

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

“ACCIDENTES COBERTURA TOTAL”

RESUMEN

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

Podrán acceder al seguro aquellas personas que no superen los 65 años de edad, teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurados, en caso de renovación anual, sólo hasta el aniversario póliza en el cual cumplan 70 años de edad.

2. ¿Cómo se ejerce el Derecho de Arrepentimiento?

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

3. ¿Qué riesgos cubre?

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

De producirse el fallecimiento accidental en algún medio de transporte público terrestre, acuático o aéreo, la Compañía pagará un capital asegurado mayor. Las características y condiciones en que se otorgan estas coberturas adicionales se detallan en la Cláusula Sexta del Condicionado General.

Asimismo otorga al Asegurado las siguientes coberturas adicionales, en las condiciones que se detallan en las respectivas cláusulas adicionales:

- a) Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental.
- b) Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente.

Beneficios Adicionales (opcionales)

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

- a) Beneficio por Muerte Accidental 3x1 del Cónyuge.
- b) Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental del Cónyuge.
- c) Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente del Cónyuge.

4. ¿Cuáles son las Exclusiones?

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

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

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

Sin perjuicio de ello, en las renovaciones de la póliza se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales. Una vez renovada la póliza en iguales o distintas condiciones, se procederá conforme a lo establecido en el párrafo anterior y del mismo modo en cada periodo de renovación siguiente,



pacífico

mientras el contrato de seguro se mantenga vigente.

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

Se encuentran establecidas en la Cláusula Décimo Sexta 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 Cuarta 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 Segunda 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 Vigésima de las Condiciones Generales.

10. ¿Cuál es el procedimiento, lugares autorizados, medio y plazo para presentar una Solicitud de Cobertura?

La Solicitud de Cobertura deberá presentarse por escrito en el domicilio físico de la Compañía dentro de los 7 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. Para mayor información podrá comunicarse a nuestra Central de Atención al Asegurado al 0800-1-8432 o ingresar a nuestra página web www.pacificoseguros.com. El procedimiento y los requisitos se encuentran previstos en la Cláusula Vigésima 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.defaseq.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?

Se encuentra previsto en la Cláusula Vigésimo Novena de las Condiciones Generales y en la Cláusula Adicional de “Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable”.

12. ¿Consultas y/o Reclamos?

Puede presentar sus consultas y/o reclamos: Verbalmente, acercándose a las oficinas de “Atención al Cliente” ubicadas en **Av. Juan de Arona 830, San Isidro**, o llamando a nuestra Central de Atención al Asegurado al 0800-1-VIDA (0800-1-8432).

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

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

“ACCIDENTES COBERTURA TOTAL”

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. Coberturas
 - 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 Legal
 - 13. Rehabilitación Convencional
 - 14. Renovación
 - 15. Cambios en las Condiciones Contractuales
 - 16. Terminación de la Cobertura
 - 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. Mecanismos de Solución de Controversias
 - 30. Cesión de Derechos
 - 31. Moneda del Contrato
 - 32. Responsabilidad Máxima de la Compañía
- III. Cláusulas Adicionales:**
 - a) Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental
 - b) Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente
 - c) Mecanismo de Solución de Controversias
- IV. Cláusulas Adicionales (opcionales)**
 - a) Beneficio de Muerte Accidental 3x1 del Cónyuge
 - b) Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental del Cónyuge
 - c) Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente del Cónyuge

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

ACCIDENTES COBERTURA TOTAL

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 DE VIDA
CONTRATANTE: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»
ASEGURADO: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»

- (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) El pago de la cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público excluye el pago de la cobertura de Muerte Accidental y, a su vez, el pago de la cobertura de Muerte Accidental en Transporte Aéreo excluye el pago de las coberturas de Muerte Accidental y de Muerte Accidental en Transporte Público.
- (3) El periodo máximo a indemnizar por hospitalización, sea ésta Básica o UCI, es de: «XX» días consecutivos; o, «XX» días no consecutivos.
Asimismo, esta cobertura tiene como monto máximo indemnizable la suma de «XXXX.XX», durante toda la vigencia de la póliza, incluidas sus renovaciones.

5.2 COBERTURAS ADICIONALES – ASEGURADO ADICIONAL (Cónyuge).-

COBERTURAS		SUMA ASEGURADA ⁽¹⁾	Nº DE CUOTAS Y PERIODICIDAD	PERIODO DE FRANQUICIA
Muerte Accidental Básica del Cónyuge		«XXXXX.XX»	«XXXXXXXXXX»	No aplica
Muerte Accidental en Transporte Público (Terrestre o Acuático) del Cónyuge ⁽²⁾		«XXXXX.XX»	«XXXXXXXXXX»	No aplica
Muerte Accidental en Transporte Aéreo del Cónyuge ⁽²⁾		«XXXXX.XX»	«XXXXXXXXXX»	No aplica
Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental del Cónyuge		«XXXXX.XX»	«XXXXXXXXXX»	No aplica
Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente del Cónyuge ⁽³⁾	Básica	«XXXXX.XX»	«XXXXXXXXXX»	«XXXXXXXXXX»
	UCI	«XXXXX.XX»		

- (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) El pago de la cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público excluye el pago de la cobertura de Muerte Accidental y, a su vez, el pago de la cobertura de Muerte Accidental en Transporte Aéreo excluye el pago de las coberturas de Muerte Accidental y de Muerte Accidental en Transporte Público.
- (3) El periodo máximo a indemnizar por hospitalización, sea ésta Básica o UCI, es de: «XX» días consecutivos; o, «XX» días no consecutivos.
Asimismo, esta cobertura tiene como monto máximo indemnizable la suma de «XXXX.XX», durante toda la vigencia de la póliza, incluidas sus renovaciones.

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 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 : «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»
FORMA DE PAGO DE PRIMA: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»
LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»

La vigencia de esta póliza está condicionada a que se efectúe el cobro de la primera prima del seguro, la cual dará cobertura al primer mes de vigencia de la póliza. El pago de las primas siguientes vence el mismo día de la fecha de inicio de vigencia indicada en el acápite 1 de las presentes Condiciones Particulares correspondiente a cada mes de cobertura o al primer mes de cada semestre o año, según corresponda a la frecuencia de pago elegida por el Contratante.

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234° y 1237° del Código Civil y según se indique en el acápite 1 de las presentes Condiciones Generales. 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 funcionarios, empleados, asesores y/o consultores de la Compañía, cualquiera sea la modalidad de pago elegida.

PACIFICO SEGUROS DE VIDA NO AUTORIZA A SU PERSONAL A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO EN FORMA PERSONAL. En tal sentido, Pacífico Seguros de Vida no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el cliente decida entregar al consultor o cualquier funcionario de la Compañía a pesar de conocer esta prohibición.

La presente póliza no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo por aquellos expresamente indicados en el(los) Cuadro(s) de Coberturas del acápite 5 de las presentes Condiciones Particulares.

7. DECLARACIONES

La presente póliza, la solicitud, los endosos y las cláusulas adicionales que se anexan a ella forman parte integrante de este contrato. Toda omisión, simulación, o falsedad en las declaraciones que haga el Asegurado y/o Contratante en la solicitud respectiva y que obedezcan a dolo o culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato y, en consecuencia, toda obligación de Pacífico Seguros de Vida, de acuerdo al artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro.

Se deja expresa constancia que el presente seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley 29355.

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE

“ACCIDENTES COBERTURA TOTAL”

CONDICIONES GENERALES

El Pacífico Vida 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.**

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.

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.

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 Legal: Es la posibilidad que tiene el Contratante de levantar la suspensión de la cobertura del seguro que hubiere operado por la falta de pago oportuno de primas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. **La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante y/o Asegurado, mientras que la Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver la póliza.**

Rehabilitación Convencional: Es la posibilidad pactada por las partes que tiene el Contratante de volver a poner en vigencia el contrato, dentro del plazo previsto por las partes, si éste hubiera quedado resuelto o extinguido por la falta de pago oportuno de primas. Para ello deberá pagar el monto que la Compañía le indique dentro del plazo establecido y satisfacer las pruebas necesarias para evaluar el estado de salud del Asegurado.

Siniestro: Es la materialización de todas y cada una de las condiciones que configuran el riesgo asegurado (cobertura) previsto en el presente contrato de seguro. Para que el siniestro se encuentre cubierto bajo la presente póliza, éste no deberá haberse configurado por alguno de los supuestos de exclusión establecidos en la póliza; asimismo, deberá cumplirse con las condiciones establecidas en el presente contrato de seguros.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS - DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

La póliza es el único documento válido para fijar los derechos y obligaciones de las partes. **La Compañía no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma. El Contratante podrá desistirse de su solicitud de seguro y resolver el contrato sin expresión de causa a través de una comunicación escrita dirigida al domicilio de la Compañía, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses.**

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

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta póliza, los siguientes documentos:

Los Endosos según su fecha, predominando los últimos endosos sobre los primeros
Las Condiciones Particulares

Las Condiciones Generales

Las Cláusulas Adicionales

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 y en los cuestionarios relativos a la salud y actividades del Asegurado.

Toda declaración falsa, 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 declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado, que fueron contenido de una pregunta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

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

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.**

Si la constatación de la declaración inexacta o reticente es posterior a la producción de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la póliza, **la Compañía reducirá la suma asegurada a pagar en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. De determinarse que el riesgo no es asegurable, no existirá suma asegurada.**

Esta póliza será indisputable una vez que haya transcurrido el plazo de dos (02) años contado desde la fecha de inicio de vigencia, salvo en caso de dolo o fraude en perjuicio de la Compañía.

SEXTA: COBERTURAS

6.1 Muerte Accidental Básica:

La Compañía pagará a los beneficiarios de la póliza el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, en caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia **directa e inmediata** de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma. Se hará distinción en aquellos accidentes ocurridos en algún tipo de transporte público, así como los accidentes ocurridos en transporte aéreo.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la muerte sea consecuencia directa 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.

6.2 Muerte Accidental en Transporte Público (Terrestre o Acuático):

La Compañía pagará a los beneficiarios de la póliza el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, si la muerte accidental del Asegurado, definida en los términos del numeral 6.1 de la presente cláusula, se produce mientras el Asegurado hubiera estado viajando, subiendo o descendiendo de cualquier medio de transporte público (terrestre o acuático) bajo la condición de pasajero. Es condición necesaria que el mencionado medio de transporte tenga la licencia respectiva para transportar pasajeros así como haberse realizado el pago respectivo por el pasaje.

El pago de la cobertura de “Muerte Accidental en Transporte Público” excluye el pago de la cobertura de “Muerte Accidental Básica”.

6.3 Muerte Accidental en Transporte Aéreo:

La Compañía pagará a los beneficiarios de la póliza el capital asegurado señalado en las **Condiciones Particulares** para la presente cobertura, si la muerte accidental del Asegurado, definida en los términos del numeral 6.1 de la presente cláusula, se produce mientras el Asegurado hubiera estado viajando en la condición de pasajero en avión operado por una empresa aérea 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.

El pago de la cobertura de “Muerte Accidental en Transporte Aéreo” excluye el pago de las coberturas de “Muerte Accidental Básica” y de “Muerte Accidental en Transporte Público”.

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

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

Los años póliza son contados desde la fecha indicada en las **Condiciones Particulares** como Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza. 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.

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**.

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

Si se comprobare 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 comprobare 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 se comprobare 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

La primera prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza. Se requiere el pago por adelantado de esta prima inicial para que la cobertura entre en vigencia. El resto de 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 que, en caso no regularice el pago de la prima adeudada dentro del plazo que le informe, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida

automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. **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 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 los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de accidentes personales.

Asimismo, se deja expresa constancia que las comunicaciones referidas en la presente cláusula, deberán ser notificadas al domicilio contractual fijado por las partes para efectos del presente seguro. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del Contratante, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación.

DÉCIMO SEGUNDA: REHABILITACIÓN LEGAL

El Contratante podrá solicitar a la Compañía la “rehabilitación legal” de la póliza, en caso la cobertura del seguro hubiere quedado suspendida por falta de 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 legal” 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: REHABILITACIÓN CONVENCIONAL

Sin perjuicio de lo dispuesto en la Cláusula Décimo Segunda precedente, el Contratante podrá solicitar a la Compañía la “rehabilitación convencional” de la póliza que hubiere quedado resuelta o extinguida por falta de regularización de pagos de primas, dentro del año siguiente a la fecha de resolución o extinción, con la finalidad de restablecer los términos originales de la póliza.

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

Suscribir el formato de Solicitud de Rehabilitación Convencional entregado por la Compañía.
Ofrecer evidencias de asegurabilidad sobre el Asegurado que sean requeridas por la Compañía; siendo de cargo del Contratante los gastos que pudiera originar esta comprobación.
Pagar por adelantado la prima correspondiente al siguiente periodo de cobertura.

La póliza volverá a tener vigencia a partir de las 00:00 horas del primer día del mes siguiente a aquél en que la Compañía haya aprobado por escrito la solicitud de rehabilitación convencional (fecha de rehabilitación convencional). **La Compañía sólo responderá por los siniestros ocurridos con posterioridad a dicha fecha, de conformidad con los términos de la presente póliza.**

La sola entrega a la Compañía del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de volver a poner en vigencia la póliza, si previamente no ha habido aceptación expresa y escrita de la Compañía, firmada por un funcionario autorizado, a la solicitud presentada por el Contratante. **El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía de devolver la prima que hubiera recibido como adelanto por este concepto, sin responsabilidad ulterior.**

DÉCIMO CUARTA: RENOVACIÓN

Esta póliza se emite con vigencia anual. Transcurrido este periodo, 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, mediante documento escrito, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al inicio del periodo de renovación automática aplicable. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima 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 de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual 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 QUINTA: 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.

Sin perjuicio de lo antes expuesto, la Compañía podrá modificar las condiciones contractuales a la renovación anual de la póliza, conforme a lo indicado en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Renovación”. Una vez renovada la póliza en iguales o distintas condiciones, se procederá conforme a lo establecido en el párrafo anterior y del mismo modo en cada periodo de renovación siguiente, mientras el contrato de seguro se mantenga vigente.

DÉCIMO SEXTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

1. Por desistimiento del Contratante respecto de su solicitud de seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “De los documentos – Derecho de Arrepentimiento”.
2. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Contratante respecto de la propuesta de revisión de la póliza efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.
3. Por falta de 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 Cuarta 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 Vigésimo Primera 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 Segunda 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 Cuarta 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, en caso de haberse contratado una frecuencia de pago mayor a la mensual (ya sea semestral o anual) y la resolución o extinción de la póliza se produjese antes de transcurridos la totalidad de los meses del periodo efectivamente pagado; la Compañía, cuando corresponda, devolverá al Contratante la parte proporcional de la prima por los meses completos no transcurridos.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el contrato de seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia si, al momento de la contratación del seguro, el Contratante y/o el Asegurado incurren en declaración falsa, inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado"; o, si se 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".

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 SÉTIMA: EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

Este contrato de seguros no cubre el fallecimiento del Asegurado, cuando el deceso se produjera directa o indirectamente 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, 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, como: carreras de automóviles, motocicletas, lanchas motorizadas o a vela.
- 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, entendido por tales aquellas donde se pone 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, anestésicos y similares.
- m) 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.
- 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 OCTAVA: 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.

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**.

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 NOVENA: 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 a

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.

VIGÉSIMA: 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. Asimismo, deberán suministrar a la Compañía las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del accidente y la forma en que se produjo.

Los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, deberán presentar el formato de declaración de siniestro proporcionado por la Compañía, debidamente llenado, adjuntando el original o copia certificada notarialmente de los siguientes documentos:

- a) Partida de defunción o acta de defunción.
- b) Certificado médico de defunción completo.
- c) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía),
- d) Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.
- e) Protocolo de Necropsia de Ley completo.
- f) Resultado toxicológico.
- g) Resultado del examen de dosaje etílico.
- h) 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.
- i) 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 reanudará al día siguiente de completada toda la documentación adicional que sea requerida por la Compañía.

En caso de fallecimiento, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del mismo, debiendo 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 el cuerpo del Asegurado fallecido sea embalsamado o sometido a un tratamiento o proceso a los que se refiere el párrafo precedente, sin que la Compañía haya efectuado los exámenes que considere convenientes a efectos de determinar las causas del fallecimiento, o se haya pronunciado respecto a la cobertura del siniestro, **la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar la indemnización o beneficio pactado, en tanto ese hecho afecte la posibilidad de la Compañía de verificar o determinar las causas y circunstancias del siniestro.**

En los casos en los que exista un procedimiento judicial, administrativo o arbitral en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa –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 definitiva consentida. Lo antes expuesto no afecta el derecho de la Compañía de apersonarse al proceso.

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

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; **salvo en los casos establecidos en el sexto y séptimo párrafo de esta cláusula.**

VIGÉSIMO PRIMERA: 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 Contratante, 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 SEGUNDA: 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 período de seguro en curso.

VIGÉSIMO TERCERA: 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 falsa, 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 CUARTA: 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. **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.**

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 QUINTA: 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. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor.

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 SEXTA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, 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 SÉTIMA: 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 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.**

VIGÉSIMO OCTAVA: PRESCRIPCIÓN

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

Cumplido el plazo de prescripción, sin que 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 NOVENA: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

TRIGÉSIMA: 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.

TRIGÉSIMO PRIMERA: MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos de las obligaciones pactadas en el presente contrato, en la moneda prevista en las Condiciones Particulares del Contrato de Seguro. No procederá la modificación de la moneda indicada en las **Condiciones Particulares**, salvo por lo dispuesto a continuación.

También se deja claramente establecido que si la moneda prevista en las Condiciones Particulares del presente Contrato de Seguro, no fuese la de curso legal en el Perú, y como consecuencia de: (i) cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central de Reserva del Perú o (ii) por mandato de cualquier norma legal, o (iii) por cualquier otra razón ajena al control de la Compañía:

La Compañía, el Contratante, o el Asegurado no pudiera o no le estuviera permitido obtener la moneda extranjera en el mercado; o
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.

TRIGÉSIMO SEGUNDA: 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 que ofrezcan simultáneamente las coberturas de Muerte Accidental Básica, Muerte Accidental en Transporte Público y Muerte Accidental en Transporte Aéreo, además del contenido en la presente póliza; el monto total asegurable por la Compañía no deberá exceder los US\$ 100,000.00 (Cien Mil y 00/100 Dólares Americanos) de suma asegurada por la cobertura de Muerte Accidental Básica. En caso contrario, el monto asegurable máximo que la Compañía pagará a una persona por concepto de Muerte Accidental será: a) US\$ 100,000.00 ante cualquier evento de accidente, b) US\$ 200,000.00 por Muerte Accidental en Transporte Público; y, c) US\$ 300,000.00 en el caso de Muerte Accidental en Transporte Aéreo, y la Compañía devolverá el porcentaje de las primas de este seguro correspondientes al exceso.

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

“ACCIDENTES COBERTURA TOTAL”

**CLÁUSULA ADICIONAL
“MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS APLICABLE”**

Esta Cláusula Adicional forma parte integrante de la póliza y se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza.

PRIMERA: CONVENIO ARBITRAL

Toda discrepancia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado y/o los Beneficiarios del seguro, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la validez, interpretación de los términos del presente contrato de seguro, de la responsabilidad u obligación de la Compañía o por cualquier otra causa, será resuelta por medio de un arbitraje de derecho, cuyo Tribunal estará compuesto por tres (3) árbitros que serán designados uno por cada parte, y el tercero, quien presidirá el Tribunal, será elegido de mutuo acuerdo entre los árbitros designados. Dicho Tribunal Arbitral, que resolverá las controversias planteadas de acuerdo al procedimiento establecido en el Decreto Legislativo N° 1071 o en la norma que lo sustituya, tendrá como sede la ciudad de Lima.

El laudo que se expida el Tribunal Arbitral será definitivo y obligatorio y, en consecuencia, las partes renuncian expresamente a la interposición de los recursos de apelación y nulidad, salvo en los casos expresamente previstos en el Decreto Legislativo N° 1071 o en la norma que lo sustituya.

Las partes acuerdan que los gastos de arbitraje serán asumidos en igual proporción por cada una de las partes, empero a pedido de parte, el Tribunal podrá condenar a la parte vencida al pago de la totalidad de dichos gastos.

SEGUNDA: COMPETENCIA JUDICIAL

En caso el monto de la controversia sea igual o inferior al monto establecido por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP de acuerdo a lo previsto en el artículo 46° de la Ley 29946, Ley del Contrato de Seguro (límite económico); el reclamante (Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios) podrá recurrir a la vía judicial, para cuyo efecto las partes se someten a la competencia y jurisdicción de los juzgados y tribunales del Estado Peruano. Actualmente, la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP ha fijado el límite económico en veinte (20) UIT's; sin embargo, para los efectos de la presente cláusula adicional se utilizará el límite económico vigente al momento de la presentación de la demanda o solicitud de arbitraje, según corresponda.

Si la controversia afecta la procedencia de la cobertura o el monto de la suma asegurada, se considerará como monto de la controversia el monto total de la suma asegurada, sin perjuicio de que el reclamante únicamente sea titular de parte de la misma. Los titulares de la parte restante de la suma asegurada tendrán derecho a intervenir en el proceso que sea aplicable, cuyos resultados les serán oponibles.

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

“ACCIDENTES COBERTURA TOTAL”

**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 cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Beneficiario:** 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 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 directa de un accidente, ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional y dentro de los límites de edad prefijados, el Asegurado sufriera lesiones que le provoquen alguna de las formas de invalidez o desmembramiento cubiertos, la Compañía pagará los porcentajes que se indican a continuación sobre el capital asegurado de esta Cláusula Adicional, señalado en las Condiciones Particulares de la póliza:

Coberturas de Desmembramiento:

- a) El 100% por la pérdida total de:
 - La visión de ambos ojos, o
 - Ambos brazos o ambas manos, o
 - Ambas piernas o ambos pies, o
 - Una mano y un pie.

- b) El 50% por la pérdida total de:
 - La audición completa de ambos oídos, o
 - Un brazo, o
 - Una mano, o
 - Una pierna, o
 - Un pie, o
 - La visión de un ojo en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido ceguera total del otro, antes de contratar esta Cláusula Adicional.

- c) El 35% por la pérdida total de:
 - La visión de un ojo en caso de que no existiera ceguera total del otro, antes de contratar esta Cláusula Adicional.

- d) El 25% por la pérdida total de:
 - La audición completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido sordera total del otro, antes de contratar esta Cláusula Adicional.

Cobertura de Invalidez Total y Permanente:

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

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

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

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

TERCERA: 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, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento. Esto se cumplirá siempre y cuando el seguro principal esté vigente, el accidente ocurra como máximo durante el año póliza en el cual el Asegurado cumpla setenta (70) años de edad y 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 directa 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.

SEXTA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

Junto con el aviso de siniestro, se deberá proporcionar a la Compañía los originales o copias certificadas notarialmente de los siguientes documentos:

En caso de desmembramiento	En caso de invalidez
1. Historia Clínica completa, foleada y fedateada. ⁽¹⁾	1. Certificado o Dictamen Médico. ⁽²⁾

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

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

El Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la invalidez total y permanente. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía. Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la Compañía los documentos indicados antes indicados y 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** de noventa (90) días consecutivos a que se refiere la Cláusula Segunda del presente documento, si ha ocurrido la Invalidez Total y Permanente del Asegurado. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculadas al siniestro que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

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

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

- (i) Solicitar a la Compañía la reconsideración de su pronunciamiento; o,

- (ii) Acudir a las vías de solución de controversias pertinentes (Defensoría del Asegurado, Indecopi o al Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable acordado para el presente seguro).

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

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

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**.

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 tuvieran 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 COBERTURA TOTAL”

**CLÁUSULA ADICIONAL
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE**

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 considerará como único beneficiario de esta Cláusula Adicional al propio Asegurado.
- **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.
- **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.**
- **Período de Franquicia:** Número de días consecutivos durante los cuales no se devenga indemnización, consignado en las Condiciones Particulares y contado desde el primer día en que se realice la hospitalización del Asegurado.
- **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 pagará al Asegurado la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, cuando a consecuencia directa de un accidente, el Asegurado deba ser internado necesariamente en un hospital por disposición de un médico, durante un tiempo mayor al período de franquicia y en tanto el internamiento se suscite dentro de las 72 horas de producido dicho accidente. 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 cobertura.

El período máximo de días consecutivos y de días no consecutivos de hospitalización a indemnizar durante un año póliza, se señalan en las Condiciones Particulares. Los periodos máximos a indemnizar antes referidos se reactivarán en cada renovación de la presente póliza hasta alcanzar el monto máximo indemnizable que se indica en las Condiciones Particulares.

La suma a indemnizar por esta Cláusula Adicional será pagada independientemente y sin causar efecto sobre el capital asegurado del resto de coberturas que hubieren sido contratadas.

CUARTA: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la hospitalización del Asegurado que se lleve a cabo a consecuencia 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 de esta Cláusula Adicional.
- 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).
- f) Tratamiento de lumbalgias.
- g) Tentativa de suicidio.

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

CUARTA: PERIODO DE FRANQUICIA

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a esta Cláusula Adicional, solamente si el Asegurado permanece hospitalizado durante un período mayor al “Período de Franquicia” señalado en las Condiciones Particulares; es decir, que el beneficio se calculará a partir del siguiente día de hospitalización, luego de vencido el referido “Período de Franquicia”.

El “Período de Franquicia” será tomado en cuenta cada vez que el Asegurado sea internado en un hospital, independientemente de las hospitalizaciones previas que puedan haber existido durante la vigencia 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 las indemnizaciones pagadas por concepto de esta cobertura durante todo el periodo de vigencia de la póliza, incluyendo las renovaciones, alcancen el monto máximo indemnizable que se indica en las Condiciones Particulares.

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.

SEXTA: 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, adjuntando para ello la Historia Clínica Completa conforme a los términos que se indican en el seguro principal, acompañada de los documentos que comprueben que estuvo hospitalizado, la institución, el médico o médicos que lo atendieron, el motivo de internamiento y el tiempo de la hospitalización. Tal documentación deberá ser presentada en el domicilio físico de la Compañía dentro de los siete (7) días de transcurrido el periodo de hospitalización, o dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la existencia del beneficio si es posterior al referido periodo de hospitalización.

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.

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. 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 pagará al Asegurado la indemnización correspondiente al número de días de hospitalización que haya tenido dicha persona, contados a partir del fin del período de franquicia. La indemnización se calculará multiplicando el número de días consecutivos de hospitalización del Asegurado disminuido en el período de franquicia, por el capital diario asegurado que corresponda al tipo de hospitalización que hubiera tenido el Asegurado.

La presente cobertura distingue dos tipos de hospitalizaciones a saber:

- (i) **Hospitalización Básica, que supone la Hospitalización del Asegurado en una habitación o Unidad distinta a la Unidad de Cuidados Intensivos, en cuyo caso se pagará la cobertura de Indemnización diaria por hospitalización Básica a causa de accidente; y**
- (ii) **Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos – UCI, que supone la Hospitalización del Asegurado en una habitación o Unidad de Cuidados Intensivos, en cuyo caso se pagará la cobertura de Indemnización diaria por hospitalización UCI a causa de accidente.**

La indemnización diaria que corresponde a cada tipo de hospitalización se especifica en las Condiciones Particulares 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**.

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 tuvieran el Contratante o el Asegurado en relación con la presente póliza.**

En caso de producirse más de un período de hospitalización durante un año póliza, los montos a indemnizar por cada período de hospitalización se calcularán y pagarán independientemente, pero sin exceder el periodo máximo de días consecutivos y no consecutivos por año póliza y el monto máximo indemnizable señalados en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio de esta Cláusula Adicional no implicará el cese del cobro de la prima correspondiente.

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

“ACCIDENTES COBERTURA TOTAL”

**CLÁUSULA ADICIONAL
BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL 3x1 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.

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para la presente Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

- **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.
- **Edad:** Para efectos del presente seguro se considerará como edad a la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

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

SEGUNDA: EDAD

Para la contratación de la presente Cláusula Adicional, 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.

Si se comprobare que la edad actuarial del Asegurado era menor a la declarada, la Compañía procederá a restituir el exceso de la prima percibida sin intereses. Por otro lado, si se comprobare 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 se comprobare que el Asegurado superaba la “Edad Máxima de Ingreso” a la fecha de contratación del seguro, esta Cláusula Adicional será nula y la Compañía devolverá el exceso de las primas pagadas por el Contratante sin intereses.

TERCERA: COBERTURA

3.1 Muerte Accidental Básica:

La Compañía pagará al beneficiario de la presente Cláusula Adicional el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, en caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma. Se hará distinción en aquellos accidentes ocurridos en algún tipo de transporte público, así como los accidentes ocurridos en transporte aéreo.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la muerte sea consecuencia directa 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.

3.2 Muerte Accidental en Transporte Público (Terrestre o Acuático):

La Compañía pagará al beneficiario de la presente Cláusula Adicional el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, si la muerte accidental del Asegurado, definida en los términos del numeral 3.1 de la presente cláusula, se produce mientras el Asegurado hubiera estado viajando, subiendo o descendiendo de cualquier medio de transporte público (terrestre o acuático) bajo la condición de pasajero. Es condición necesaria que el mencionado medio de transporte tenga la licencia respectiva para transportar pasajeros así como haberse realizado el pago respectivo por el pasaje.

El pago de la cobertura de “Muerte Accidental en Transporte Público” excluye el pago de la cobertura de “Muerte Accidental Básica”.

3.3 Muerte Accidental en Transporte Aéreo:

La Compañía pagará al beneficiario de la presente Cláusula Adicional el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, si la muerte accidental del Asegurado, definida en los términos del numeral 3.1 de la presente cláusula, se produce mientras el Asegurado hubiera estado viajando en la condición de pasajero en avión operado por una empresa aérea 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.

El pago de la cobertura de “Muerte Accidental en Transporte Aéreo” excluye el pago de las coberturas de “Muerte Accidental Básica” y de “Muerte Accidental en Transporte Público”.

CUARTA: EXCLUSIONES

Rigen para las coberturas de la presente Cláusula Adicional las exclusiones establecidas para el Asegurado Principal en las Condiciones Generales del seguro principal.

QUINTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

La cobertura prevista por la presente Cláusula Adicional cesará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso el beneficiario estará facultado a presentar la solicitud de cobertura, de conformidad con lo dispuesto en la presente Cláusula Adicional y en el Seguro Principal.
- c) Al cumplirse el aniversario póliza en el cual el Asegurado cumpla la "Edad Máxima de Permanencia" indicada en las Condiciones Particulares.

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.

SEXTA: AVISO DE SINIESTRO 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 de ocurrencia del siniestro o a la fecha en la cual toma conocimiento de la existencia del beneficio, debiendo presentar la documentación exigida en las Condiciones Generales del seguro principal.

SÉTIMA: BENEFICIO INDEMNIZABLE

En caso que un accidente ocasione el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios el capital señalado en las **Condiciones Particulares** para la cobertura de Muerte Accidental del Cónyuge.

La forma de pago del beneficio por Muerte Accidental del Cónyuge será indicada 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**.

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 tuvieran el Contratante o el Asegurado en relación con la presente póliza.**

OCTAVA: BENEFICIARIO

Se considera beneficiario de la presente Cláusula Adicional al Asegurado Principal. 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.

NOVENA: PLURALIDAD DE SEGUROS

Dada la naturaleza indemnizatoria del presente seguro, el Contratante, el Asegurado Principal y Asegurado deberán declarar a solicitud de la Compañía si poseen pólizas contratadas de Accidentes Personales respecto del Asegurado, 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 falsa, inexacta o reticente sobre dicha información se aplicará lo estipulado en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales del seguro principal titulada: “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.**

DECIMA: 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 que ofrezcan simultáneamente las coberturas de Muerte Accidental Básica, Muerte Accidental en Transporte Público y Muerte Accidental en Transporte Aéreo, además del contenido en la presente póliza; el monto total asegurable por la Compañía no deberá exceder los US\$ 100,000.00 (Cien Mil y 00/100 Dólares Americanos) de suma asegurada por la cobertura de Muerte Accidental Básica. En caso contrario, el monto asegurable máximo que la Compañía pagará a una persona por concepto de Muerte Accidental será: a) US\$ 100,000.00 ante cualquier evento de accidente, b) US\$ 200,000.00 por Muerte Accidental en Transporte Público; y, c) US\$ 300,000.00 en el caso de Muerte Accidental en Transporte Aéreo, y la Compañía devolverá el porcentaje de las primas de este seguro correspondientes al exceso.

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 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 de Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental del Asegurado Principal.

SEGUNDA: PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN

Si a consecuencia directa 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 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, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento. Esto se cumplirá siempre y cuando el seguro principal esté vigente, el accidente ocurra como máximo durante el año póliza en el cual el Asegurado cumpla setenta (70) años de edad y 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 directa 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.

SEXTA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

Junto con el aviso de siniestro, se deberá proporcionar a la Compañía los originales o copias certificadas notarialmente de los siguientes documentos:

En caso de 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 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 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** de noventa (90) días consecutivos a que se refiere la Cláusula Segunda del presente documento, si ha ocurrido la Invalidez Total y Permanente del Asegurado. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculadas al siniestro que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

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

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

- (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**.

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 tuvieran 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 COBERTURA TOTAL”

CLÁUSULA ADICIONAL
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE
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 Indemnización diaria por Hospitalización a causa de Accidente 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 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.
- **Asegurado Principal:** 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. Si el Asegurado hubiese fallecido, se considerará como beneficiario al Asegurado Principal.
- **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.
- **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.**
- **Período de Franquicia:** Número de días consecutivos durante los cuales no se devenga indemnización, consignado en las Condiciones Particulares y contado desde el primer día en que se realice la hospitalización del Asegurado.
- **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.

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.

TERCERA: COBERTURA

La Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, cuando a consecuencia directa de un accidente, el Asegurado deba ser internado necesariamente en un hospital por disposición de un médico, durante un tiempo mayor al período de franquicia y en tanto el internamiento se suscite dentro de las 72 horas de producido dicho accidente. 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 cobertura.

El período máximo de días consecutivos y de días no consecutivos de hospitalización a indemnizar durante un año póliza, se señalan en las Condiciones Particulares. Los periodos máximos a indemnizar antes referidos se reactivarán en cada renovación de la presente póliza hasta alcanzar el monto máximo indemnizable que se indica en las Condiciones Particulares.

La suma a indemnizar por esta Cláusula Adicional será pagada independientemente y sin causar efecto sobre el capital asegurado del resto de coberturas que hubieren sido contratadas.

CUARTA: EXCLUSIONES

Rigen para la presente cobertura las exclusiones establecidas en la Cláusula Adicional de Indemnización diaria por Hospitalización a causa de Accidente del Asegurado Principal.

CUARTA: PERIODO DE FRANQUICIA

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a esta Cláusula Adicional, solamente si el Asegurado permanece hospitalizado durante un período mayor al “Período de Franquicia” señalado en las Condiciones Particulares; es decir, que el beneficio se calculará a partir del siguiente día de hospitalización, luego de vencido el referido “Período de Franquicia”.

El “Período de Franquicia” será tomado en cuenta cada vez que el Asegurado sea internado en un hospital, independientemente de las hospitalizaciones previas que puedan haber existido durante la vigencia 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:

- 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 las indemnizaciones pagadas por concepto de esta cobertura durante todo el periodo de vigencia de la póliza, incluyendo las renovaciones, alcancen el monto máximo indemnizable que se indica en las Condiciones Particulares.

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.

SEXTA: 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, adjuntando para ello la Historia Clínica Completa conforme a los términos que se indican en el seguro principal, acompañada de los documentos que comprueben que estuvo hospitalizado, la institución, el médico o médicos que lo atendieron, el motivo de internamiento y el tiempo de la hospitalización. Tal documentación deberá ser presentada en el domicilio físico de la Compañía dentro de los siete (7) días de transcurrido el periodo de hospitalización, o dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la existencia del beneficio si es posterior al referido periodo de hospitalización.

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.

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. 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 pagará al Asegurado la indemnización correspondiente al número de días de hospitalización que haya tenido dicha persona, contados a partir del fin del período de franquicia. La indemnización se calculará multiplicando el número de días consecutivos de hospitalización del Asegurado disminuido en el período de franquicia, por el capital diario asegurado que corresponda al tipo de hospitalización que hubiera tenido el Asegurado.

La presente cobertura distingue dos tipos de hospitalizaciones a saber:

- (iii) **Hospitalización Básica, que supone la Hospitalización del Asegurado en una habitación o Unidad distinta a la Unidad de Cuidados Intensivos, en cuyo caso se pagará la cobertura de Indemnización diaria por hospitalización Básica a causa de accidente; y**
- (iv) **Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos – UCI, que supone la Hospitalización del Asegurado en una habitación o Unidad de Cuidados Intensivos, en cuyo caso se pagará la cobertura de Indemnización diaria por hospitalización UCI a causa de accidente.**

La indemnización diaria que corresponde a cada tipo de hospitalización se especifica en las Condiciones Particulares 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**.

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 tuvieran el Contratante o el Asegurado en relación con la presente póliza.**

En caso de producirse más de un período de hospitalización durante un año póliza, los montos a indemnizar por cada período de hospitalización se calcularán y pagarán independientemente, pero sin exceder el período máximo de días consecutivos y no consecutivos por año póliza y el monto máximo indemnizable señalados en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio de esta Cláusula Adicional no implicará el cese del cobro de la prima correspondiente.