

Cláusula Adicional de Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Accidente

La cobertura adicional del Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Accidente se rige por lo establecido en la presente Cláusula Adicional y en las Condiciones Generales del seguro principal, en adelante Condiciones Generales de la póliza.

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 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 accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

- **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.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, si la persona designada como el Asegurado sufriera, durante la vigencia de la cobertura, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional. Esto se cumplirá siempre y cuando el accidente ocurra antes que el Asegurado cumpla la "Edad Límite de Permanencia" aplicable a la presente cobertura y mientras el seguro principal esté vigente; la invalidez se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente y la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la presente Cláusula Adicional.

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

El pago de esta indemnización determinará la terminación del seguro.

La Compañía cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas. La presente Cláusula Adicional brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las veinticuatro (24) horas del día.

TERCERA: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Sólo se considerará que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente por Accidente si presenta alguna de las condiciones siguientes:

- a. Pérdida total o funcional absoluta de la visión de ambos ojos;
- b. Pérdida total o funcional absoluta de ambos brazos o ambas manos;
- c. Pérdida total o funcional absoluta de ambas piernas o ambos pies;
- d. Pérdida total o funcional absoluta de una mano y un pie.
- e. Paraplejía o Cuadriplejía por fractura de la columna vertebral.
- f. Estado absoluto de descerebramiento ocasionado por accidente que no permita al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida. Se entiende por descerebramiento a la ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.

En este sentido, se deja expresa constancia que la presente Cláusula Adicional no cubrirá otra situación de invalidez distinta a las arribas mencionadas, aun cuando la misma pudiera afectar al Asegurado en más de los dos tercios de su capacidad de trabajo.

CUARTA: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la invalidez del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a. **El denominado “Accidente Cerebro Vascular” y los denominados “Accidentes Médicos”, como los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos**

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

QUINTA: TERMINACION DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante de la póliza y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales del seguro principal. Asimismo, queda expresamente convenido que la presente Cláusula Adicional 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. Cuando el Asegurado supere la “Edad Límite de Permanencia” establecida en las Condiciones Particulares para la presente cobertura y que se indica en el Condicionado Particular.

El pago del valor de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un accidente que se produzca con posterioridad a esa fecha.

SEXTA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLAUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza principal, 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 en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o desde la fecha en que toma conocimiento de la existencia del beneficio.

Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

- (1) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada.
- (2) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, según corresponda.
- (3) Resultado del examen de dosaje etílico, según corresponda.
- (4) Resultado del examen toxicológico, según corresponda.

El Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar el grado de invalidez y efectividad de las lesiones originadas en el accidente. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía.

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

SÉPTIMA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

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. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario, 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: PAGO DEL BENEFICIO

El beneficio será pagado al Asegurado en una (1) sola cuota, dentro de los treinta (30) días de haber determinado la procedencia de la solicitud de cobertura por Invalidez Total y Permanente por Accidente del Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será solicitado y abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

Cláusula Adicional de Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

Esta Cláusula Adicional se regirá por las siguientes condiciones 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:

- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Invalidez:** A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una enfermedad presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo. **Siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses (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.

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

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, si la persona designada como el Asegurado fuera diagnosticado, durante la vigencia de esta cobertura, alguna enfermedad que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional. Esto se cumplirá siempre y cuando la invalidez ocurra antes que el Asegurado cumpla la “Edad Límite de Permanencia” aplicable a la presente cobertura, el seguro principal esté vigente y la causa de la invalidez no se encuentre comprendido dentro de las exclusiones de la presente Cláusula Adicional.

El pago de esta indemnización determinará la terminación del seguro.

TERCERA: PERIODO DE CARENCIA

Ningún beneficio será pagado si la enfermedad es diagnosticada dentro del Periodo de Carencia indicado en las Condiciones Particulares y en la solicitud-certificado. El Periodo de Carencia se contabiliza desde el inicio de vigencia de esta cobertura.

CUARTA: EXCLUSIONES

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 de la póliza y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales del seguro principal. Asimismo, queda expresamente convenido que la presente Cláusula Adicional 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. Cuando el Asegurado cumpla la "Edad Límite de Permanencia" correspondiente a la presente cobertura y que se indica en el Condicionado Particular.

El pago del valor de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un accidente que se produzca con posterioridad a esa fecha.

SEXTA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLAUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza, el Beneficiario deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha del Periodo de Observación o desde que toma conocimiento de la existencia del beneficio, si dicha fecha fuese posterior.

Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

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

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

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

SÉPTIMA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días después de transcurrido el Periodo de Observación o después la recepción de toda la documentación exigida, si fuese posterior, si la solicitud de cobertura es procedente. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario, 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: PAGO DEL BENEFICIO

El beneficio será pagado al Asegurado en una (1) sola cuota, dentro de los treinta (30) días de haber determinado la procedencia de la solicitud de cobertura por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad del Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será solicitado y abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

Cláusula Adicional de Beneficio de Hospitalización a consecuencia directa de las lesiones ocasionadas por un accidente

Esta Cláusula Adicional se regirá por las siguientes condiciones 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:

- **Cuota del Crédito:** Es el valor mensual total que el Asegurado se compromete a pagar al Contratante por el Crédito asegurado otorgado, e incluye gastos de seguros, intereses, portes e impuestos, si los hubiera. Esta cuota queda determinada en el cronograma original de pagos que el Contratante entrega al Asegurado al inicio de la operación.
- **Hospital/Clínica:** Institución legalmente autorizada como tal para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales. **No se consideran hospitales o clínicas, 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 (salvo el caso de reconstrucción por accidente).**
- **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.**
- **Periodo de Franquicia:** Número de días consecutivos durante los cuales no se devenga indemnización, contado desde el primer día en que se realice la hospitalización del Asegurado.
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

SEGUNDA: COBERTURA

La Compañía pagará una o más cuotas del Crédito, considerando la cuota del crédito según la definición de la Cláusula Primera del presente documento, cuando a consecuencia directa de las lesiones ocasionadas en un accidente, el Asegurado deba ser necesariamente internado en un hospital por disposición de un médico, durante un tiempo mayor al Periodo de Franquicia y en tanto el internamiento se suscite dentro de las 72 horas de producido dicho accidente. El número de cuotas a cubrir dependerá del tiempo de hospitalización y figura en las Condiciones Particulares. Esta cobertura procederá siempre y cuando la causa de la hospitalización no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones.

Se cubrirá la cuota o cuotas del Crédito, según corresponda, hasta el monto máximo de cuota indicado en las Condiciones Particulares.

Sólo se pagará la suma asegurada correspondiente a un evento de hospitalización por año calendario. En este sentido, si el Asegurado fuera nuevamente hospitalizado durante un tiempo mayor al Periodo de Franquicia, dentro del mismo año calendario, ya no tendrá derecho a percibir una suma asegurada adicional. Durante toda la vigencia del crédito asegurado, sólo se pagará la suma asegurada correspondiente a tres eventos no consecutivos de hospitalización.

Es condición necesaria para la procedencia de esta cobertura que la causa de hospitalización no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la presente Cláusula Adicional y que el Asegurado no hubiere superado la "Edad Límite de permanencia" indicada en las Condiciones Particulares para esta cobertura.

TERCERA: PERIODO DE FRANQUICIA

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a la cobertura de hospitalización por accidente, solamente si el Asegurado permanece hospitalizado durante un período mayor al Período de Franquicia indicado en las Condiciones Particulares; es decir, que el beneficio se calculará a partir del día siguiente de hospitalización, luego de vencido el "Período de Franquicia".

El período de franquicia será tomado en cuenta cada vez que el Asegurado sea internado en un hospital como consecuencia de un accidente, independientemente de las hospitalizaciones previas que puedan haber existido durante la vigencia de la póliza.

CUARTA: EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

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

- a. Cirugía plástica por cualquier condición, salvo operaciones reconstructivas como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura.
- b. Exámenes médicos, de rutina o de diagnóstico.
- c. 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.
- d. Cualquier tipo de enfermedad mental.
- e. Acupuntura u homeopatía, así como tratamientos de medicina alternativa o experimental no aprobados por la FDA (Food and Drug Administration). Tratamiento de lumbalgias.
- f. Tentativa de suicidio.

Asimismo, 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 de la póliza y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la póliza. Asimismo, queda expresamente convenido que la presente Cláusula Adicional 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:

1. Terminación del seguro principal por cualquier causa.
2. Cuando el Asegurado supere la "Edad Límite de Permanencia" indicada en las Condiciones Particulares.

SEXTA: BENEFICIARIO DEL SEGURO

El beneficiario de esta Cláusula Adicional es el Contratante, quien utilizará la suma asegurada recibida para reducir el saldo deudor del Crédito. En caso el Crédito no se encontrase vigente, se considerará como beneficiario al mismo Asegurado.

SÉPTIMA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza principal, 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 en que se toma conocimiento de la ocurrencia del siniestro o desde la fecha en que toma conocimiento de la existencia del beneficio.

Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura y suministrar a la Compañía los Informes Médicos que comprueben que estuvo hospitalizado, entre ellos, el original o copia legalizada del informe médico de la institución hospitalaria en la que estuvo internado, en el cual se indica el motivo de internamiento, el tiempo de la hospitalización, la fecha de ingreso y fecha de alta. A su vez, el Beneficiario deberá proporcionar a la Compañía el detalle del cronograma original de pagos del préstamo.

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, cuando lo considere necesario. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía.

Cláusula Adicional de Beneficio por Enfermedades Graves

Esta Cláusula Adicional se regirá por las siguientes condiciones 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:

- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Enfermedad Grave:** Para la presente Cláusula Adicional, únicamente tienen la condición de enfermedad grave y por tanto cobertura, las siguientes enfermedades:
 1. **Cáncer:** La presencia de uno o más tumores malignos caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión de tejidos, incluyendo la leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica) y enfermedades malignas del sistema linfático, como la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. **Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito.**

Se excluye:

- a. Los tumores que presenten los cambios malignos característicos del carcinoma in situ incluyendo la displasia cervical (leve, moderada o severa), o aquellos considerados por histología como premalignos.
 - b. Los melanomas con espesor menor de 1.5 mm, determinado por exámen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark.
 - c. Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.
 - d. Todos los carcinomas de células escamosas, de la piel, excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos.
 - e. El sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o a la condición de VIH positivo.
 - f. Los cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el cáncer, o de cualquier otra clasificación equivalente o menor.
2. **Ataque al Corazón:** También denominado infarto de miocardio, trombosis coronaria u oclusión coronaria. Se define como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardiaco como consecuencia del deficiente suministro sanguíneo a la zona afectada.

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

- a. Antecedentes de dolores pectorales típicos.
 - b. Cambios nuevos y relevantes detectados por electrocardiograma.
 - c. Aumento de las enzimas cardiacas por encima de los valores aceptados como normales.
3. **Infarto o Hemorragia Cerebral:** Cualquier padecimiento o accidente cerebrovascular que dé lugar a secuelas que duren más de veinticuatro (24) horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo de una fuente extracraneana. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo seis (6) semanas después del suceso (Periodo de Supervivencia), por lo que las solicitudes de cobertura por este enfermedad

deberán ser presentadas una vez transcurrido este periodo y adjuntar el diagnóstico emitido por el neurólogo. Confirmado el diagnóstico por parte de la Compañía, se procederá al pago inmediato del beneficio.

Se excluyen los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y la enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

4. **Insuficiencia Renal:** Insuficiencia total, crónica e irreversible de **ambos riñones**, que implique la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis.
5. **Enfermedad Coronaria que exija intervención Quirúrgica:** Someterse a cirugía cardíaca para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos (2) o más arterias coronarias con injertos de by-pass o puente coronario, diagnosticado por el resultado de una angiografía y/o coronariografía.

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

6. **Trasplante de Órganos Vitales:** Cuando, como consecuencia del diagnóstico médico, sea preciso efectuar un trasplante de corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas total (por lo mismo se excluye el trasplante de islotes de Langerhans). **Se otorga cobertura únicamente al receptor y no al donante.**
 - **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.
 - **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará al Contratante el saldo deudor del Crédito (cuyo límite se encuentra establecido en las Condiciones Particulares), a la fecha en que al Asegurado se le diagnostique alguna de las enfermedades graves definidas en la Cláusula Primera del presente documento, según el cronograma original de pagos aprobado por el Contratante para el referido Crédito, siempre y cuando tal diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez, con posterioridad al Período de Carencia y antes que el Asegurado supere la "Edad Límite de Permanencia" indicada en las Condiciones Particulares y la causa de la enfermedad grave no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza y que el seguro principal estuviera vigente.

El pago para esta cobertura se efectuará por una sola enfermedad grave diagnosticada, independientemente del número de enfermedades graves diagnosticadas al Asegurado en la misma o en distintas fechas, luego de lo cual, terminará esta cobertura adicional y la responsabilidad de la Compañía respecto de dicho Asegurado ante cualquier diagnóstico.

En caso de morosidad del Crédito, la suma asegurada será equivalente al saldo deudor existente a la fecha del diagnóstico de la Enfermedad Grave cubierta, según el cronograma original de pagos aprobado por el Contratante para el Crédito.

TERCERA: PERIODO DE CARENCIA

Ningún beneficio será pagado si la enfermedad grave es diagnosticada por primera vez o se diagnostica que la cirugía es requerida o es practicada dentro del Periodo de Carencia indicado en las Condiciones Particulares y en la solicitud-certificado, cuyo cómputo se inicia desde la fecha de vigencia de esta cobertura respecto de cada Asegurado.

CUARTA: EXCLUSIONES

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

- a. **Enfermedad o dolencia preexistente o enfermedad congénita.**
- b. **Consumo del alcohol o de alcaloides.**
- c. **Uso de veneno, drogas o narcóticos, así como el envenenamiento o inhalación de gas venenoso, por acto del Asegurado o de terceros con su consentimiento.**
- d. **La enfermedad del SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es VIH positivo.**
- e. **Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.**
- f. **Contaminación radioactiva.**
- g. **Trasplantes que sean procedimientos de investigación.**

QUINTA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales del seguro principal, el Beneficiario deberá comunicar por escrito a la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o luego de transcurrido el periodo de sobrevivencia establecido en el numeral 3 de la definición de Enfermedad Grave contenida en la Cláusula Primera del Presente Documento referido al "Infarto o Hemorragia Cerebral", según corresponda.

Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando para ello la Historia Clínica Completa conforme a los términos que se indican en el seguro principal y un informe escrito con el diagnóstico del especialista médico que asistió al Asegurado, acompañado con documentación que respalde tal diagnóstico, integrado por estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio. A su vez, el Beneficiario deberá proporcionar a la Compañía el detalle del cronograma original de pagos del préstamo.

SEXTA: DETERMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD GRAVE

Dentro de los treinta (30) siguientes a la recepción de toda la documentación solicitada, la Compañía determinará si la solicitud de cobertura es procedente. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación o pruebas adicionales para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

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

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

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

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

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

SÉPTIMA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante de la póliza y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la póliza. Asimismo, queda expresamente convenido que la presente Cláusula Adicional 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. Cuando el Asegurado cumpla la "Edad Límite de Permanencia" correspondiente a la presente cobertura y que se indica en el Condicionado Particular.
- c. Cuando el Asegurado haya percibido el beneficio previsto por esta Cláusula Adicional respecto de alguna enfermedad grave.

OCTAVA: BENEFICIARIO

El beneficiario de esta Cláusula Adicional es el Contratante, quien utilizará la suma asegurada recibida para reducir o liquidar el saldo deudor del Crédito, según corresponda. En caso el saldo deudor real de Crédito sea inferior al saldo deudor del Crédito según el cronograma original de pagos, el Contratante procederá a entregar al Asegurado la diferencia.

En caso el Crédito no se encontrase vigente, se considerará como beneficiario al mismo Asegurado.