

CLÁUSULA ADICIONAL

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL (BPMA)

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.

Art. 1º: DEFINICIONES

Rigen para la presente Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

- Accidente: Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de los denominados accidentes médicos tales como: infarto del miocardio, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo que sufra el Asegurado.
- Asegurado: Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- Edad: Para efectos del presente seguro se considerará como edad, la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.
- Seguro Principal: El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

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

Art. 2º: EDAD

Al momento de contratación de la presente Cláusula Adicional, el Asegurado deberá tener entre dieciocho (18) y XX años de edad actuarial, permaneciendo como Asegurado hasta el fin del año póliza en el cual cumpla la edad de XX años de edad actuarial o hasta el fin de vigencia del seguro principal, lo que ocurra primero, lo que se detallará en las Condiciones Particulares.

Art. 3º: COBERTURA

La Compañía pagará al beneficiario de esta Cláusula Adicional, el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, si la causa adecuada del fallecimiento del Asegurado es consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, siempre y cuando el seguro principal y la presente Cláusula Adicional estén vigentes y la causa de fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones previstas en las Condiciones Generales de la póliza o en esta Cláusula Adicional.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de producido el accidente.

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

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

Art. 4º: EXCLUSIONES

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

- a) Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.
- b) La participación o práctica del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos, considerándose como tal deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichos deportes no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como 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.
- c) Realización o practica de una actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.

- d) Participación del Asegurado en actos temerarios, riñas y peleas o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales, aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Una actividad es notoriamente peligrosa cuando el peligro no deriva de un acto aislado u ocasional, sino de un acto que por sí mismo resulta peligroso en cualquier momento.
- e) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- f) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- g) Los accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en situación de embriaguez o drogas o en estado de sonambulismo. Se considera que el asegurado está en estado de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor o igual a 0.5 gr/lit. al momento del accidente. Para efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, se considerará que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional. La negativa del Asegurado o de sus familiares a los exámenes respectivos generará la presunción de que el Asegurado se encontraba en estado de embriaguez o bajo los efectos de alguna droga.
- h) El denominado "Accidente Cerebro Vascular" y los denominados "Accidentes Médicos", como los infartos de miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos y otros similares.
- i) Consecuencias no accidentales de embarazos o partos.
- j) Consecuencias de enfermedades diagnosticadas clínicamente de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa; así como los tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

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

Art. 5º: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

El monto de la prima correspondiente a la presente Cláusula Adicional y/o cualquier condición establecida en la misma podrán ser modificados en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente, debiendo la Compañía detallar las modificaciones en caracteres destacados. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias. En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la presente Cláusula Adicional se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo anual correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática.

Art. 6°: DURACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

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

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

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

Art. 7°: AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el(los) beneficiario(s) deberá(n) presentar una solicitud por la cobertura de conformidad con lo dispuesto en el seguro principal para el caso de Muerte Accidental.

Art. 8°: BENEFICIARIOS

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

CLÁUSULA ADICIONAL

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD (ITP)

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.

Art. 1º: 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 los denominados accidentes médicos tales como: infarto del miocardio, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo que sufra el Asegurado.
- Asegurado: Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- Edad: Para efectos del presente seguro se considerará como edad la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.
- Enfermedad preexistente: Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza. Se entiende enfermedad preexistente toda aquella enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o tomo medicinas recetadas o recomendadas por un médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación.
- 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: Cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de locomoción o prensión, tales como piernas y brazos.
- Órgano: Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función.
- Pérdida Total de un Órgano: La eliminación de una parte del cuerpo humano, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional o la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiológica, de uno más miembros o de uno o más y órganos, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro u organismo comprometido.
- Seguro Principal: El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

- **Invalidez Total y Permanente:** La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el Asegurado, por causa de enfermedad o Accidente y que le produzca un menoscabo irreversible de al menos 2/3 de su capacidad de trabajo.

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.

Aun cuando este contrato de seguros es un contrato privado sujeto a la Ley General del Sistema Bancario y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, y demás normas de seguros aplicables, la Invalidez Total y Permanente será evaluada conforme a las Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez del Sistema Privado de Pensiones” regulado por el Decreto Supremo N° 058-94-EF y Resolución N° 291-98-EF/SAFP. En todo caso, se consideran casos de Invalidez Total Permanente:

- a) La pérdida total de ambos ojos, de modo irreparable.
- b) La pérdida total de:
 - i. Ambos brazos.
 - ii. Ambas manos.
 - iii. Ambas piernas.
 - iv. Ambos pies, o
 - v. Un brazo o mano conjuntamente con una pierna o pie.

El término Invalidez que aparezca en lo sucesivo significará Invalidez Total y Permanente.

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

Art. 2°: EDAD

Al momento de contratación de esta Cláusula Adicional, el Asegurado deberá tener entre dieciocho (18) y XX años de edad actuarial con un límite de permanencia del Asegurado hasta el fin del año póliza en el cual cumpla los XX años de edad actuarial o hasta el fin de vigencia del seguro principal, lo que ocurra primero, lo que se detallará en las Condiciones Particulares.

Art. 3°: COBERTURA

En caso de Invalidez Total Permanente a consecuencia de enfermedad o accidente del Asegurado, la Compañía Aseguradora pagará al Asegurado en la fecha en que se dictamine la invalidez, siempre que se cumpla las siguientes condiciones:

- a) Que la póliza principal esté vigente.
- b) Que la invalidez Total Permanente se origine o configure por enfermedad originada o Accidente ocurrido durante la vigencia de la presente Cláusula Adicional y siempre que no se encuentren dentro de las Exclusiones.
- c) Que la invalidez total y permanente ocurra antes de finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla XXXXXXXX años de edad actuarial.
- d) Que la invalidez total y permanente se manifieste dentro de los 2 años siguientes al acaecimiento del accidente.

Para casos donde se ha determinado la aprobación del beneficio correspondiente a la cobertura de Invalidez Total Permanente a consecuencia de enfermedad o accidente (ITP) determinándose la aprobación del 100% del beneficio correspondiente a dicha cobertura y, el Asegurado hubiera contratado también una cobertura adicional de Invalidez Accidental y Desmembramiento (DESM); la Compañía indemnizará sólo la suma asegurada mayor contratada y resultante entre ambas coberturas adicionales. Una vez otorgado el beneficio, se dará término a la vigencia y contratación de las dos (02) coberturas indicadas en el presente párrafo.

Art. 4°: EXCLUSIONES

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

- a) Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.
- b) La participación o práctica del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos, considerándose como tal deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichos deportes no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como 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.
- c) Realización o practica de una actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de

fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.

- d) Participación del Asegurado en actos temerarios, riñas y peleas o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales, aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Una actividad es notoriamente peligrosa cuando el peligro no deriva de un acto aislado u ocasional, sino de un acto que por sí mismo resulta peligroso en cualquier momento.
- e) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- f) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- g) Los accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en situación de embriaguez o drogas o en estado de sonambulismo. Se considera que el asegurado está en estado de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor o igual a 0.5 gr/lit. al momento del accidente. Para efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, se considerará que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional. La negativa del Asegurado o de sus familiares a los exámenes respectivos generará la presunción de que el Asegurado se encontraba en estado de embriaguez o bajo los efectos de alguna droga.
- h) El denominado "Accidente Cerebro Vascular" y los denominados "Accidentes Médicos", como los infartos de miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos y otros similares.
- i) Consecuencias no accidentales de embarazos o partos.
- j) Consecuencias de enfermedades diagnosticadas clínicamente de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa; así como los tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- k) Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza. Se entiende enfermedad preexistente toda aquella enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomó medicinas recetadas o recomendadas por un médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación:

- La enfermedad se manifiesta; o
- La enfermedad es diagnosticada por un médico; o
- Un médico recomendó tratamiento para la enfermedad; o
- Existe cualquier síntoma obvio como tumoraciones, neoplasias, aneurismas, fibromas, quistes, deformaciones, entre otros; que si hubiese sido presentado a un médico hubiese resultado en el diagnóstico.
- Existe una lesión, condición, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro.

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

Art. 5°: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

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

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

Art. 6°: DURACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

- a) Cuando la Compañía realice el pago del beneficio correspondiente a esta Cláusula Adicional.
- b) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- c) Al finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla XX(XX) años de edad actuarial.

d) Por solicitud de resolución expresa del Contratante y/o Asegurado respecto de la presente Cláusula Adicional. La solicitud deberá ser presentada por escrito en el domicilio contractual de la Compañía, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación.

e) Por vencimiento del plazo de vigencia de la presente Cláusula Adicional o de los sucesivos plazos de renovación de ésta en caso (i) el Contratante manifieste su voluntad de no renovarla; o, (ii) no proceda su renovación por rechazo del Contratante respecto de la propuesta de modificación efectuada por la Compañía.

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

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

Art. 7º: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza, el Asegurado o sus beneficiarios deberán dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes al término del "Periodo de observación". Junto con el aviso de siniestro, se deberá proporcionar a la Compañía los originales o certificaciones de reproducción notarial (antes copias legalizadas) de los siguientes documentos:

a) En caso de Invalidez por enfermedad:

1. Certificado o Dictamen Médico (I)
2. Historia Clínica completa, foliada y fedateada (II)

b) En caso de Invalidez por accidente:

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

(I) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía o por algún organismo previsional (Comité Médico de las AFP – COMAFP o Comité Médico de la Superintendencia – COMEC). Cabe precisar que, ya sea el evaluador la Compañía o el COMEC o el COMAFP, la determinación del porcentaje de menoscabo de la capacidad de trabajo del Asegurado se realizará conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por el Decreto Supremo N° 058-94-EF y Resolución N° 291-98-EF/SAFP. 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.

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

El Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la invalidez total y permanente. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía. Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la Compañía los documentos antes indicados y someterse a las evaluaciones médicas requeridas por la Compañía, cabe indicar que dichos exámenes se realizarán en el plazo de 20 días dentro de los 30 días con los que cuenta la Compañía para evaluar la aceptación o rechazo del siniestro.

Art. 8°: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

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.

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

En caso el Asegurado no estuviese conforme con el pronunciamiento de la Compañía, podrá optar por: (i) Solicitar a la Compañía la reconsideración de su pronunciamiento; o, (ii) Acudir a las vías de solución de controversias pertinentes (Defensoría del Asegurado, Indecopi o al Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable acordado para el presente seguro).

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

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Cláusula Adicional y tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez", según la Resolución Decreto Supremo N° 058-94-EF y Resolución N° 291-98-EF/SAFP. La junta médica podrá

someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.

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

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

CLÁUSULA ADICIONAL

INVALIDEZ ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (DESM)

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.

Art. 1º: 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 los denominados accidentes médicos tales como: infarto del miocardio, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo que sufra el Asegurado.
- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Edad:** Para efectos del presente seguro se considerará como edad la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.
- **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: Cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de locomoción o prensión, tales como piernas y brazos.
- **Órgano:** Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función.
- **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.

Art. 2°: EDAD

Al momento de contratación de esta cláusula adicional, el Asegurado deberá tener entre dieciocho (18) y XX años de edad actuarial, pudiendo permanecer como Asegurado hasta el fin del año póliza en el cual cumpla la edad de XX años de edad actuarial o hasta el fin de vigencia del seguro principal, lo que ocurra primero, lo que se detallará en las Condiciones Particulares.

Art. 3°: 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 por 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.

- 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 el Decreto Supremo N° 058-94-EF y Resolución N° 291-98-EF/SAFP.

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.

Art. 4°: COBERTURA

La Compañía pagará hasta el 100% del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta Cláusula Adicional, de acuerdo a los porcentajes establecidos en el presente documento, si la persona designada en la misma como Asegurado sufriera, durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, algún accidente que determinase la causa directa de su Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento. Cabe indicar que se encuentra cubierta la invalidez que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia de la presente cláusula, y que se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

Esto se cumplirá siempre y cuando el seguro principal esté vigente y la invalidez ocurra antes de finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla xxxxx (xx) años de edad actuarial.

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

Para casos donde se ha determinado la aprobación del 100% del beneficio correspondiente a la cobertura por Invalidez Accidental y Desmembramiento (DESM) referido en el Art.3° del presente y, el Asegurado hubiera contratado también una cobertura adicional de Invalidez Total y Permanente por enfermedad y/o accidente (ITP); la Compañía indemnizará sólo la suma asegurada mayor contratada y resultante entre ambas coberturas adicionales. Una vez otorgado el beneficio, se dará término a la vigencia y contratación de las dos (02) coberturas indicadas en el presente párrafo.

Art. 5°: EXCLUSIONES

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

- a) Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.
- b) La participación o práctica del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos, considerándose como tal deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichos deportes no hayan sido

declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como 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.

- c) Realización o practica de una actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.
- d) Participación del Asegurado en actos temerarios, riñas y peleas o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales, aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Una actividad es notoriamente peligrosa cuando el peligro no deriva de un acto aislado u ocasional, sino de un acto que por sí mismo resulta peligroso en cualquier momento.
- e) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- f) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.

- g) Los accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en situación de embriaguez o drogas o en estado de sonambulismo. Se considera que el asegurado está en estado de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor o igual a 0.5 gr/lit. al momento del accidente. Para efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, se considerará que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional. La negativa del Asegurado o de sus familiares a los exámenes respectivos generará la presunción de que el Asegurado se encontraba en estado de embriaguez o bajo los efectos de alguna droga.
- h) El denominado “Accidente Cerebro Vascular” y los denominados “Accidentes Médicos”, como los infartos de miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos y otros similares.
- i) Consecuencias no accidentales de embarazos o partos.
- j) Consecuencias de enfermedades diagnosticadas clínicamente de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa; así como los tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- k) Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza. Se entiende enfermedad preexistente toda aquella enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomo medicinas recetadas o recomendadas por un médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación:
- La enfermedad se manifiesta; o
 - La enfermedad es diagnosticada por un médico; o
 - Un médico recomendó tratamiento para la enfermedad; o
 - Existe cualquier síntoma obvio como tumoraciones, neoplasias, aneurismas, fibromas, quistes, deformaciones, entre otros; que si hubiese sido presentado a un médico hubiese resultado en el diagnóstico.
 - Existe una lesión, condición, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro.

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

Art. 6°: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

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

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

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

Art. 7°: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

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

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

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

Art. 8°: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza, el Asegurado o sus beneficiarios deberán dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes al término del "Periodo de observación". Junto con el aviso de siniestro, se deberá proporcionar a la Compañía los originales o certificaciones de reproducción notarial (antes copias legalizadas) de los siguientes documentos:

1. En caso de desmembramiento:

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

2. En caso de invalidez:

- 1.1. Certificado o Dictamen Médico (II)
- 1.2. Historia Clínica completa, foleada y fedateada (I)
- 1.3. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal completa y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del accidente, salvo que razones procesales lo impidiesen.

(I) 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.

(II) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía o por algún organismo previsional (Comité Médico de las AFP – COMAFP o Comité Médico de la Superintendencia – COMEC). Cabe precisar que, ya sea el evaluador la Compañía o el COMEC o el COMAFP, la determinación del porcentaje de menoscabo de la capacidad de trabajo del Asegurado se realizará conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por el Decreto Supremo N° 058-94-EF y Resolución N° 291-98-EF/SAFP.

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.

Art. 9°: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ O DEL DESMEMBRAMIENTO

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.

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

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

En caso el Asegurado no estuviese conforme con el pronunciamiento de la Compañía, podrá optar por: (i) Solicitar a la Compañía la reconsideración de su pronunciamiento; o,

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

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

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Cláusula Adicional y tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez", según el Decreto Supremo N° 058-94-EF y Resolución N° 291-98-EF/SAFP.

La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.

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

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

CLAUSULA ADICIONAL

BENEFICIO EN VIDA POR ENFERMEDADES GRAVES

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

Art. 1º: DEFINICIONES

Rigen para la presente Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

- Asegurado: Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- Edad: Para efectos del presente seguro se considerará como edad la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.
- Enfermedad Grave: Para la presente Cláusula Adicional, únicamente tienen la condición de enfermedad grave y por tanto cobertura, las siguientes enfermedades:
 1. Cáncer: Tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión de tejidos, incluyendo la leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático, como la enfermedad de Hodgkin. Se excluye:
 - a. Carcinomas in situ no invasivos, tumores localizados no invasivos que muestran sólo cambios malignos tempranos.
 - b. Tumores asociados al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o a la condición de HIV positivo.
 - c. Cáncer de piel, salvo que se haya diagnosticado como melanoma maligno.
 - d. Leucemia linfocítica crónica.
 2. Infarto al Miocardio: También denominado ataque al corazón, trombosis coronaria u oclusión coronaria. Se define como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como consecuencia del deficiente suministro sanguíneo a la zona afectada. El diagnóstico debe ser inequívoco y debe basarse en todos los aspectos siguientes:
 - a. Antecedentes de dolores pectorales típicos
 - b. Cambios nuevos y relevantes detectados por electrocardiograma
 - c. Aumento de las enzimas cardíacas por encima de los valores aceptados como normales
- 2. Accidente Cerebro Vascular: Todo padecimiento cerebrovascular de duración superior a 24 horas, que produzca secuelas neurológicas persistentes de por lo menos treinta (30) días contados a partir del infarto cerebral e incluya la

destrucción del tejido cerebral causado por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extra craneal.

Se excluyen los padecimientos vasculares o isquémicos transitorios y los padecimientos lentamente reversibles.

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

5. Puente Aorto Coronario(by-pass): Es la cirugía corazón abierto que se realiza para la corrección de estenosis o bloqueo de dos (2) o más arterias coronarias con injertos de by-pass o puente coronario, diagnosticado por el resultado de una angiografía y/o coronariografía. Quedan excluidas las técnicas no quirúrgicas, tales como la angioplastia de balón y stent o la eliminación de una obstrucción mediante rayos láser y la cirugía no invasiva.

- 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.

Art. 2º: EDAD

Al momento de contratación de la presente Cláusula Adicional, el Asegurado deberá tener entre dieciocho (18) y XX años de edad actuarial, pudiendo permanecer como Asegurado hasta el fin del año póliza en el cual cumpla la edad de XX años de edad actuarial o hasta el fin de vigencia del seguro principal, lo que ocurra primero, lo que se detallará en las Condiciones Particulares.

Art. 3º: COBERTURA

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

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

Art. 4º: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura las enfermedades graves que sean causa adecuada de:

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

- f) Envenenamiento o inhalación de gas venenoso.
- g) Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza. Se entiende enfermedad preexistente toda aquella enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomo medicinas recetadas o recomendadas por un médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación:
 - La enfermedad se manifiesta; o
 - La enfermedad es diagnosticada por un médico; o
 - Un médico recomendó tratamiento para la enfermedad; o
 - Existe cualquier síntoma obvio como tumoraciones, neoplasias, aneurismas, fibromas, quistes, deformaciones, entre otros; que si hubiese sido presentado a un médico hubiese resultado en el diagnóstico.
 - Existe una lesión, condición, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro.

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

Art. 5°: PERIODO DE CARENCIA

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

Art. 6°: PERIODO DE SOBREVIVENCIA

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

Art. 7°: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

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

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

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

Art. 8°: DURACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

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

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

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

Art. 9°: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales del seguro principal, el Asegurado deberá comunicar por escrito a la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro, adjuntando para ello lo siguiente:

- Historia Clínica Completa conforme a los términos que se indican en el seguro principal y un informe escrito con el diagnóstico del especialista médico que asistió al Asegurado, acompañado con documentación que respalde tal diagnóstico, integrado por estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio. Tal documentación deberá ser presentada en el domicilio físico de la Compañía dentro de los siete (7) días luego de transcurrido el periodo de sobrevivencia establecido en la Cláusula Sexta del presente documento, o dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la existencia del beneficio si es posterior al referido periodo de sobrevivencia.

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

Art. 10°: DETERMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD GRAVE

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

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

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

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

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

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

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

Art. 11°: BENEFICIO INDEMNIZABLE

El beneficio indemnizable, en virtud de la presente Cláusula Adicional, será pagado al Asegurado o, en su defecto, a sus beneficiarios en una sola cuota después del diagnóstico final de la Compañía que confirme la enfermedad grave.

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

Art. 12°: OTRAS PROVISIONES

Bajo ninguna circunstancia, la suma total de los montos asegurados bajo esta Cláusula Adicional y cualquier otra póliza o Cláusula Adicional de enfermedades graves vendida por la Compañía, excederá el equivalente a cincuenta mil dólares estadounidenses (US\$ 50,000). Si por alguna razón se hubiera adquirido un monto por encima de este límite, las primas por dicho monto en exceso serán devueltas cuando se verifique el hecho y de producirse el siniestro, el máximo monto que la Compañía pagará a una persona por concepto de enfermedades graves será cincuenta mil dólares estadounidenses (US\$ 50,000).

CLÁUSULA ADICIONAL

EXONERACIÓN DE LA DEDUCCIÓN MENSUAL DE LA COBERTURA BÁSICA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

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

ART. 1º: 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 los denominados accidentes médicos tales como: infarto del miocardio, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo que sufra el Asegurado.
- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Edad:** Para efectos del presente seguro se considerará como edad la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.
- **Enfermedad o dolencia preexistente:** toda aquella enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomo medicinas recetadas o recomendadas por un médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación:
 - La enfermedad se manifiesta; o
 - La enfermedad es diagnosticada por un médico; o
 - Un médico recomendó tratamiento para la enfermedad; o
 - Existe cualquier síntoma obvio como tumoraciones, neoplasias, aneurismas, fibromas, quistes, deformaciones, entre otros; que si hubiese sido presentado a un médico hubiese resultado en el diagnóstico.
 - Existe una lesión, condición, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro.
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- **Miembro:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.

- Órgano: Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función. Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.
- Seguro Principal: El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.
- Invalidez Total y Permanente: A efectos de la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente el hecho que el Asegurado antes de finalizar el año póliza en el cual cumpla XX(XX) años de edad actuarial, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual que le produzca un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, debido a lesiones corporales o por enfermedad y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses consecutivos (Periodo de Observación). Si la invalidez cubierta consiste en la separación completa, en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, el Asegurado no tendrá que someterse a la espera de seis (6) meses para gozar del beneficio de esta Cláusula Adicional. Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Para la determinación de la invalidez será de aplicación supletoria las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución Decreto Supremo N° 058-94-EF y Resolución N° 291-98-EF/SAFP. En todo caso, se consideran casos de Invalidez Total Permanente:

a) La pérdida total de ambos ojos, de modo irreparable.

b) La pérdida total de:

- i) Ambos brazos.
- ii) Ambas manos.
- iii) Ambas piernas.
- iv) Ambos pies, o
- v) Un brazo o mano conjuntamente con una pierna o pie.

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

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

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

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

Art. 2°: EDAD

Al momento de contratación de la presente Cláusula Adicional, el Asegurado deberá tener entre dieciocho (18) y XX años de edad actuarial, pudiendo permanecer como Asegurado hasta el fin del

año póliza en el cual cumpla la edad de XX años de edad actuarial o hasta el fin de vigencia del seguro principal, lo que ocurra primero, lo que se detallará en las Condiciones Particulares.

Art. 3°: COBERTURA

En caso de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de accidente o enfermedad del Asegurado, conforme a la Cláusula Segunda del presente documento, la Compañía exonerará al Contratante del costo del seguro de vida previsto en la cobertura básica y esta Cláusula Adicional, así como del cargo mensual operativo del seguro principal, después de la fecha de la invalidez, determinada en la forma descrita en el artículo ocho del presente documento, por todo el tiempo que ésta persista, o hasta la fecha de finalización de la cobertura básica o hasta los XXXXXX años de edad actuarial del Asegurado, lo que ocurra primero.

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

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

Art. 4°: EXCLUSIONES

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

- a) Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza. Se entiende enfermedad preexistente toda aquella enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomo medicinas recetadas o recomendadas por un médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación:
 - La enfermedad se manifiesta; o
 - La enfermedad es diagnosticada por un médico; o
 - Un médico recomendó tratamiento para la enfermedad; o
 - Existe cualquier síntoma obvio como tumoraciones, neoplasias, aneurismas, fibromas, quistes, deformaciones, entre otros; que si hubiese sido presentado a un médico hubiese resultado en el diagnóstico.
 - Existe una lesión, condición, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro.
- b) Enfermedad congénita.
- c) Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.
- d) Participación del Asegurado en actos temerarios, riñas y peleas o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales,

aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Una actividad es notoriamente peligrosa cuando el peligro no deriva de un acto aislado u ocasional, sino de un acto que por sí mismo resulta peligroso en cualquier momento.

- e) La participación o práctica del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos, considerándose como tal deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichos deportes no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como 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.
- f) Realización o practica de una actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o toxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.
- g) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- h) Los accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en situación de embriaguez o drogas o en estado de sonambulismo. Se considera que el asegurado está en estado de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor o igual a 0.5 gr/lit. al momento del accidente. Para efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, se considerará que el grado de metabolización del alcohol en la

sangre es de 0.15 gr/lit por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional. La negativa del Asegurado o de sus familiares a los exámenes respectivos generará la presunción de que el Asegurado se encontraba en estado de embriaguez o bajo los efectos de alguna droga.

- i) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- j) Consecuencias de enfermedades diagnosticadas clínicamente de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa; así como los tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- k) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- l) Envenenamiento o inhalación de gas venenoso.

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

Art. 5°: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

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

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

Art. 6°: 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) Fallecimiento del Asegurado.
- c) Al finalizar el año póliza en el cual el Asegurado cumpla XXXXXX (XXXX) años de edad actuarial.
- d) Por solicitud de resolución expresa del Contratante y/o Asegurado respecto de la presente Cláusula Adicional. La solicitud deberá ser presentada por escrito en el domicilio contractual de la Compañía, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación.
- e) Por vencimiento del plazo de vigencia de la presente Cláusula Adicional o de los sucesivos plazos de renovación de ésta en caso (i) el Contratante manifieste su voluntad de no renovarla; o, (ii) no proceda su renovación por rechazo del Contratante respecto de la propuesta de modificación efectuada por la Compañía.

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

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

Art. 7°: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza, el Asegurado o sus beneficiarios, en su caso, deberán dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha del "Periodo de Observación".

Para los beneficiarios, este plazo correrá desde que toman conocimiento de la existencia del beneficio, en caso sea posterior. Junto con el aviso de siniestro, se deberá proporcionar a la Compañía los originales o las certificaciones de reproducción notarial (antes copias legalizadas) de los siguientes documentos:

- A. En caso de Invalidez por enfermedad:
 1. Certificado o Dictamen Médico (I)
 2. Historia Clínica completa, foleada y fedateada (II)

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

(I) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía o por algún organismo previsional (Comité Médico de las AFP – COMAFP o Comité Médico de la Superintendencia – COMEC). Cabe precisar que, ya sea el evaluador la Compañía o el COMEC o el COMAFP, la determinación del porcentaje de menoscabo de la capacidad de trabajo del Asegurado se efectuará conforme a las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por el Decreto Supremo N° 058-94-EF y Resolución N° 291-98-EF/SAFP. 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.

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

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

Art. 8°: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

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.

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

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

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

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

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

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

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

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Cláusula Adicional y tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez", según la Decreto Supremo N° 058-94-EF y Resolución N° 291-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.

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

Art. 9°: PERSISTENCIA DE LA INVALIDEZ

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

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

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

Art. 10°: CARÁCTER DE LOS BENEFICIOS

El presente beneficio es adicional e independiente de otros beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará deducción alguna, en concepto de primas y/o costos eximidos, del Beneficio por Fallecimiento del seguro principal al pagarse éste por fallecimiento del Asegurado. Se deja expresamente establecido que, una vez otorgado el beneficio previsto en esta Cláusula Adicional, no se podrán efectuar modificaciones en la Suma Asegurada.