Adicional será descontada del capital asegurado de la póliza principal de Muerte Accidental, en el caso que el Asegurado falleciere a consecuencia del mismo accidente o de un accidente posterior durante la misma vigencia anual de la póliza.

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) **Duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.**
- c) **La enfermedad del SIDA, enfermedades de transmisión sexual o si el Asegurado es HIV positivo.**
- d) **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.**
- e) **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.**
- f) **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.**

Asimismo, se entiende que rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal 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) Al finalizar el aniversario póliza en el cual el Asegurado haya alcanzado la “Edad Máxima de Permanencia” indicada en las Condiciones Particulares para el seguro principal.
- c) 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, consecuencia de uno o varios accidentes, ocurridos durante el mismo período anual de vigencia.

Se deja expresa constancia que la terminación de la presente Cláusula Adicional por cualquier causa, no modificará la prima consignada en las Condiciones Particulares de la presente póliza, en tanto se encuentren vigentes otras coberturas a favor del Asegurado. En caso el Asegurado falleciere o no se encontrasen vigentes otras coberturas a su favor, no se realizarán cargos adicionales de primas.

SEXTA: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA 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 accidente o del Periodo de Observación si fuese aplicable, o desde que toma conocimiento de la existencia del beneficio.

Al momento de la presentación de la solicitud de cobertura, se deberá proporcionar a la Compañía los originales o copias con certificación de reproducción notarial 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 dentro de los veinte (20) días siguientes de presentada toda la documentación listada en la presente cláusula, para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la invalidez total y permanente. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía. Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la Compañía los documentos antes indicados y sometiéndose a las evaluaciones médicas requeridas por la Compañía.

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.

SÉTIMA: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ O DESMEMBRAMIENTO

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, contados desde la fecha que resulte posterior entre la recepción de toda la documentación exigida y la finalización del **Periodo de Observación**, en caso sea aplicable, si la cobertura solicitada es procedente. 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.**

OCTAVA: BENEFICIO INDEMNIZABLE

La Compañía pagará al Asegurado el capital asegurado de esta Cláusula Adicional, especificado en las Condiciones Particulares, aplicando el porcentaje de indemnización establecido en la Cláusula Segunda del presente documento para los supuestos de Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento.

La forma de pago del beneficio correspondiente a esta cobertura se indica en las Condiciones Particulares y podrá efectuarse bajo cualquiera de las siguientes modalidades:

- Pago único: se pagará la indemnización correspondiente a los beneficiarios en una sola cuota o armada.
- Pago en cuotas: se pagará a los beneficiarios un importe periódico cuyo monto, periodicidad y número de cuotas serán establecidas en las Condiciones Particulares. La primera cuota será pagada dentro de los treinta (30) días siguientes de consentido el siniestro.

Se deja expresa constancia que no se podrá cambiar la forma de pago establecida en las Condiciones Particulares. **De la liquidación de la póliza será deducida cualquier deuda que con la Compañía tuvieron el Contratante o el Asegurado en relación con la presente póliza.**

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

**PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE**

“ACCIDENTES REEMBOLSO”

**CLÁUSULA ADICIONAL
BENEFICIOS DE MUERTE ACCIDENTAL Y REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE
DEL CÓNYUGE**

Esta 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 y en la Cláusula Adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente del Asegurado Principal.

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para esta 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 cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Asegurado:** Es el Cónyuge del Asegurado Principal, cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares de la póliza.
- **Asegurado Principal:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Deducible:** Es el importe fijo del gasto cubierto que le corresponde asumir al Asegurado por evento accidental.
- **Hospital:** Institución legalmente autorizada como tal para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales.
A los efectos de esta Cláusula Adicional **no se consideran hospitales: los consultorios, policlínicos, hoteles, balnearios, residencias, asilos, casas de reposo, casas para convalecencia, manicomios o instituciones para tratamiento psiquiátrico e instituciones dedicadas especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas o al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos, problemas de peso o tratamientos quiroprácticos.**
- **Médico:** Persona graduada en estudios de Medicina Humana de una universidad reconocida por la autoridad educativa del Perú y que posea título profesional a nombre de la Nación, para el caso de médicos peruanos, y título equivalente, para el caso de médicos extranjeros. **El médico no podrá ser el mismo Asegurado ni un miembro de la familia directa del Asegurado o Contratante.**
- **Monto Máximo:** Es el máximo de cobertura de esta póliza por los gastos provenientes de todas los accidentes ocurridos durante el año póliza. Dicho monto figura en las Condiciones Particulares.
- **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 y en la Cláusula Adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente del Asegurado Principal.

SEGUNDA: CONTRATACIÓN

Al momento de la contratación de la presente Cláusula Adicional, el Cónyuge no deberá superar la “Edad Máxima de Ingreso” establecida en las Condiciones Particulares; teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurado, en caso de renovación anual, sólo hasta el aniversario póliza en el que cumpla la “Edad Máxima de Permanencia” indicada en las Condiciones Particulares.

TERCERA: COBERTURAS

3.1 Cobertura de Muerte Accidental del Cónyuge:

La Compañía pagará al beneficiario de esta Cláusula Adicional la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares para la cobertura de Muerte Accidental del Cónyuge, si el fallecimiento de éste se produce a consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la presente Cláusula Adicional y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la muerte sea consecuencia de las lesiones originadas por un accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de producido el accidente.

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

3.2 Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente del Cónyuge:

La Compañía reembolsará los gastos médicos y/o de traslado en ambulancia del Asegurado, derivados de un accidente, producidos dentro de los 6 meses posteriores al accidente y hasta el monto tope establecido en las Condiciones Particulares para esta Cláusula Adicional como Suma Asegurada Máxima por año póliza.

Sólo se reembolsarán los gastos médicos efectivamente incurridos para atender al Asegurado, sustentados con comprobantes de pago originales, y que cumplan las condiciones establecidos en esta cláusula. La lista de gastos cubiertos en caso de atención ambulatoria o de hospitalización se detallan en la Cláusula Adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente del Asegurado Principal.

El deducible, cuyo monto se encuentra establecido en las Condiciones Particulares, se aplicará por evento accidental. El reembolso operará sobre los gastos que exceden del deducible establecido en las Condiciones Particulares.

El monto de los gastos médicos cubiertos durante un mismo año póliza, por uno o varios eventos, será reembolsado en tanto se encuentre por debajo de la Suma Asegurada Máxima indicada en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio procederá siempre y cuando el seguro principal y esta Cláusula Adicional estén vigentes, y la causa del accidente no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones aplicables a esta Cláusula Adicional.

Las sumas a indemnizar por esta Cláusula Adicional serán pagadas independientemente y sin causar efecto sobre los capitales asegurados del Asegurado Principal. El pago de las coberturas antes indicadas procederá siempre y cuando se cumplan los términos y condiciones de la presente Cláusula Adicional, el siniestro ocurra durante la vigencia de la misma y mientras el cónyuge mantenga su condición de Asegurado.

CUARTA: EXCLUSIONES

Rigen para la cobertura de Muerte Accidental del Cónyuge las exclusiones establecidas para el Asegurado Principal en las Condiciones Generales del seguro principal.

Asimismo, rigen para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos del Cónyuge, las mismas exclusiones establecidas para el Asegurado Principal en la Cláusula Adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

QUINTA: 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 aniversario póliza en el cual el Asegurado haya alcanzado la “Edad Máxima de Permanencia” indicada en las Condiciones Particulares para el seguro principal.

Se deja expresa constancia que la terminación de la presente Cláusula Adicional por cualquier causa, no modificará la prima consignada en las Condiciones Particulares de la presente póliza, en tanto se encuentren vigentes otras coberturas a favor del Asegurado. En caso el Asegurado falleciere o no se encontrasen vigentes otras coberturas a favor de éste, se reducirá la parte correspondiente de la prima a partir del mes siguiente de informado el hecho o desde que la Compañía tenga conocimiento del mismo, restituyéndose la parte de la prima que hubiese sido cobrada durante el tiempo transcurrido entre el aviso o constatación del hecho y la fecha de ocurrencia del evento que origina el término de todas las coberturas aplicables al Asegurado.

SEXTA: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

El beneficiario de la presente Cláusula Adicional deberá informar por escrito al domicilio de la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en la cual tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio.

Al momento de la presentación de la solicitud de cobertura, se deberá proporcionar a la Compañía los originales o copias con certificación de reproducción notarial de los siguientes documentos:

- (i) Para la cobertura de Muerte Accidental del Cónyuge, deberá presentar la documentación exigida en las Condiciones Generales del seguro principal.
- (ii) Para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente del Cónyuge, deberá presentar la documentación exigida la Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental aplicable al Asegurado Principal.

El Asegurado, de ser el caso, deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite dentro de los veinte (20) días siguientes de completada toda la documentación listada en la presente cláusula para efecto de que ésta pueda determinar la procedencia del pago del beneficio. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía. Asimismo, 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.

SÉTIMA: DETERMINACIÓN DEL PAGO DEL BENEFICIO

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, contados desde la recepción de toda la documentación exigida, si la solicitud de cobertura es procedente, aprobada la solicitud de cobertura o no rechazada dentro de este plazo, el siniestro quedará consentido. 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.

OCTAVA: BENEFICIARIO Y BENEFICIO INDEMNIZABLE

Se considera beneficiario de la presente Cláusula Adicional al Asegurado Principal para la cobertura de Muerte Accidental del Cónyuge. Si el Asegurado Principal hubiese fallecido en el mismo accidente que el Asegurado, se considerarán como beneficiarios las personas indicadas como tales para la cobertura del seguro principal.

Se considera beneficiario de la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente del Cónyuge al mismo Asegurado. Si el Asegurado hubiese fallecido, se considerará como beneficiario al Asegurado Principal.

La forma de pago de los beneficios correspondientes a esta Cláusula Adicional se indica en las Condiciones Particulares y podrá efectuarse bajo cualquiera de las siguientes modalidades:

- Pago único: se pagará la indemnización correspondiente a los beneficiarios en una sola cuota o armada.
- Pago en cuotas: se pagará a los beneficiarios un importe periódico cuyo monto, periodicidad y número de cuotas serán establecidas en las Condiciones Particulares. La primera cuota será pagada dentro de los treinta (30) días siguientes de consentido el siniestro.

Se deja expresa constancia que no se podrá cambiar la forma de pago establecida en las Condiciones Particulares.

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

NOVENA: RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA

Durante los seis (6) meses siguientes a la fecha de emisión de la presente póliza consignada en las Condiciones Particulares, la Compañía se reserva el derecho de verificar si el Asegurado, por sí mismo o por intermedio de terceros, cuenta con más de una póliza de este seguro o de otro seguro de accidentes personales, en sus modalidades individual o familiar, emitidos por la Compañía.

En caso se constate que el Asegurado cuenta con uno o más seguros de accidentes personales emitido(s) por la Compañía, además del contenido en la presente póliza, y que, en su conjunto, otorguen al Asegurado una suma asegurada igual o superior a US\$ 200,000.00 (Doscientos Mil y 00/100 Dólares Americanos) por la cobertura de Muerte Accidental por todo concepto (incluyendo Muerte en Accidente de Tránsito); el monto asegurable máximo por la cobertura de Muerte Accidental asumido por la Compañía quedará reducido a dicho importe y la Compañía devolverá el porcentaje de las primas de este seguro correspondientes al exceso.

Se deja expresa constancia que lo dispuesto en la presente cláusula no será aplicable en caso el siniestro ocurra antes de que la Compañía informe al Contratante sobre la constatación a que se refiere el párrafo precedente.

**PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE**

“ACCIDENTES REEMBOLSO”

**CLÁUSULA ADICIONAL
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL
DEL CÓNYUGE**

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 y en Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental del Asegurado 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 el Cónyuge del Asegurado Principal, cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares. Al momento de la contratación de la presente Cláusula Adicional, el Asegurado no deberá superar la “Edad Máxima de Ingreso” indicada en las Condiciones Particulares, teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurado hasta la “Edad Máxima de Permanencia” indicada en las Condiciones Particulares.
- **Asegurado Principal:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Beneficiario:** Se considera beneficiario de la presente Cláusula Adicional al mismo Asegurado. Si el Asegurado hubiese fallecido, se considerará como beneficiario al Asegurado 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.
- **Desmembramiento:** La pérdida total de los miembros indicados en la presente Cláusula Adicional.
- **Invalidez Total y Permanente:** El menoscabo irreversible 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 y en la Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental del Asegurado 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:

- f) 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.
- g) 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.
- h) 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.
- i) 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:

- j) El 100% en aquellos casos de invalidez **no contemplados precedentemente** y que produzca al Asegurado una pérdida o disminución irreversible 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: COBERTURA

La Compañía pagará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, ajustada en el porcentaje señalado en la Cláusula Segunda del presente documento, si la persona designada en la misma como Asegurado sufriera, durante la vigencia del seguro y hasta la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, algún accidente que fuera la causa de su Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento. Esto se cumplirá siempre y cuando la invalidez se manifieste como máximo durante los dos (2) años siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

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.

La suma pagada por esta Cláusula Adicional será descontada del capital asegurado de la póliza principal de Muerte Accidental, en el caso que el Asegurado falleciere a consecuencia del mismo accidente o de un accidente posterior durante la misma vigencia anual de la póliza.

CUARTA: EXCLUSIONES

Rigen para la presente cobertura las exclusiones establecidas en la Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental del Asegurado Principal.

QUINTA: 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:

- d) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- e) Fallecimiento del Asegurado.
- f) Al finalizar el aniversario póliza en el cual el Asegurado haya alcanzado la “Edad Máxima de Permanencia” indicada en las Condiciones Particulares para el seguro principal.
- g) 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, consecuencia de uno o varios accidentes, ocurridos durante el mismo período anual de vigencia.

Se deja expresa constancia que la terminación de la presente Cláusula Adicional por cualquier causa, no modificará la prima consignada en las Condiciones Particulares de la presente póliza, en tanto se encuentren vigentes otras coberturas a favor del Asegurado. En caso el Asegurado falleciere o no se encontrasen vigentes otras coberturas a favor de éste, se reducirá la parte correspondiente de la prima a partir del mes siguiente de informado el hecho o desde que la Compañía tenga conocimiento del mismo, restituyéndose la parte de la prima que hubiese sido cobrada durante el tiempo transcurrido entre el aviso o constatación del hecho y la fecha de ocurrencia del evento que origina el término de todas las coberturas aplicables al Asegurado.

SEXTA: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA 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 accidente o del Periodo de Observación si fuese aplicable, o desde que toma conocimiento de la existencia del beneficio.

Al momento de la presentación de la solicitud de cobertura, se deberá proporcionar a la Compañía los originales o copias con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) notarialmente 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.

- (3) 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.
- (4) 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 dentro de los veinte (20) días siguientes de presentada toda la documentación listada en la presente cláusula, para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la invalidez total y permanente. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía. Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la Compañía los documentos antes indicados y sometiendo a las evaluaciones médicas requeridas por la Compañía.

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.

SÉTIMA: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ O DESMEMBRAMIENTO

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, contados desde la fecha que resulte posterior entre la recepción de toda la documentación exigida y la finalización del **Período de Observación**, en caso sea aplicable, si la cobertura solicitada es procedente. 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:

- (iii) Solicitar a la Compañía la reconsideración de su pronunciamiento; o,
- (iv) 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.**

OCTAVA: BENEFICIO INDEMNIZABLE

La Compañía pagará al Asegurado el capital asegurado de esta Cláusula Adicional, especificado en las Condiciones Particulares, aplicando el porcentaje de indemnización establecido en la Cláusula Segunda del presente documento para los supuestos de Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento.

La forma de pago del beneficio correspondiente a esta cobertura se indica en las Condiciones Particulares y podrá efectuarse bajo cualquiera de las siguientes modalidades:

- Pago único: se pagará la indemnización correspondiente a los beneficiarios en una sola cuota o armada.
- Pago en cuotas: se pagará a los beneficiarios un importe periódico cuyo monto, periodicidad y número de cuotas serán establecidas en las Condiciones Particulares. La primera cuota será pagada dentro de los treinta (30) días siguientes de consentido el siniestro.

Se deja expresa constancia que no se podrá cambiar la forma de pago establecida en las Condiciones Particulares. **De la liquidación de la póliza será deducida cualquier deuda que con la Compañía tuvieron el Contratante o el Asegurado en relación con la presente póliza.**

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