

IMPORTANTE DEVOLVER FIRMADO

Señores:
PACIFICO VIDA

Estimados Señores:

Yo, SAHARA ALELUYA VIÑAS MUÑANTE hago de su conocimiento haber recibido conforme y en buen estado la póliza de Seguro de Accidentes Personales ACCIDENTES COBERTURA TOTAL (TOTAL BENEFIT-GUARANTEE LIFE PLUS) N° 86-024867/0.

____/____/____
Fecha

Firma del Contratante o Asegurado

Aclaración de Firma

En caso de entregarse a una persona distinta al Destinatario indicar:

Nombre: _____

Relación con Destinatario: _____

DNI: _____

Firma del Receptor

SÓLO PARA DETALLE DEL COURIER

No se pudo hacer efectiva la entrega de la póliza por:

☐ Dirección indicada en la póliza no existe

☐ Dirección indicada en la póliza errada

☐ No se ubica receptor

☐ Otros _____

16 de Abril de 2012

Señora
VIÑAS MUÑANTE, SAHARA ALELUYA
JR. JOSE FELIX BOGADO NRO 2539 - UR. LOS CIPRECES
LIMA-LIMA-LIMA

Estimada Señora VIÑAS:

Nos es grato saludarla y a la vez agradecerle por la confianza depositada en Pacífico Vida al contratar su Seguro de Accidentes Personales TOTAL BENEFIT. La felicitamos por la importante decisión de proteger a los que más quiere.

Adjunto encontrará el Condicionado Particular y General de su Póliza de Seguro de Accidentes Personales N° 86-024867/0. La obtención de la misma le brindará la tranquilidad de contar con la protección necesaria en el momento preciso, tanto para usted como para su familia.

De realizar usted cualquier cambio en su medio de pago, en sus datos personales y especialmente en la dirección de correspondencia, es de gran importancia que nos lo informe oportunamente para que su póliza pueda mantenerse vigente.

Asimismo, siempre pensando en ofrecerle lo mejor, hemos creado pacífico en línea, una nueva página de internet donde encontrará además de todos los datos de sus pólizas individuales, información de su interés y una variedad de servicios en línea creados de acuerdo a sus necesidades. Llame al 0800-1-VIDA (0800-1-8432) para solicitar el envío de su clave secreta para poder acceder de una manera confidencial y segura a todos sus datos.

Para cualquier consulta adicional no dude en contactarse con su Asesora de seguros COICO ROJAS, OLINDA CAROLINA, al teléfono (1) 6115245, o directamente, de manera gratuita, con nuestra Central de Atención al Asegurado 0-800-1-VIDA (0-800-1-8432), donde gustosamente lo atenderemos.

Cordialmente.



Armando Mejía
Gerente Central Comercial Vida
Individual

BENEFICIOS ADICIONALES

Estimada Señora VIÑAS:

Por la confianza depositada en Pacífico Vida al haber adquirido su póliza de seguro de Accidentes Personales Accidentes Cobertura Total (Total Benefit-Guarantee Life Plus) N° 86-024867/0, hemos suscrito un convenio con una entidad proveedora de servicios de salud, a fin que usted y tres (3) miembros de su familia que compartan el mismo domicilio puedan acceder durante un (1) año a los siguientes servicios, dos de ellos sin costo adicional para usted, y uno de ellos a un costo preferencial:

- Servicio de Orientación Médica Telefónica a través del Call Médico.
Este servicio de orientación básica es brindado las 24 horas del día y los 365 días del año. No incluye prescripción médica
- Servicio de Atención y Traslado de Emergencias Accidentales
Este servicio será brindado las 24 horas del día y los 365 días del año. El tiempo de demora aproximado será informado al momento de solicitar el servicio y podrá solicitarse como máximo dos (2) servicios de atención y traslado de emergencia durante la vigencia anual de su póliza. Sólo se atenderán emergencias accidentales, entendidas como lesiones sufridas directamente por la acción repentina de un agente externo, causado de forma violenta, fortuita, imprevista e involuntaria, y en forma independiente de cualquier otra causa. Y el traslado será del lugar del suceso a un hospital o clínica.
- Servicio de Atención Médica a Domicilio
Este servicio será brindado de lunes a sábado, en el horario de 09:00 horas a 18:00 horas, pagando una tarifa de S/.30.00 (incluye IGV) por atención (no incluye farmacia, laboratorio ni imágenes). La atención será brindada por un médico general, no incluye atención de médicos especialistas. El pago se efectúa al proveedor del servicio al momento de la atención.

Los servicios serán prestados solamente en los distritos de la provincia de Lima, que se indican a pie de página¹

Estos son beneficios exclusivos que se ofrecen solo a los titulares de la póliza de seguro de Accidentes Personales Accidentes Cobertura Total (Total Benefit-Guarantee Life Plus)² (*) y a los que podrá acceder en tanto al momento de solicitarlos su Póliza N° 86-024867/0, se encuentre vigente.

Para solicitar estos servicios sólo debe llamar al 415-1515 e identificarse como asegurado de la Póliza N° 86-024867/0 de Pacífico Vida, a efectos de coordinar su solicitud de servicio con la empresa proveedora.

Los beneficios provenientes del Convenio celebrado entre Pacífico Vida y la empresa proveedora del servicio de asistencia médica³, al ser prestados por terceros distintos a Pacífico Vida, pueden ser suspendidos sin expresión de causa.

Los Servicios prestados antes detallados son de exclusiva responsabilidad de la empresa proveedora y su red de prestadores, no cabiéndole a Pacífico Vida ninguna responsabilidad en la prestación de los mismos.

Atentamente,

Armando Mejía
Gerente Central Comercial Vida Individual

¹ Cercado de Lima, La Victoria, San Borja, San Miguel, Breña, Pueblo Libre, Jesús María, Lince, Magdalena Surco, Surquillo, Miraflores, San Isidro, Callao, La Punta, La Perla, Bellavista, Carmen de la Legua, Los Olivos, San Martín de Porres, Rimac, Comas, San Juan de Lurigancho, El Agustino, Santa Anita, San Luis, Ate, Vitarte, La Molina, Chorrillos, Barranco, Villa El Salvador, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo.

² Beneficios sólo aplicables para las pólizas emitidas a partir del 17 de abril de 2008, y no aplicables a los titulares de otros productos de seguros.

³ Asociación Civil Asistencia Social Cristal

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

**ACCIDENTES COBERTURA TOTAL (TOTAL BENEFIT-GUARANTEE LIFE PLUS)
FAMILIAR**

SOLICITUD DE PÓLIZA N° : 80579486

PÓLIZA N° : 86-024867/0

CÓDIGO DE REGISTRO SBS : AE2006120095

ASEGURADO : VIÑAS MUÑANTE. SAHARA ALELUYA

CONTRATANTE : VIÑAS MUÑANTE. SAHARA ALELUYA

ACCIDENTES COBERTURA TOTAL (TOTAL BENEFIT-GUARANTEE LIFE PLUS) FAMILIAR

**RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE
CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA**

DATOS DE LA PÓLIZA

N° DE SOLICITUD : 80579486

MONEDA DEL CONTRATO : Dólares Estadounidenses

FECHA DE EMISIÓN (IMPRESIÓN DE LA PÓLIZA) : 11/04/2012

FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA RENOVABLE: 31/03/2013

FECHA DE ÚLTIMA RENOVACIÓN POSIBLE : 01/04/2049

N° DE PÓLIZA : 86-024867/0

PLAZO DE CONTRATACION : 1 Año

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA : 01/04/2012

COBERTURA BÁSICA Y CLÁUSULAS ADICIONALES PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL DE ESTA PÓLIZA

BENEFICIO	INICIO DE VIGENCIA	FIN DE VIGENCIA	SUMA ASEGURADA ¹	PERIODO DE FRANQUICIA	N° CUOTAS ² Y PERIODICIDAD
Muerte Accidental Básica	01/04/2012	31/03/2013	30,000.00	No Aplicable	1
Muerte Accidental Transporte Público (Terrestre o Acuático)	01/04/2012	31/03/2013	60,000.00 ³	No Aplicable	1
Muerte Accidental Transporte Aéreo	01/04/2012	31/03/2013	90,000.00 ⁴	No Aplicable	1
Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental	01/04/2012	31/03/2013	30,000.00	No Aplicable	1
Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente - Básica	01/04/2012	31/03/2013	35.00	1 Día	No Aplicable
Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente - UCI	01/04/2012	31/03/2013	70.00	1 Día	No Aplicable

¹ La suma asegurada será pagada en una cuota o dividida en el número de cuotas conforme a lo establecido en la última columna.

² El monto de la cuota resultante será dividida entre los beneficiarios de acuerdo a los porcentajes establecidos para cada uno.

³ Resultado de la cobertura de Muerte Accidental Básica más el monto por la Cobertura de Muerte Accidental Transporte Público (Sólo Terrestre y Acuático).

⁴ Resultado de la cobertura de Muerte Accidental Básica más el monto por la Cobertura de Muerte Accidental Transporte Público más el monto por la cobertura de Muerte Accidental Transporte Aéreo.

LA COBERTURA DE INDEMNIZACION POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE ACCIDENTE ESTA SUJETA A UN MONTO MAXIMO INDEMNIZABLE DURANTE TODA LA VIGENCIA DE LA POLIZA DE 12,600.00

ACCIDENTES COBERTURA TOTAL (TOTAL BENEFIT-GUARANTEE LIFE PLUS) FAMILIAR

**RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE
CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA**

DATOS DE LA PÓLIZA

BENEFICIARIOS PRINCIPALES

NOMBRES	%	PARENTESCO	FORMA DE PAGO
GUILLERMO ANDRE SOZA VIÑAS	40.00	Hijo	Pago Único
JULIO GUILLERMO SOZA CHECA	20.00	Cónyuge (Esposo - Esposa)	Pago Único



Armando Mejía
Gerente Central Comercial Vida Individual



Eduardo Miyahira
Gerente de Operaciones

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA
ASEGURADO

NOMBRE : VIÑAS MUÑANTE. SAHARA ALELUYA
FECHA DE NACIMIENTO : 24/01/1980 EDAD AL INICIO DEL CONTRATO : 32 años
TIPO Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD : DNI - 40518579
DOMICILIO : JR. JOSE FELIX BOGADO NRO 2539 - UR. LOS CIPRECES LIMA-LIMA-LIMA
ENVIO DE CORRESPONDENCIA : JR. JOSE FELIX BOGADO NRO 2539 - UR. LOS CIPRECES LIMA-LIMA-LIMA

CONTRATANTE

NOMBRE : VIÑAS MUÑANTE. SAHARA ALELUYA
TIPO Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD : DNI - 40518579
DIRECCION : JR. JOSE FELIX BOGADO NRO 2539 - UR. LOS CIPRECES
LIMA-LIMA-LIMA

PRIMA

PRIMA NETA	US\$	14.98
RECARGOS	US\$	0.00
DERECHO DE EMISION	US\$	0.45
I.G.V.	US\$	2.78
PRIMA BRUTA	US\$	18.21

FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA : Mensual
FORMA DE PAGO PRIMA : Cargo Automático en VISA

Nuestras primas son establecidas y pactadas en Dólares Americanos de conformidad con el artículo 1237 del Código Civil. Si el cliente opta por pagar la prima en Nuevos Soles deberá utilizar el tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago.

La presente Póliza, la solicitud, los endosos y las cláusulas adicionales que se anexan a ella forman parte integrante de este contrato. Toda omisión, simulación, o falsedad en las declaraciones que haga el ASEGURADO y/o CONTRATANTE en la solicitud respectiva, anula de hecho el contrato y, en consecuencia, toda obligación de PACÍFICO VIDA, de acuerdo al Art.376° del Código de Comercio.

La vigencia de ésta póliza está condicionada a que se efectúe el cobro de la primera prima del seguro.

ASEGURADO ADICIONAL

NOMBRES	PARENTESCO	DOCUMENTO	FEC. NAC	EDAD

BENEFICIOS DEL ASEGURADO ADICIONAL

BENEFICIOS DEL CÓNYUGE	INICIO DE VIGENCIA	FIN DE VIGENCIA	SUMA ASEGURADA ¹	PERIODO DE FRANQUICIA	N° CUOTAS ² Y PERIODICIDAD
Muerte Accidental Básica	01/04/2012	31/03/2013	15,000.00	No Aplicable	1
Muerte Accidental Transporte Público (Terrestre o Acuático)	01/04/2012	31/03/2013	30,000.00 ³	No Aplicable	1
Muerte Accidental Transporte Aéreo	01/04/2012	31/03/2013	45,000.00 ⁴	No Aplicable	1
Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental	01/04/2012	31/03/2013	15,000.00	No Aplicable	1
Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente - Básica	01/04/2012	31/03/2013	17.50	1 Día	No Aplicable
Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente - UCI	01/04/2012	31/03/2013	35.00	1 Día	No Aplicable

¹ La suma asegurada será pagada en una cuota o dividida en el número de cuotas conforme a lo establecido en la última columna.

² El monto de la cuota resultante será dividida entre los beneficiarios de acuerdo a los porcentajes establecidos para cada uno.

³ Resultado de la cobertura de Muerte Accidental Básica más el monto por la Cobertura de Muerte Accidental Transporte Público (Sólo Terrestre y Acuático).

⁴ Resultado de la cobertura de Muerte Accidental Básica más el monto por la Cobertura de Muerte Accidental Transporte Público más el monto por la cobertura de Muerte Accidental Transporte Aéreo.

RESUMEN
POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ACCIDENTES COBERTURA TOTAL (TOTAL BENEFIT-GUARANTEE LIFE PLUS)

¿Qué riesgos cubre?

Cubre el fallecimiento del asegurado durante la vigencia de la póliza, producido a consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, y no comprendido dentro de las exclusiones de la póliza.

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

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

- a) Beneficio de Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental del asegurado, definido en los términos de la póliza.
- b) Indemnización diaria por Hospitalización a causa de Accidente, el cual distingue según se trate de hospitalización básica u hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos.

Beneficios Adicionales (opcionales)

Solo aplicables si el Contratante adquirió estas coberturas adicionales, lo que figurará en las Condiciones Particulares de la póliza.

- a) Beneficio por muerte accidental 3 x 1 del Cónyuge, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Adicional.
- b) Beneficio de Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental del Cónyuge, definido en los términos de la póliza.
- c) Beneficio de Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente del Cónyuge, el cual distingue según se trate de hospitalización básica u hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos.

¿Cuáles son las Exclusiones?

Se detallan en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales del Seguro, y en las respectivas Cláusulas Adicionales. Si el siniestro se

produjera como consecuencia de alguno de dichos supuestos no se otorgará la cobertura del seguro.

¿Cuáles son las causales de terminación de la cobertura (o causales de resolución del contrato de seguro)?

Se encuentran establecidas en la Cláusula Décimo Quinta de las Condiciones Generales de la Póliza, entre ellas se establece que el seguro concluirá en la fecha en que no proceda la renovación del contrato por haber alcanzado el Asegurado la edad de 70 años.

Asimismo, el Contratante o la Compañía de Seguros podrá resolver el contrato de seguro en cualquier momento, comunicando por escrito su decisión a la otra parte con 30 días de anticipación, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésimo Tercera de las Condiciones Generales de la Póliza.

Los Beneficios Adicionales concluirán en las fechas establecidas en las Cláusulas Adicionales respectivas.

¿Cuál es el procedimiento y plazos para solicitar el beneficio (o efectuar el reclamo)?

Se encuentra previsto en la Cláusula Décimo Novena del Condicionado General de la Póliza.

¿Cuál es el mecanismo de solución de controversias?

Se encuentra previsto en la Cláusula Vigésimo Octava del Condicionado General de la Póliza y en la Cláusula Adicional: Convenio Arbitral.

¿Consultas?

Contáctese con la Central de Servicio al Asegurado de Pacífico Vida: 0800-1-VIDA (0800-1-8432).

En caso el(los) beneficiario(s) no estuviera(n) de acuerdo con la respuesta brindada por la compañía de seguros en la atención del siniestro, podrá(n) acudir a la Defensoría del Asegurado

Web: www.defaseg.com.pe

Telefax: 446-9158

Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio Miraflores, Lima - Perú

SUMARIO
PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ACCIDENTES COBERTURA TOTAL (TOTAL BENEFIT-GUARANTEE LIFE PLUS)

- I. Condiciones Particulares
- II. Condiciones Generales
 - 1. Definiciones
 - 2. De los documentos y las declaraciones
 - 3. Estructura de la póliza
 - 4. Normas para la contratación de la póliza
 - 5. Cobertura
 - 6. Cobertura en transporte público y aviación comercial
 - 7. Definición de accidente
 - 8. Fecha de inicio de vigencia y plazos de la póliza
 - 9. Titular de esta póliza
 - 10. Edad
 - 11. Primas
 - 12. Periodo de gracia
 - 13. Rehabilitación
 - 14. Renovación
 - 15. Terminación de la cobertura
 - 16. Exclusiones - riesgos no cubiertos
 - 17. Beneficio indemnizable o Suma Asegurada
 - 18. Designación de beneficiarios
 - 19. Aviso de siniestro
 - 20. Reclamación fraudulenta
 - 21. Modificación del riesgo asegurado
 - 22. Pluralidad de seguros
 - 23. Resolución unilateral
 - 24. Duplicado de póliza y copia
 - 25. Impuestos, tasas y contribuciones
 - 26. Domicilio
 - 27. Prescripción
 - 28. Mecanismos de Solución de Controversias – Convenio Arbitral
 - 29. Modificación de la póliza
 - 30. Cesión de derechos
 - 31. Moneda del contrato
 - 32. Responsabilidad máxima de la compañía
- III. Cláusulas Adicionales:
 - a) Convenio Arbitral
 - b) Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental
 - c) Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente
- IV. Cláusulas Adicionales (opcionales)
 - a) Beneficio por muerte accidental 3 x 1 del cónyuge
 - b) Beneficio de Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental del Cónyuge
 - c) Beneficio de Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente del Cónyuge

POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ACCIDENTES COBERTURA TOTAL (TOTAL BENEFIT-GUARANTEE LIFE PLUS)

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL 3 X 1

CONDICIONES GENERALES

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

PRIMERA: DEFINICIONES

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

- Asegurado: Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios de la presente póliza.
- Aseguradora: Se refiere a la Compañía de Seguros, en el presente caso, El Pacífico Vida Compañía de Seguros y Reaseguros, quien otorga las coberturas contratadas y que será la responsable del pago de los beneficios estipulados en la póliza.
- Beneficio: Es el capital asegurado que será pagado bajo esta póliza al Asegurado o sus beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro.
- Beneficiario: Es la persona, (o las personas) designada (s) en la póliza por el Contratante, como titular(es) del derecho a la indemnización que en ella se establece. Su designación puede ser expresa y generalmente es de libre nombramiento, aunque debe existir siempre interés asegurable.
- Caducidad de la Póliza: Situación que se produce en un Contrato de Seguro cuando por determinadas circunstancias previstas en el contrato de seguro, éste se resuelve automáticamente y deja de tener vigencia.
- Capital Asegurado: También llamado Suma Asegurada, es el importe que será pagado por la Compañía en caso de siniestro bajo los términos de la póliza. Figura en las Condiciones Particulares.
- Cláusula Adicional: Se refiere a la o las coberturas opcionales contratadas sobre el Asegurado y que son complementarias y forman parte del Contrato de Seguro.
- Contratante: Es la persona que suscribe con una entidad aseguradora una póliza de seguro. Generalmente el Contratante es el mismo Asegurado, cualquiera que sea la situación, se estipulará en las Condiciones Particulares de la póliza.
- Días: Días calendario, salvo que la póliza establezca expresamente lo contrario.
- Edad: Es la edad actuarial del Asegurado definida en la cláusula "Edad".
- Endoso: Es el acuerdo mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las Condiciones Generales o Particulares de la póliza.
- Exclusiones: Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia por la póliza Principal contratada o Cláusula Adicional y que se encuentran expresamente indicadas.
- Fecha de Inicio del Seguro: Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienza a regir la cobertura del seguro.

- **Interés Asegurable:** La pérdida económica que el Beneficiario del seguro sufre como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro.
- **Período de Gracia:** Es el plazo otorgado por la Compañía, dentro del cual se otorga cobertura, aún cuando no se hubiere pagado la prima. El plazo no puede exceder de treinta (30) días y la prima se deducirá del beneficio a entregar si ocurriera el siniestro durante este lapso.
- **Póliza:** Es el documento emitido por la Compañía en el que consta el contrato de seguro. En él se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.
- **Prima:** Es el valor determinado por la Compañía como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.
- **Rehabilitar:** Es la posibilidad que tiene el Contratante de volver a poner en vigencia el contrato, si éste hubiera quedado resuelto por la falta de pago oportuno de primas. Para ello deberá pagar el monto que la Compañía le indique dentro del plazo establecido y satisfacer las pruebas necesarias para evaluar el actual estado de salud del Asegurado.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS Y LAS DECLARACIONES

La póliza y sus eventuales endosos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. La Compañía no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma. Si el contenido de la póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Contratante podrá devolverla en un plazo no mayor de quince (15) días calendario, solicitando la anulación de la misma; en caso contrario la póliza se considerará aceptada en todas sus condiciones.

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

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA POLIZA

Forman parte integrante de esta póliza, los siguientes documentos:

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

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

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACION DE LA POLIZA

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

Toda declaración falsa o toda omisión de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado, aún hechas de buena fe, que de haber sido conocida hubiera impedido la celebración del contrato o modificado sus condiciones, determina la nulidad del presente contrato. En dicho supuesto, el Asegurado y/o el Beneficiario carecerán de todo derecho de indemnización bajo la póliza, quedando la Compañía liberada de toda responsabilidad, con excepción de lo indicado en el siguiente párrafo.

De determinarse la nulidad del contrato, la Compañía devolverá al Contratante el valor de las primas pagadas sin intereses, y disminuidas en los gastos administrativos incurridos por ésta por concepto de penalidad, los que ascenderán a un monto máximo equivalente a la prima pagada por los seis (6) primeros meses de vigencia. La penalidad será aplicable en caso el Asegurado y/o Contratante no hubiera respondido a las preguntas formuladas por la Compañía o lo hubiera hecho de forma inexacta.

La Compañía requerirá consentimiento previo por escrito del Asegurado cuando el Contratante del seguro no sea la persona cuya vida se asegura.

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente póliza y, en su defecto, a las disposiciones contenidas en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, y sus normas modificatorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulte aplicable.

QUINTA: COBERTURA

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

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

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

SEXTA : COBERTURA EN TRANSPORTE PUBLICO Y AVIACION COMERCIAL

La Compañía pagará a los beneficiarios de la póliza el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares, diferenciando los casos en el que un accidente provoque la muerte directa e inmediata del Asegurado de la siguiente manera:

Transporte Público:

- Cuando el Asegurado hubiera estado viajando, subiendo o descendiendo de cualquier medio de transporte público (terrestre o acuático) bajo la condición de pasajero. Es condición necesaria que el mencionado medio de transporte tenga la licencia respectiva para transportar pasajeros así como haberse realizado el pago respectivo por el pasaje.

Transporte Aéreo:

- Cuando el Asegurado hubiera estado viajando en la condición de pasajero en avión operado por una empresa aérea comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.

SETIMA: DEFINICION DE ACCIDENTE

Se entiende por Accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo u otros eventos no accidentales que sufra el Asegurado.

OCTAVA: FECHA DE INICIO DE VIGENCIA Y PLAZOS DE LA POLIZA

Las coberturas previstas en esta póliza adquieren fuerza legal desde las cero horas del día indicado en las Condiciones Particulares como inicio de vigencia, inicio que estará condicionado al pago de la prima inicial. Los vencimientos de plazos para el pago de las primas se producirán a las cero horas de igual día del mes y año que corresponda, según la frecuencia de pago elegida por el Contratante y establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

La fecha de emisión que figura en las Condiciones Particulares, es la fecha en la cual la Solicitud de Seguro es aprobada.

NOVENA: TITULAR DE ESTA POLIZA

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

Si el Contratante, falleciere o se extinguiere estando esta póliza en vigencia, se producirá la terminación del contrato, a menos que el Asegurado, si fuese persona distinta, se hiciera cargo de sus obligaciones antes del

término del período de gracia referido para el pago de la prima, y en tal caso ejercerá también los derechos, facultades y opciones que esta póliza reconoce al Contratante, ocupando su lugar para todos los efectos del contrato.

DECIMA: EDAD

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

Al momento de contratación de la póliza, el Asegurado deberá ser mayor de dieciocho (18) años de edad, pero menor de sesenta y cinco (65) años; teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurado, en caso de renovación anual, sólo hasta la edad de setenta (70) años.

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

Si se comprobare que la edad real del Asegurado era mayor a la declarada o a la señalada en las Condiciones Particulares, la suma asegurada será reducida de modo tal que sea igual a la cantidad que la prima pagada hubiera asegurado si hubiese sido declarada la edad correcta; siempre y cuando la edad del Asegurado al momento del accidente fuera inferior a la edad límite de cobertura. Pero si se comprobare que el Asegurado tenía más de sesenta y cinco (65) años a la fecha de contratación del seguro, éste será nulo y las primas pagadas por los seis (6) primeros meses serán aplicadas a cubrir gastos administrativos efectuados por la Compañía en razón de esta póliza, por concepto de penalidad. Las demás primas pagadas serán devueltas sin intereses. Si al momento de liquidar el siniestro se comprobare que la edad era menor que la declarada se pagará el capital asegurado y entregará a los beneficiarios el exceso de prima recibida, sin intereses.

DECIMO PRIMERA: PRIMAS

La prima es el valor determinado por la Compañía como el precio de las coberturas de seguro contratadas.

La primera prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza. Se requiere el pago por adelantado de esta prima inicial para que la cobertura entre en vigencia. El resto de las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidos en las Condiciones Particulares.

Las primas deberán ser pagadas sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie, de acuerdo a lo indicado por el Contratante en la solicitud de seguro. La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Contratante que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

En caso que, cualquier prima o fracción de prima no pudiese ser pagada, el Contratante contará con el periodo de gracia establecido en las presentes Condiciones Generales, al final del cual si la prima correspondiente no hubiere sido pagada, el seguro quedará resuelto automáticamente sin necesidad de comunicación previa a la otra parte, quedando la póliza sin valor.

En los casos de pago de prima mediante un sistema de cargo automático, es responsabilidad del Contratante verificar que los cargos de prima se realicen.

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

DECIMO SEGUNDA: PERIODO DE GRACIA

La Compañía concede al Contratante, un periodo de gracia de treinta (30) días calendario para efectuar el pago de la prima correspondiente, sin intereses. Si al finalizar el periodo de gracia, no se hubiere realizado el pago de la prima, el contrato de seguro se resolverá automáticamente y la póliza caducará, sin necesidad de aviso, o requerimiento alguno, liberándose la Compañía de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza. Si el fallecimiento ocurriese dentro del periodo de gracia, la prima adeudada por el Contratante será reducida del beneficio correspondiente.

DECIMO TERCERA: REHABILITACIÓN

El Contratante podrá rehabilitar la póliza que hubiera caducado por falta de regularización de pagos durante el Período de Gracia, dentro del año siguiente a la fecha de finalización del referido periodo, con la finalidad de restablecer los términos originales del contrato.

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

- Ofrecer evidencias de asegurabilidad sobre el Asegurado que sean satisfactorias a juicio de la Compañía; siendo de cargo del Contratante los gastos que pudiera originar esta comprobación.
- Pagar por adelantado la prima correspondiente al siguiente periodo de cobertura.

Cumplidas estas condiciones, la póliza quedará rehabilitada a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que la Compañía haya aprobado la solicitud de rehabilitación. La Compañía solo responderá por los siniestros ocurridos a consecuencia de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de rehabilitación.

DECIMO CUARTA: RENOVACION

La póliza será emitida con vigencia anual. Transcurrido este periodo, la Compañía a su discreción podrá proceder anualmente a renovar la póliza en forma automática hasta el aniversario póliza inmediatamente posterior a la fecha en la que el Asegurado alcance la edad de sesenta y nueve (69) años, salvo que el Contratante manifieste expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura, según el procedimiento especificado en la cláusula referida a "Resolución Unilateral", o que exista alguna de las causas de terminación anticipada especificadas en la presente póliza.

La prima considerada para cada renovación anual será calculada con la tasa que la Compañía tenga aprobada en ese momento para la edad correspondiente.

DECIMO QUINTA: TERMINACION DE LA COBERTURA

Esta póliza terminará en la primera de las siguientes fechas:

1. Aquella en la que se produzca el fallecimiento accidental del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados percibirán el Beneficio por Muerte Accidental vigente.
2. Aquella en la que el período de gracia - concedido según lo establece la cláusula correspondiente, termina sin que el Contratante regularice su situación deudora.
3. Al inicio de vigencia, si existía declaración falsa u omisión de circunstancias conocidas por el Contratante y/o el Asegurado, aún hechas de buena fe, que de haber sido conocidas, hubieran impedido la celebración del contrato o modificado sus condiciones.
4. Aquella en la que, según la cláusula de renovación, no proceda la renovación por haber alcanzado el Asegurado la edad de setenta (70) años.
5. Aquella en la que alguna de las partes ejerza la opción de resolución unilateral de la póliza.

Las coberturas contratadas a través de las Cláusulas Adicionales incorporadas a la póliza, caducarán en la fecha estipulada para cada una de ellas en las Condiciones Particulares o en cualquiera de las fechas mencionadas en los puntos precedentes, lo que ocurra primero.

DECIMO SEXTA: EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

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

- a) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- b) Participación en acto delictuoso, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- c) Acto criminal en el que resulte responsable el beneficiario.
- d) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- e) En los seguros sobre la vida de un tercero, la muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante.
- f) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos – litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo su deceso.
- g) El uso de alucinógenos o drogas no prescritas.
- h) Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra, o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.
- i) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otros deportes riesgosos.
- j) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso.

- k) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- l) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- m) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos, anestésicos y similares.
- n) El denominado "Accidente Cerebro Vascular" y los denominados "Accidentes Médicos", como los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos y otros similares.
- o) Contaminación radioactiva o fisión y fusión nuclear.
- p) Consecuencias no accidentales de embarazos o partos.
- q) Consecuencia de enfermedades de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa.

DECIMO SETIMA: BENEFICIO INDEMNIZABLE O SUMA ASEGURADA

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

Si en ese momento se determinara que la edad declarada en la solicitud de la póliza era menor o mayor que la edad real del Asegurado se procederá de acuerdo a lo indicado en la cláusula "Edad".

La forma de pago del beneficio por fallecimiento será indicado en las Condiciones Particulares y podrá ser:

- Pago único: se pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios en una sola cuota o armada.
- Pago en cuotas: Se pagará a los Beneficiarios un importe periódico cuyo monto, periodicidad y número de cuotas será establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

DECIMO OCTAVA: DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

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

Tanto la designación como el cambio de el o los Beneficiarios se hará en forma expresa y por escrito, al completar la solicitud del seguro o en cualquier otro momento posterior, y será válida siempre que se notifique válidamente con anterioridad a la ocurrencia del siniestro. Los cambios notificados a la Compañía con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, sólo serán válidos si son realizados por testamento o

mediante documento firmado ante notario público; sin embargo, se deja expresa constancia que la Compañía quedará liberada de responsabilidad en caso de pagar la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados, con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificando esta designación.

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

Cuando se designe a los herederos como beneficiarios, se entenderá por ellos a los que por ley sucedan al Asegurado, si no se hubiera otorgado testamento. Si se hubiese otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá en partes iguales. Cuando el Contratante no designe Beneficiarios o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos del Asegurado, en el orden de prelación legal establecido y en partes iguales.

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

El pago del beneficio del seguro contratado se efectuará a el o los Beneficiarios Principales y solamente en caso que al momento del fallecimiento del Asegurado no quedara ninguno de los Beneficiarios Principales, se procederá a efectuar el pago a los Beneficiarios Contingentes.

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

DECIMO NOVENA: AVISO DE SINIESTRO

Los beneficiarios deberán informar por escrito a la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, dentro de un plazo de treinta (30) días contados desde el conocimiento del mismo. Asimismo, deberán suministrar a la Compañía las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del accidente y la forma en que se produjo, dentro de los sesenta (60) días posteriores a la notificación por escrito del accidente cubierto, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

Los beneficiarios deberán presentar el formato de declaración de siniestro proporcionado por la Compañía, debidamente llenado, adjuntando los siguientes documentos:

1. partida de defunción o acta de defunción legalizada,
2. certificado médico de defunción completo legalizado,
3. informe médico ampliatorio (formato de la Compañía),
4. póliza,
5. protocolo de necropsia completo,
6. resultado toxicológico,
7. atestado policial completo y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidiesen.

Asimismo, se proporcionará a la Compañía cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.

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

En aquellos casos en los que legalmente deba practicarse una autopsia, en tanto la Compañía no se pronuncie respecto a la cobertura del siniestro bajo la presente póliza, el cuerpo del Asegurado fallecido no podrá ser embalsamado o sometido a ningún tratamiento o cualquier otro proceso que signifique una alteración al estado de los tejidos u órganos del cuerpo.

En caso el cuerpo del Asegurado fallecido sea embalsamado o sometido a un tratamiento o proceso a los que se refiere el párrafo precedente, sin que la Compañía haya efectuado los exámenes que considere convenientes a efectos de determinar las causas del fallecimiento, o se haya pronunciado respecto a la cobertura del siniestro, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar la indemnización o beneficio pactado.

En los casos en los que exista un procedimiento judicial, administrativo o arbitral en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa – a juicio razonable de la Compañía - la cobertura del siniestro o el derecho del Beneficiario, la Compañía podrá supeditar la decisión de la cobertura del siniestro o el pago del beneficio a la conclusión en última instancia del proceso respectivo.

VIGESIMA: RECLAMACION FRAUDULENTA

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

VIGESIMO PRIMERA: MODIFICACION DEL RIESGO ASEGURADO

El Contratante deberá comunicar a la Compañía cuando se produzca cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad del Asegurado que agrave el riesgo asumido por la Compañía al momento de emitir la póliza. Dicha comunicación deberá realizarse por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores al cambio.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el párrafo anterior, la Compañía deberá informar al Contratante la revocación del contrato o la propuesta de reajuste de prima correspondiente, dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la comunicación. En caso ocurriera el siniestro durante este lapso, la Compañía pagará la indemnización total prevista en esta póliza.

En caso no se hubiera realizado la notificación por escrito a la Compañía y ocurriera el siniestro cubierto por esta póliza después de que el Asegurado cambiara de una ocupación a otra clasificada por la Compañía como más riesgosa que la declarada al contratar la póliza, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, la Compañía pagará únicamente el porcentaje de las indemnizaciones previstas en esta póliza, que la prima pagada hubiera cubierto a las tasas y dentro de los límites fijados para dicha ocupación más riesgosa.

Si el Asegurado cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la señalada en esta póliza, la Compañía luego de recibir la prueba de dicho cambio, deberá, de ser el caso, otorgar la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, devolviendo el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima serán las vigentes a la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

VIGESIMO SEGUNDA: PLURALIDAD DE SEGUROS

El Contratante o el Asegurado deberá declarar en la solicitud de seguro si posee pólizas contratadas de Accidentes Personales, indicando las sumas aseguradas, la vigencia y las compañías aseguradoras involucradas. Si no se realizara esta declaración, el hecho será considerado como omisión de circunstancias y se aplicará lo estipulado en la cláusula sobre "Normas para la Contratación de la Póliza".

VIGESIMO TERCERA: RESOLUCION UNILATERAL

Tanto el Contratante como la Compañía tienen derecho a resolver el presente contrato sin otro requisito que el de comunicar su decisión a la otra parte con treinta (30) días calendario de anticipación. De producirse este hecho, la Compañía devolverá al Contratante la proporción de prima cobrada que corresponda al tiempo que faltó para la expiración normal del seguro. Las notificaciones deberán realizarse por escrito y ser dirigidas a los domicilios correspondientes.

VIGESIMO CUARTA: DUPLICADO DE POLIZA Y COPIA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Contratante podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor.

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

VIGESIMO QUINTA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, estarán a cargo del Contratante, de los Beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

VIGESIMO SEXTA: DOMICILIO

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato, es el de la Compañía y los últimos declarados por el Contratante y Asegurado, según sea el caso. Los avisos y comunicaciones que con relación a la presente póliza intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito.

VIGESIMO SETIMA: PRESCRIPCION

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido.

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

VIGESIMO OCTAVA: MECANISMOS DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS - CONVENIO ARBITRAL

Toda discrepancia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado y/o los Beneficiarios del seguro, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la validez, interpretación de los términos del presente contrato de seguro, de la responsabilidad u obligación de la Compañía o por cualquier otra causa, será resuelta por medio de un arbitraje de derecho, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Adicional "Convenio Arbitral" que forma parte integrante del presente contrato de seguro.

VIGESIMO NOVENA: MODIFICACION DE LA POLIZA

Toda modificación de la póliza solicitada por el Contratante, para que sea válida, deberá ser hecha por escrito por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de la Compañía.

TRIGESIMA: CESION DE DERECHOS

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base este contrato, deberá notificarse fehacientemente por escrito a la Compañía, la que lo hará constar en la misma póliza por medio de un endoso. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Contratante con terceros no tendrán ningún valor para la Compañía.

TRIGESIMO PRIMERA: MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos de las obligaciones pactadas en el presente contrato, en la moneda prevista en las Condiciones Particulares del Contrato de Seguro.

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

- a. La Compañía, el Contratante, o el Asegurado no pudiera o no le estuviera permitido obtener la moneda extranjera en el mercado; o
- b. Existiera impedimento de mantener las reservas o inversiones en moneda extranjera,

todas las obligaciones contractuales vigentes y pendientes de ser ejecutadas serán convertidas a moneda nacional utilizando el tipo de cambio determinado por la Compañía y basado en las condiciones de mercado, salvo que en los supuestos (i) o (ii) precedentes, la disposición del Banco Central o la norma legal, fijara la

tasa de cambio aplicable. En cualquier circunstancia, el Asegurado será notificado sobre la conversión a moneda nacional.

TRIGESIMO SEGUNDA: RESPONSABILIDAD MAXIMA DE LA COMPAÑÍA

De darse el caso en el que cada Asegurado adquiera por si mismo o por intermedio de terceros, más de una póliza en los productos de accidentes de GUARANTEE LIFE (Individual y Familiar), el monto total asegurable por la Compañía, no deberá exceder los US\$ 100,000 (Cien Mil y 00/100 Dólares Americanos) de Suma Asegurada Básica por persona.

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 descubra el hecho y, de producirse el siniestro, los montos máximos que la Compañía pagará a una persona por concepto de muerte accidental serán: a) US\$100,000 ante cualquier evento de Accidente, b) US\$ 200,000 por muerte accidental en transporte público, y c) US\$ 300,000 en el caso de muerte accidental en transporte aéreo.

CLAUSULA ADICIONAL

CONVENIO ARBITRAL

Esta cláusula adicional forma parte integrante de la póliza de seguro de accidentes personales ACCIDENTES COBERTURA TOTAL (TOTAL BENEFIT-GUARANTEE LIFE PLUS) y se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal.

CLAUSULA UNICA: CONVENIO ARBITRAL

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

El laudo que expida el Tribunal Arbitral será final y obligatorio y, en consecuencia, las partes renuncian expresamente a la interposición de los recursos de apelación y nulidad, salvo en los casos expresamente previstos en la Ley General de Arbitraje.

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

CLAUSULA ADICIONAL

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

Esta cláusula adicional se registrará por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal.

PRIMERA: DEFINICIONES

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

- **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.
No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo u otros eventos no accidentales que sufra el Asegurado.
- **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.
- **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.
- **Organo:** Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

SEGUNDA: COBERTURA

La Compañía pagará la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares para esta cláusula adicional, si la persona designada en la misma como Asegurado sufriera, durante la vigencia del seguro, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento. El pago del beneficio procederá siempre y cuando el seguro principal y esta cláusula adicional estén vigentes, y la causa del accidente no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones aplicables a esta cláusula adicional.

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

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

TERCERA: PORCENTAJES DE INDEMNIZACION

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 sufre lesiones que le provoquen alguna de las formas de invalidez cubiertas, la Compañía pagará los porcentajes que se indican a continuación sobre el capital asegurado de esta cláusula adicional, señalado en las Condiciones Particulares de la póliza:

Coberturas de Desmembramiento:

- a) El 100% por la pérdida total de:
 - La visión de ambos ojos, o
 - Ambos brazos o ambas manos, o
 - Ambas piernas o ambos pies, o
 - Una mano y un pie.
- b) El 50% por la pérdida total de:
 - La audición completa de ambos oídos, o
 - Un brazo, o
 - Una mano, o
 - Una pierna, o
 - Un pie, o
 - La visión de un ojo en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido ceguera total del otro, antes de contratar esta cláusula adicional.
- c) El 35% por la pérdida total de:
 - La visión de un ojo en caso de que no existiera ceguera total del otro, antes de contratar esta cláusula adicional.
- d) El 25% por la pérdida total de:
 - La audición completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido sordera total del otro, antes de contratar esta cláusula adicional.

Cobertura de Invalidez Total y Permanente:

- e) El 100% en aquellos casos de invalidez no contemplados precedentemente y que produzca al Asegurado una pérdida o disminución de su fuerza física e 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. 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.

Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 23298EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

CUARTA: EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Intento de suicidio cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.
- b) Duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.
- c) La enfermedad del SIDA, enfermedades de transmisión sexual o si el Asegurado es HIV positivo.
- d) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otros deportes riesgosos.
- e) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso.
- f) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

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

QUINTA: DURACION Y TERMINACION DE LA COBERTURA

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

La cobertura prevista por esta cláusula adicional cesará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Cuando no proceda la renovación por haber alcanzado el Asegurado la edad de setenta (70) años.
- c) Cuando el Asegurado haya percibido el 100% del beneficio previsto por esta cláusula adicional, integrando para la determinación de este porcentaje el pago de todo beneficio generado por una o más lesiones, consecuencia de uno o varios accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por esta cobertura. En tal supuesto, dicho monto será devuelto al Contratante sin ningún tipo de interés.

SEXTA: RENOVACION

La presente cláusula adicional será emitida con vigencia anual. Transcurrido este período, la Compañía procederá anualmente a renovar la presente cláusula adicional en forma automática hasta el aniversario póliza inmediatamente posterior a la fecha en la que el Asegurado alcance la edad de sesenta y nueve (69) años, salvo que exista alguna de las causas de terminación anticipada especificada en la presente cláusula adicional.

La prima considerada para cada renovación será calculada con la tasa que la Compañía tenga aprobada en ese momento para la edad correspondiente.

Se deja claramente establecido que la renovación del seguro principal no necesariamente implica la renovación de la presente cláusula adicional.

SETIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLAUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza principal, el Asegurado o sus beneficiarios, en su caso, deberán dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del accidente. Para los beneficiarios, este plazo correrá desde que toman conocimiento del siniestro. Asimismo, deberá presentar a la Compañía los antecedentes relativos al siniestro dentro de los sesenta (60) días posteriores a la notificación por escrito del accidente cubierto, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

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

OCTAVA: BENEFICIO INDEMNIZABLE

La Compañía pagará al Asegurado el monto correspondiente al grado de Invalidez sufrido por accidente. Dicho monto se calculará en base al capital asegurado de esta cláusula adicional, especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

El beneficio será pagado al beneficiario en una sola cuota, después que la Compañía haya determinado la procedencia del pago.

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

NOVENA: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de toda la documentación solicitada, si se ha producido la invalidez del Asegurado, debiendo éste presentar a la Compañía los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que la Compañía podrá exigirle las pruebas vinculadas al siniestro que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

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.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen podrá apelar al mismo dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía. En este caso, 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 de Banca, Seguros y AFP (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose sobre el grado de ésta, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez", según la Resolución N° 23298EF/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.

La declaración de invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la Compañía y para la junta médica un valor meramente informativo y referencial.

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

INDEMNIZACION DIARIA POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE ACCIDENTE

Esta cláusula adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para esta cláusula adicional las siguientes definiciones:

- Hospital: Institución legalmente autorizada como tal para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales. No se consideran hospitales los consultorios, policlínicos, postas de salud, hoteles, balnearios, residencias, asilos, casas de reposo, casas para convalecencia, manicomios o instituciones para tratamiento psiquiátrico e instituciones dedicadas especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas o al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos, problemas de peso o tratamientos quiroprácticos.
- Médico: Persona graduada en estudios de medicina humana de una universidad reconocida por la autoridad educativa del país, y que posea título profesional a nombre de la Nación para el caso de médicos peruanos y título equivalente para el caso de médicos extranjeros. El médico no podrá ser el mismo Asegurado ni un miembro de la familia directa del Asegurado o Contratante.
- Período de Franquicia: Número de días consecutivos durante los cuales no se devenga indemnización, consignado en las Condiciones Particulares de la póliza y contado desde el primer día en que se realice la hospitalización del Asegurado.
- Seguro principal: El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

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

SEGUNDA: COBERTURA

La Compañía pagará la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares para esta cláusula adicional, cuando a consecuencia directa de un accidente, el Asegurado deba ser necesariamente internado en un hospital por disposición de un médico, durante un tiempo mayor al periodo de franquicia y en tanto el internamiento se suscite dentro de las 72 horas de producido dicho accidente. El pago del beneficio procederá siempre y cuando el seguro principal y esta cláusula adicional estén vigentes, y la causa del accidente no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones aplicables a esta cláusula adicional.

El período máximo a indemnizar bajo esta cobertura es de treinta (30) días consecutivos y de ciento veinte (120) días no consecutivos, en un año póliza. Asimismo, el monto máximo indemnizable bajo

esta cobertura durante toda la vigencia de la póliza, incluidas sus renovaciones, se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La suma a indemnizar por esta cláusula adicional será pagada independientemente y sin causar efecto sobre el capital asegurado del seguro principal.

TERCERA: EXCLUSIONES – RIESGOS NO CUBIERTOS

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

- a) Cirugía plástica por cualquier condición, salvo operaciones reconstructivas como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura.
- b) Exámenes médicos, de rutina o de diagnóstico.
- c) Condición preexistente, originada por un accidente ocurrido antes de la vigencia del seguro, entendiéndose por tal, cualquier dolencia que se haya manifestado, diagnosticado o tratado antes de la fecha de inicio de vigencia de esta cláusula adicional.
- d) Cualquier tipo de enfermedad mental.
- e) Todo tratamiento experimental que no sea generalmente aceptado por la medicina, por ejemplo: acupuntura.
- f) Tratamiento de lumbalgias.
- g) Tentativa de suicidio.

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

CUARTA: PERIODO DE FRANQUICIA

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a esta cláusula adicional, solamente si el Asegurado permanece hospitalizado durante un período mayor a un (1) día; es decir, el beneficio se calculará a partir del segundo (2do) día de hospitalización.

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

QUINTA: EDAD:

Al momento de contratación de esta cláusula adicional, el Asegurado deberá tener entre dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años de edad actuarial, teniendo la posibilidad de mantenerse bajo esta cobertura, en caso de renovación anual, sólo hasta la edad de sesenta y nueve (69) años.

SEXTA: DURACION Y TERMINACION 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 en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Cuando no proceda la renovación por haber alcanzado el Asegurado la edad de setenta (70) años.
- c) Cuando las indemnizaciones pagadas por concepto de esta cobertura durante todo el periodo de vigencia de la póliza, incluyendo las renovaciones, alcancen el monto máximo indemnizable que se indica en las Condiciones Particulares.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización por hospitalización que se lleve a cabo con posterioridad a esa fecha. En tal supuesto, dicho monto será devuelto al Contratante sin ningún tipo de interés.

SETIMA: RENOVACION

La presente cláusula adicional será emitida con vigencia anual. Transcurrido este período, la Compañía procederá anualmente a renovar la presente cláusula adicional en forma automática hasta el aniversario póliza inmediatamente posterior a la fecha en la que el Asegurado alcance la edad de sesenta y nueve (69) años, salvo que exista alguna de las causas de terminación anticipada especificada en la presente cláusula adicional.

La prima considerada para cada renovación será calculada con la tasa que la Compañía tenga aprobada en ese momento para la edad correspondiente.

Se deja claramente establecido que la renovación del seguro principal no necesariamente implica la renovación de la presente cláusula adicional.

OCTAVA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLAUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales del seguro principal, el Asegurado o sus beneficiarios, en su caso, deberán suministrar a la Compañía los documentos que comprueben que estuvo hospitalizado, la institución, el médico o médicos que lo atendieron, el motivo de internamiento, el atestado policial del accidente, si fuera el caso, y el tiempo de la hospitalización. La documentación deberá ser presentada a la Compañía dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha de inicio del internamiento, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

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

NOVENA: BENEFICIO INDEMNIZABLE

La Compañía pagará al Asegurado la indemnización correspondiente al número de días de hospitalización, originados por un accidente que haya tenido dicha persona, contados a partir del fin del período de franquicia. La indemnización se calculará multiplicando el número de días consecutivos de hospitalización del Asegurado, disminuido en el período de franquicia, por la indemnización diaria (Suma Asegurada) que corresponda al tipo de hospitalización que hubiera tenido el Asegurado.

La cobertura distingue dos tipos de hospitalizaciones a saber:

- (i) Hospitalización Básica, y
- (ii) Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos – UCI.

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

El beneficio indemnizable en virtud de la presente cláusula adicional será pagado en una sola cuota al finalizar el período de hospitalización y después que la Compañía haya determinado la correspondencia del pago del beneficio.

En caso de producirse más de un período de hospitalización durante un año póliza, los montos a indemnizar por cada período de hospitalización se calcularán y pagarán independientemente, pero sin exceder el período máximo anual indemnizable de treinta (30) días consecutivos y/o ciento veinte (120) días no consecutivos por año póliza. En ningún caso la suma total reconocida por concepto de esta cobertura durante toda la vigencia de la póliza, incluyendo los periodos renovados, podrá exceder el monto máximo indemnizable que se especifica en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio de esta cláusula adicional no implicará el cese del cobro de la prima correspondiente.

DECIMA: BENEFICIARIO

Se considerará como único beneficiario de esta cláusula adicional al propio Asegurado.

DECIMO PRIMERA: DETERMINACION DEL PAGO DEL BENEFICIO

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de toda la documentación solicitada, si corresponde el pago de la indemnización, debiendo el Asegurado o beneficiario presentar a la Compañía los antecedentes y documentos que certifiquen la hospitalización realizada, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. La Compañía podrá exigir las pruebas vinculadas al siniestro que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

El Asegurado se compromete a realizar 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.

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 el último domicilio conocido.

POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ACCIDENTES COBERTURA TOTAL (TOTAL BENEFIT-GUARANTEE LIFE PLUS)

CLAUSULA ADICIONAL

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL 3 X 1 DEL CONYUGE

Esta cláusula adicional, se registrará por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal.

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para esta cláusula adicional las siguientes definiciones:

- Asegurado: Es el Cónyuge del Asegurado Principal, cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- Asegurado Principal: Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- Edad: Para efectos del seguro se considerará como edad a la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.
- Seguro Principal: El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

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

SEGUNDA: COBERTURA

La Compañía pagará la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares para esta cláusula adicional, en caso de fallecimiento del Asegurado, si su muerte se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente ocasionado durante la vigencia de esta cláusula adicional. El pago del beneficio procederá siempre y cuando el seguro principal y la presente cláusula adicional estén vigentes, el siniestro ocurra mientras el cónyuge mantenga su condición de asegurado, y la causa del accidente no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones aplicables a 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.

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

La Compañía pagará la Suma Asegurada diferenciando los casos en que un accidente provoque la muerte directa e inmediata del Asegurado de la siguiente manera:

- Transporte Público:** Cuando el Asegurado hubiera estado viajando, subiendo o descendiendo de cualquier medio de transporte público (terrestre o acuático) bajo la condición de pasajero. Es condición necesaria que el mencionado medio de transporte tenga la licencia respectiva para transportar pasajeros así como haberse realizado el pago respectivo por el pasaje.
- Transporte Aéreo:** Cuando el Asegurado hubiera estado viajando en la condición de pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros, en vuelo regular dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.

Las sumas a indemnizar por esta cláusula adicional serán pagadas independientemente y sin causar efecto sobre los capitales asegurados del Asegurado Principal. Esta cláusula adicional brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las 24 horas del día.

TERCERA: EXCLUSIONES

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

CUARTA: EDAD

Para la contratación de la presente cláusula adicional, el cónyuge o Asegurado deberá tener entre dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años de edad, teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurado, en caso de renovación anual, sólo hasta la edad de setenta (70) años.

Si se comprobase que la edad del Asegurado era mayor a la declarada o a la señalada en las Condiciones Particulares, la suma asegurada será reducida de modo tal que sea igual a la cantidad que la prima pagada hubiera asegurado si hubiese sido declarada la edad correcta; siempre y cuando la edad del Asegurado al momento del accidente fuera inferior a la edad límite de cobertura. Pero si se comprobase que el Asegurado tenía más de sesenta y cinco (65) años a la fecha de contratación de esta cláusula adicional, esta cobertura quedará sin efecto, y las primas correspondiente a esta cobertura, pagada por los seis (6) primeros meses, serán aplicadas a cubrir gastos administrativos, por concepto de penalidad. Las demás primas pagadas serán devueltas sin intereses. Si al momento de liquidar el siniestro se comprobase que la edad real era menor que la declarada se pagará el capital asegurado correspondiente a esta cobertura y entregará a los beneficiarios el exceso de prima recibida, sin intereses.

QUINTA: DURACION Y TERMINACION DE LA COBERTURA

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

La cobertura prevista por esta cláusula adicional cesará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Fallecimiento del Asegurado.
- c) Cuando el Asegurado alcance setenta (70) años de edad.
- d) Cuando no se proceda con la renovación automática de acuerdo a lo establecido en la cláusula "Renovación" de la presente cláusula adicional.

El pago 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 supuesto, dicho monto será devuelto al Contratante, sin ningún tipo de interés.

SEXTA: RENOVACION

La presente cláusula adicional será emitida con vigencia anual. Transcurrido este período, la Compañía a su discreción podrá proceder anualmente a renovar la presente cláusula adicional en forma automática hasta el aniversario póliza inmediatamente posterior a la fecha en la que el Asegurado alcance la edad de sesenta y nueve (69) años, salvo que exista alguna de las causas de terminación anticipada especificada en la presente cláusula adicional.

La prima considerada para cada renovación será calculada con la tasa que la Compañía tenga aprobada en ese momento para la edad correspondiente.

Se deja claramente establecido que la renovación del seguro principal no necesariamente implica la renovación de la presente cláusula adicional.

SETIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLAUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales del seguro principal, el beneficiario deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del mismo. Para el beneficiario, este plazo correrá desde que toma conocimiento del siniestro. Asimismo, deberá presentar a la Compañía las pruebas legales del fallecimiento del Asegurado que contengan detalles exactos sobre la causa de la muerte y otros documentos que exigiere la Compañía. La documentación deberá ser presentada en el domicilio de la Compañía dentro de los sesenta (60) días posteriores a la notificación por escrito del siniestro, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho. Queda convenido que la Compañía podrá exigir las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de toda la documentación que ésta haya solicitado, si corresponde el pago del beneficio.

OCTAVA: BENEFICIO INDEMNIZABLE

En caso que un accidente ocasione el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios el capital o suma asegurada señalado en las Condiciones Particulares para la cobertura de Muerte Accidental del Cónyuge. Sin embargo, la Compañía deducirá de dicha suma, la Indemnización por Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento que hubiera pagado por este u otros accidentes ocurridos al Asegurado a que se refiere la presente cláusula adicional durante el mismo periodo anual de vigencia de la póliza, en caso de haberse contratado dicha cobertura como básica o adicional al seguro principal.

Si en ese momento se determinara que la edad declarada en la solicitud de la póliza era menor o mayor que la edad real del Asegurado se procederá de acuerdo a lo indicado en la cláusula "Edad" de las Condiciones Generales.

La forma de pago del beneficio por Muerte Accidental del Cónyuge será indicada en las Condiciones Particulares y podrá efectuarse bajo cualquiera de las siguientes modalidades:

- Pago único: se pagará la indemnización correspondiente a los beneficiarios en una sola cuota o armada.
- Pago en cuotas: se pagará a los beneficiarios un importe periódico cuyo monto, periodicidad y número de cuotas serán establecidas en las Condiciones Particulares.

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

NOVENA: BENEFICIARIO

Se considera beneficiario de la presente cláusula adicional al Asegurado Principal. Si el Asegurado Principal hubiese fallecido en el mismo accidente que el Asegurado, se considerarán como beneficiarios las personas indicadas como tales por el Contratante del seguro para la cobertura del seguro principal.

DECIMA: MODIFICACION DEL RIESGO ASEGURADO

El Contratante y/o el Asegurado Principal deberán comunicar a la Compañía cuando se produzca cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad del Asegurado que agrave el riesgo asumido por la Compañía al momento de emitir la póliza. Dicha comunicación deberá realizarse por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores al cambio.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el párrafo anterior, la Compañía deberá informar al Contratante la revocación de esta cláusula adicional o la propuesta de reajuste de prima correspondiente, dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la comunicación. En caso ocurriera el siniestro durante este lapso, la Compañía pagará la indemnización total prevista en esta póliza.

En caso no se hubiera realizado la notificación por escrito a la Compañía y ocurriera el siniestro cubierto por esta póliza después de que el Asegurado cambiara de una ocupación a otra clasificada por la Compañía

como más riesgosa que la declarada al contratar esta cláusula adicional, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, la Compañía pagará únicamente el porcentaje de las indemnizaciones, que la prima pagada hubiera cubierto a las tasas y dentro de los límites fijados para dicha ocupación más riesgosa.

Si el Asegurado cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la declarada, la Compañía luego de recibir la prueba de dicho cambio, deberá, de ser el caso, otorgar la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, devolviendo el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima serán las vigentes a la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

DECIMO PRIMERA: PLURALIDAD DE SEGUROS

El Contratante, el Asegurado Principal y Asegurado deberán declarar en la solicitud de seguro si poseen pólizas contratadas de Accidentes Personales respecto del Asegurado, indicando las sumas aseguradas, la vigencia y las compañías aseguradoras involucradas. Si no se realizara esta declaración, el hecho será considerado como omisión de circunstancias y se aplicará lo estipulado en la cláusula sobre "Normas para la Contratación de la Póliza".

DECIMA SEGUNDA: RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA

De darse el caso que el Asegurado adquiera por sí mismo o por intermedio de terceros, más de una póliza en los productos de GUARANTEE LIFE, en sus modalidades individual o familiar, el monto total asegurable por la Compañía no deberá exceder los US\$100,000 (Cien Mil y 00/100 Dólares Americanos) de Suma Asegurada Básica por persona

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 descubra el hecho, y de producirse el siniestro, los montos máximos que la Compañía pagará a una persona por concepto de muerte accidental serán: a) US\$100,000 ante cualquier evento de Accidente, b) US\$200,000 por muerte accidental en transporte público, y c) US\$300,000 en el caso de muerte accidental en transporte aéreo.

CLAUSULA ADICIONAL

BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL DEL CONYUGE

Esta cláusula adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal y en la Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente y Desmembramiento Accidental

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para esta cláusula adicional las siguientes definiciones:

- Asegurado: Es el Cónyuge del Asegurado Principal, cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- Asegurado Principal: Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- Edad: Para efectos del seguro se considerará como edad a la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal.

Asimismo, rigen para la presente cláusula adicional, las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal y en la Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento Accidental del Asegurado Principal.

SEGUNDA: EDAD

Para la contratación de la presente cláusula adicional, el cónyuge deberá ser mayor de dieciocho (18) años de edad, pero menor de sesenta y cinco (65) años; teniendo la oportunidad de mantenerse como asegurado, en caso de renovación anual, sólo hasta la edad de setenta (70) años.

TERCERA: COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

La Compañía pagará la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares para esta cláusula adicional, si el Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento. El pago del beneficio procederá siempre y cuando el seguro principal y la presente cláusula adicional estén vigentes, el siniestro ocurra mientras el cónyuge mantenga su condición de asegurado, y la causa del accidente no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones aplicables a esta cláusula adicional.

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

El procedimiento de evaluación y calificación de la invalidez y los porcentajes de indemnización correspondientes al Cónyuge por esta cobertura, serán los mismos que los señalados en la Cláusula

Adicional de Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento Accidental del Asegurado Principal. Dichos porcentajes se aplicarán sobre el capital asegurado de esta cobertura detallado en las Condiciones Particulares para el cónyuge.

La suma pagada por esta cobertura será descontada del capital asegurado de la cobertura de Muerte Accidental del Cónyuge, en el caso que éste falleciera a consecuencia del mismo accidente o de un accidente posterior durante la misma vigencia anual de la póliza.

CUARTA: EXCLUSIONES

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

QUINTA: DURACION Y TERMINACION 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 en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Fallecimiento del Asegurado.
- c) Cuando no proceda la renovación por haber alcanzado el Asegurado la edad de setenta (70) años.
- d) Cuando el Asegurado de esta cláusula adicional haya percibido el 100% del beneficio de Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento Accidental, integrando para la determinación de este porcentaje el pago de todo beneficio generado por una o más lesiones, consecuencia de uno o varios accidentes ocurridos durante el mismo periodo anual de vigencia de la póliza.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por esta cobertura. En tal supuesto, dicho monto será devuelto al Contratante sin ningún tipo de interés.

SEXTA: RENOVACION

La presente cláusula adicional será emitida con vigencia anual. Transcurrido este período, la Compañía a su discreción podrá proceder anualmente a renovar la presente cláusula adicional en forma automática hasta el aniversario póliza inmediatamente posterior a la fecha en la que el Asegurado alcance la edad de sesenta y nueve (69) años, salvo que exista alguna de las causas de terminación anticipada especificada en la presente cláusula adicional.

La prima considerada para cada renovación será calculada con la tasa que la Compañía tenga aprobada en ese momento para la edad correspondiente.

Se deja claramente establecido que la renovación del seguro principal no necesariamente implica la renovación de la presente cláusula adicional.

SETIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLAUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales del seguro principal, el beneficiario o Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del mismo. Para el beneficiario, este plazo correrá desde que toma conocimiento del siniestro. Asimismo, deberá presentar a la Compañía los antecedentes relativos al siniestro dentro de los sesenta (60) días posteriores a la notificación por escrito del siniestro cubierto, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

El Asegurado, de ser el caso, deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efecto de que ésta pueda determinar la procedencia del pago del beneficio. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía.

OCTAVA: DETERMINACION DEL PAGO DEL BENEFICIO

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de toda la documentación que ésta haya solicitado, si corresponde el pago de la indemnización, debiendo el beneficiario presentar a la Compañía los antecedentes y documentos que acrediten la ocurrencia del siniestro y la causa del mismo. Queda convenido que la Compañía podrá exigir las pruebas vinculadas al siniestro que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

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

NOVENA: BENEFICIARIO

Se considera beneficiario de la presente cláusula adicional al mismo Asegurado. Si el Asegurado hubiese fallecido, se considerará como beneficiario al Asegurado Principal.

El beneficio indemnizable, en virtud de la presente cláusula adicional, será pagado al beneficiario en una sola cuota, después que la Compañía haya determinado la procedencia del pago del beneficio.

CLAUSULA ADICIONAL

INDEMNIZACION DIARIA POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE ACCIDENTE DEL CONYUGE

Esta cláusula adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal y en la Cláusula Adicional Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente.

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para esta cláusula adicional las siguientes definiciones:

- Asegurado: Es el Cónyuge del Asegurado Principal cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- Asegurado Principal: Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.

Asimismo, rigen para la presente cláusula adicional, las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal y en la Cláusula Adicional Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente.

SEGUNDA: EDAD

Para la contratación de la presente cláusula adicional, la edad del cónyuge deberá estar entre dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años de edad, teniendo la posibilidad de mantenerse como asegurado, en caso de renovación anual, sólo hasta la edad de sesenta y nueve (69) años.

TERCERA: COBERTURA

La Compañía pagará la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares para esta cláusula adicional, cuando a consecuencia directa de un accidente, el Asegurado deba ser necesariamente internado en un hospital por disposición de un médico, durante un tiempo mayor al periodo de franquicia y en tanto el internamiento se suscite dentro de las 72 horas de producido dicho accidente. El pago del beneficio procederá siempre y cuando el seguro principal y la presente cláusula adicional estén vigentes, el siniestro ocurra mientras el cónyuge mantenga su condición de asegurado, y la causa del accidente no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones aplicables a esta cláusula adicional.

El período máximo a indemnizar bajo esta cobertura es de treinta (30) días consecutivos y de ciento veinte (120) días no consecutivos, en un año póliza. Asimismo, el monto máximo indemnizable bajo esta cobertura durante toda la vigencia de la póliza, incluidas sus renovaciones, se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Las sumas a indemnizar por esta cláusula adicional serán pagadas independientemente y sin causar efecto sobre los capitales asegurados del Asegurado Principal.

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

CUARTA: EXCLUSIONES

Rigen para esta cobertura las exclusiones establecidas para el Asegurado Principal en la Cláusula Adicional Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente.

QUINTA: PERIODO DE FRANQUICIA

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a esta cláusula adicional, solamente si el Asegurado permanece hospitalizado durante un período mayor a un (1) día; es decir, el beneficio se calculará a partir del segundo (2do) día de hospitalización.

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

SEXTA: DURACION Y TERMINACION 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 en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Fallecimiento del Asegurado.
- c) Cuando no se pueda proceder con la renovación de esta cláusula por haber alcanzado el Asegurado la edad de setenta (70) años.
- d) Cuando las indemnizaciones pagadas por concepto de esta cobertura durante todo el periodo de vigencia de la póliza, incluyendo las renovaciones, alcancen el monto máximo indemnizable que se indica en las Condiciones Particulares.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por hospitalización que se lleve a cabo con posterioridad a esa fecha. En tal supuesto, dicho monto será devuelto al Contratante sin ningún tipo de interés.

SETIMA: RENOVACION

La presente cláusula adicional será emitida con vigencia anual. Transcurrido este período, la Compañía procederá anualmente a renovar la presente cláusula adicional en forma automática hasta el aniversario póliza inmediatamente posterior a la fecha en la que el Asegurado alcance la edad de sesenta y nueve (69)

años, salvo que exista alguna de las causas de terminación anticipada especificada en la presente cláusula adicional.

La prima considerada para cada renovación será calculada con la tasa que la Compañía tenga aprobada en ese momento para la edad correspondiente.

Se deja claramente establecido que la renovación del seguro principal no necesariamente implica la renovación de la presente cláusula adicional.

OCTAVA: AVISO DE SINIESTRO Y DETERMINACION DEL PAGO DEL BENEFICIO

El Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro en los plazos y condiciones establecidas en la Cláusula Adicional Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente.

La determinación del pago del Beneficio se rige por lo establecido en la Cláusula Adicional Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente.

NOVENA: BENEFICIO INDEMNIZABLE

La Compañía pagará la indemnización correspondiente al número de días de hospitalización, originados por un accidente, contados a partir del fin del período de franquicia. La indemnización se calculará multiplicando el número de días consecutivos de hospitalización del Asegurado, disminuido en el período de franquicia, por la indemnización diaria (Suma Asegurada) que corresponda al tipo de hospitalización que hubiera tenido el Asegurado.

La cobertura distingue dos tipos de hospitalizaciones a saber:

- (i) Hospitalización Básica, y
- (ii) Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos – UCI.

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

El beneficio indemnizable en virtud de la presente cláusula adicional será pagado en una sola cuota al finalizar el período de hospitalización y después que la Compañía haya determinado la correspondencia del pago del beneficio.

En caso de producirse más de un período de hospitalización durante un año póliza, los montos a indemnizar por cada período de hospitalización se calcularán y pagarán independientemente, pero sin exceder el período máximo anual indemnizable de treinta (30) días consecutivos y/o ciento veinte (120) días no consecutivos por año póliza. En ningún caso la suma total reconocida por concepto de esta cobertura durante toda la vigencia de la póliza, incluyendo los periodos renovados, podrá exceder el monto máximo indemnizable que se especifica en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio de esta cláusula adicional no implicará el cese del cobro de la prima correspondiente.

DECIMA: BENEFICIARIO

Se considera beneficiario de la presente cláusula adicional al mismo Asegurado. Si el Asegurado hubiese fallecido, se considerará como beneficiario al Asegurado Principal.