

**CONTRATO DE SEGURO
VIDA CON INTERES VARIABLE
(GLOBAL LIFE 2000)**

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 vida de «EL ASEGURADO», cuyo nombre figura en la **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.
- **Beneficios:** Es el capital asegurado que será pagado bajo esta póliza a «EL ASEGURADO» o sus beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro.
- **Beneficiario:** Es la persona, (o las personas) designada en la póliza por «EL CONTRATANTE», como titular de los derechos que en ella se establecen. Su designación puede ser expresa y generalmente es de libre nombramiento, aunque debe existir siempre interés asegurable.
- **Caducar:** Situación que se produce en un Contrato de Seguro cuando por determinadas circunstancias previstas, dejan de tener vigencia las condiciones establecidas en el mismo.
- **Capital Asegurado:** También llamado **Suma Asegurada**, es el valor atribuido por «EL CONTRATANTE» a la vida de «EL ASEGURADO» y cuyo importe es la cantidad máxima que está obligada a pagar «LA COMPAÑÍA», en caso de siniestro.
- **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.
- **Endoso:** Es el acuerdo establecido en un Contrato de Seguro cuyas cláusulas generalmente modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la póliza.
- **Cargo por Rescate:** Es la suma que debe pagar «EL CONTRATANTE», al momento de solicitar el rescate de la póliza. El cargo por rescate figura en las **Condiciones Particulares** de la póliza.
- **Cobertura:** Es el compromiso aceptado por «LA COMPAÑÍA» en virtud del cual se hace cargo, hasta el límite estipulado en la póliza, de las consecuencias económicas derivadas de un siniestro.

- **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.
- **Cuenta de Excedentes:** Es la cuenta donde se registran los rendimientos que exceden al mínimo garantizado por «LA COMPAÑÍA» y las primas excedentes.
- **Cuenta Individual:** Es el registro de ingresos y egresos que «LA COMPAÑÍA» mantiene vigente a nombre de «EL CONTRATANTE», donde se abonan las primas de la póliza, de las cláusulas adicionales y los intereses garantizados y se rebajan las deducciones mensuales que establece la póliza.
- **Deducción Mensual:** Es el monto que se debita de la Cuenta Individual por concepto del costo de la cobertura por fallecimiento, el costo de las cláusulas adicionales - de ser el caso - y el cargo mensual operativo.
- **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 vigencia, a partir de la cual comienzan a regir los Beneficios del Seguro.
- **Interés Asegurable:** La pérdida económica que los beneficiarios del seguro sufren 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 Contrato de Seguro emitido por «LA COMPAÑÍA» donde se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas. Consta de los Endosos, las **Condiciones Particulares**, las Condiciones Generales, las Condiciones Generales de las Cláusulas Adicionales y la Solicitud del Seguro.
- **Prescripción Liberatoria:** Es la pérdida de derechos que limita a los beneficiarios de reclamar a «LA COMPAÑÍA» por los beneficios que pudieran corresponder sobre una determinada póliza, por no haber efectuado el reclamo dentro de los plazos estipulados.
- **Prima.** Es el valor determinado por la aseguradora, como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.
- **Rehabilitar:** Es el derecho que tiene «EL ASEGURADO» cuando éste ha discontinuado el pago de la prima de su seguro y desea volver a ponerlo en vigencia. Para ello deberá pagar las primas que «LA COMPAÑÍA» le indique dentro del plazo establecido en las presentes condiciones generales y satisfacer las pruebas necesarias para evaluar su actual estado de salud.
- **Rescate:** Es el valor que adquiere la póliza, luego de un determinado período de vigencia. Este puede ser requerido por «EL CONTRATANTE» en caso que no deseara continuar con la póliza.
- **Seguro Saldado:** Cuando a solicitud de «EL CONTRATANTE» la póliza se transforma en una póliza temporal de prima única que provee cobertura a «EL ASEGURADO» hasta la edad alcanzada de noventa y cinco (95) años, con un nuevo capital asegurado fijo y sin pago posterior de prima.

- **Tarifa Mensual del Seguro de Vida:** Es el monto calculado por «LA COMPAÑÍA», que sirve de referencia para determinar el monto de la prima y la Deducción Mensual de la Cuenta Individual.

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 PÓLIZA

Forman parte integrante de esta póliza, los siguientes documentos:

- Los Endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros
- Las Condiciones Particulares
- Las Condiciones Generales
- Las Condiciones Generales de las Cláusulas Adicionales
- La Solicitud del Seguro

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 CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

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 y en los cuestionarios relativos a la salud de «EL ASEGURADO».

Toda declaración falsa o toda omisión de circunstancias conocidas por «EL CONTRATANTE» y/o «EL ASEGURADO», aún hechas de buena fe, que de haber sido conocida hubiera impedido la celebración del contrato o modificado sus condiciones, deja sin efecto el presente contrato, debiendo «LA COMPAÑÍA» devolver a «EL CONTRATANTE» el valor de las primas pagadas, más los intereses acreditados en la Cuenta Individual y Cuenta de Excedentes, menos los Gastos Variables sobre Prima y Prima Excedente que se detallan en las **Condiciones Particulares** de la póliza.

«LA COMPAÑÍA» requerirá consentimiento previo por escrito de «EL 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: 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 de comienzo de las mismas, inicio que estará condicionado al pago de la prima inicial recibida en las oficinas de «LA COMPAÑÍA». 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.

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 es aprobada.

SEXTA: EDAD

Para efectos del seguro se considerará que la edad es la edad actuarial de «EL ASEGURADO», es decir, aquella que éste tuviera a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, salvo que en 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 de «EL ASEGURADO» a la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza, más el número de años completos transcurridos desde la misma.

«EL CONTRATANTE», «EL ASEGURADO» o sus Beneficiarios deberán probar mediante documentación fehaciente, la fecha de nacimiento de «EL 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 a «EL CONTRATANTE» o a sus Beneficiarios.

Si resultase que la edad declarada fuese mayor que la real, «LA COMPAÑÍA» procederá a ajustar, desde la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza, el saldo de la Cuenta Individual y el costo de las coberturas contratadas a las condiciones reales.

Si resultase que la edad declarada fuese menor que la real, «LA COMPAÑÍA» procederá a ajustar el costo futuro de las coberturas contratadas a las condiciones reales, sin perjuicio del procedimiento mencionado en el tercer párrafo de la cláusula referida a "Importe del Beneficio" del presente contrato.

Si resultase que a la fecha de contratación de la póliza, «EL ASEGURADO» era una persona no asegurable, el contrato quedará sin efecto, debiendo «LA COMPAÑÍA» devolver a «EL CONTRATANTE» el valor de las primas pagadas, más los intereses acreditados en la Cuenta Individual y Cuenta de Excedentes, menos los Gastos Variables sobre Prima y Prima Excedente que se detallan en las **Condiciones Particulares** de la póliza.

SETIMA: CONSTITUCIÓN DE LA CUENTA INDIVIDUAL

El saldo de la Cuenta Individual a la Fecha de Inicio de Vigencia de la presente póliza será igual a la prima neta del derecho de emisión, impuestos y gastos variables sobre prima, acreditada hasta ese momento.

El saldo de la Cuenta Individual al día primero de cada mes calendario posterior a la fecha de inicio de vigencia será igual a:

- El saldo de la Cuenta Individual al día primero del mes calendario inmediatamente anterior.

más

- Toda prima neta de derecho de emisión, impuestos y gastos variables sobre prima (que figuran en la tabla B de las **Condiciones Particulares**), acreditada en la Cuenta Individual durante el mes anterior.

más

- Los intereses garantizados devengados durante el mes anterior, calculados de acuerdo con el procedimiento que se describe en la cláusula referida a Intereses de la Cuenta Individual.

menos

- La Deducción Mensual correspondiente al mes anterior.

El saldo de cada Cuenta Individual en una fecha cualquiera que no coincida con el día primero de un mes calendario es igual a:

- El saldo de la Cuenta Individual al inicio de ese mes.

más

- Toda prima neta del derecho de emisión, impuestos y gastos variables sobre prima, acreditada durante la fracción de mes transcurrida.

menos

- La Deducción Mensual correspondiente al mes en curso.

OCTAVA: INTERESES GARANTIZADOS DE LA CUENTA INDIVIDUAL

La Cuenta Individual de «EL CONTRATANTE» devengará intereses garantizados que se acreditarán al final de cada mes.

Estos intereses se calcularán en forma mensual, tomando la tasa mensual proporcional a la "Tasa de Interés Anual Garantizada de la Cuenta Individual" que figura en las **Condiciones Particulares**. La base de aplicación de dicha tasa mensual será el saldo en la Cuenta Individual al inicio del mes, más la prima neta recibida en el mes, menos la deducción mensual correspondiente.

NOVENA: CONSTITUCION DE LA CUENTA DE EXCEDENTES

El saldo de la Cuenta de Excedentes al día primero de un año póliza posterior a la fecha de inicio de vigencia es igual a:

- Saldo de la Cuenta de Excedentes al día primero del año póliza inmediatamente anterior.

más

- Las primas excedentes netas de derecho de emisión, impuestos y gastos variables sobre prima excedente (que figuran en la tabla B de las **Condiciones Particulares**), acreditadas durante el año póliza anterior.

más

- Intereses excedentes devengados durante el año póliza anterior, calculados de acuerdo con el procedimiento que se describe en la cláusula referida a Intereses Excedentes.

menos

- Retiros Parciales de la Cuenta de Excedentes realizados durante el año póliza anterior.

El saldo de la Cuenta de Excedentes a una fecha que no coincida con el día primero del año póliza es igual a:

- Saldo de la Cuenta de Excedentes al día primero del año póliza anterior.

más

- Las primas excedentes netas de derecho de emisión, impuestos y gastos variables sobre prima excedente, acreditadas durante la fracción de año póliza transcurrida.

menos

- Retiros Parciales de la Cuenta de Excedentes realizados durante la fracción de año póliza transcurrida.

La prima excedente no puede superar el monto máximo especificado en las **Condiciones Particulares**.

DECIMA: INTERESES EXCEDENTES

Al final de cada año póliza se acreditarán en la cuenta denominada Cuenta de Excedentes, los Intereses Excedentes que están conformados por:

1. Intereses por sobre la tasa garantizada aplicados sobre la Cuenta Individual

Para el cálculo de estos intereses se consideran los siguientes factores al final del año póliza:

- 1.a) Saldo de la Cuenta Individual que se capitaliza a la tasa de interés garantizada de la Cuenta Individual (*)
- 1.b) Saldo de la Cuenta Individual Fluctuante, conformada con los mismos conceptos y procedimientos que el saldo de la Cuenta Individual, pero que se capitaliza a las tasas de interés "netas" (*)

y se realiza la siguiente comparación:

- Si "1.b" es mayor que "1.a"
La diferencia "1.b - 1.a" constituye los intereses excedentes del año póliza y éstos son acreditados en la Cuenta de Excedentes. Para el siguiente año póliza, el saldo inicial de ambas cuentas será igual a "1.a".
- Si "1.b" es menor que "1.a"
No existen intereses excedentes en el año póliza y cada cuenta mantiene su propio saldo para iniciar la capitalización en el siguiente año póliza.

(*) El saldo de la cuenta considerado mensualmente para la aplicación de estos intereses es el respectivo saldo mensual de la cuenta disminuido en el Saldo Básico para Intereses Excedentes y el saldo de eventuales préstamos. El Saldo Básico para Intereses Excedentes se detalla en las **Condiciones Particulares**.

2. Intereses aplicados sobre la Cuenta de Excedentes

Para el cálculo de estos intereses se consideran los siguientes factores al final del año póliza:

- 2.a) Saldo de la Cuenta de Excedentes que se capitaliza a la tasa de interés garantizada de la Cuenta de Excedentes
- 2.b) Saldo de la Cuenta de Excedentes Fluctuante, conformada con los mismos conceptos y procedimientos que el saldo de la Cuenta de Excedentes, pero que se capitaliza a las tasas de interés "netas"

y se realiza la siguiente comparación:

- Si "2.b" es mayor que "2.a"
La diferencia "2.b - 2.a" constituye los intereses excedentes del año póliza y éstos son acreditados en la Cuenta de Excedentes. Para el siguiente año póliza, el saldo inicial de ambas cuentas será igual a "2.a".
- Si "2.b" es menor que "2.a"
No existen intereses excedentes en el año póliza y cada cuenta mantiene su propio saldo para iniciar la capitalización en el siguiente año póliza.

Se entiende por tasa de interés "neta" a aquella que «LA COMPAÑÍA» designa en función a la tasa de rendimiento mensual devengada por las inversiones de los fondos provenientes de este plan.

La tasa garantizada de la Cuenta de Excedentes no es igual a la tasa garantizada de la Cuenta Individual. Ambos valores se muestran en las Condiciones Particulares de la póliza.

DECIMO PRIMERA: RETIROS PARCIALES DE LA CUENTA DE EXCEDENTES

En cualquier momento anterior a la solicitud de Seguro Saldado, si existiera, y posterior al "Plazo Mínimo para Solicitudes de Retiros Parciales", que figura en las **Condiciones Particulares**, «EL CONTRATANTE» podrá solicitar, por escrito, fracciones en efectivo del saldo de su Cuenta de Excedentes disminuido en el "Cargo por Retiro Parcial" especificado en las **Condiciones Particulares**. En ningún caso el importe del retiro parcial podrá superar el saldo de la Cuenta de Excedentes, ni tener un valor no comprendido entre los montos mínimo y máximo definidos en las **Condiciones Particulares**.

«LA COMPAÑÍA» se reserva el derecho de limitar la cantidad de retiros que pueden solicitarse durante cada año póliza. Tal limitación figura en las **Condiciones Particulares**.

Asimismo, «LA COMPAÑÍA» se reserva el derecho de diferir el pago del valor del retiro parcial hasta seis (6) meses después de haberse solicitado. Este plazo no será aplicable si el retiro parcial es utilizado para abonar la prima periódica.

Cada retiro parcial produce una disminución equivalente en el saldo de la Cuenta de Excedentes y, por lo tanto, una disminución igual en el Beneficio por Fallecimiento, de acuerdo con lo establecido en la cláusula referida a "Importe del Beneficio".

DECIMO SEGUNDA: TARIFA MENSUAL DEL SEGURO DE VIDA

La "Tarifa Mensual del Seguro de Vida" depende del sexo de «EL ASEGURADO», la edad que alcanzó en su último aniversario de póliza y la última categoría de riesgo que le haya sido asignada. Esta tarifa mensual es calculada periódicamente por «LA COMPAÑÍA» de acuerdo con sus expectativas de mortalidad futura y no podrá exceder en ningún caso las "Tarifas Mensuales Máximas por Mil de Capital".

Las "Tarifas Mensuales Máximas por Mil de Capital" de cada asegurado figuran en la Tabla A de sus respectivas **Condiciones Particulares**. Dichas tarifas máximas se basan en la Tabla de Mortalidad presentada a la Superintendencia de Banca y Seguros para este plan y dependen del sexo de «EL ASEGURADO», la edad alcanzada y la última categoría de riesgo asignada.

La Tabla A será reemplazada en cada oportunidad en la que se produzca una modificación en la categoría de riesgo.

DECIMO TERCERA : 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 de "EL ASEGURADO" por lo menos hasta los ochenta (80) años, siempre y cuando sean abonados en el tiempo y forma establecidas en las **Condiciones Particulares**.

Las primas deberán ser pagadas en las oficinas de «LA COMPAÑÍA» o en sus agencias oficiales o en los bancos o en el domicilio de los agentes debidamente autorizados para ello o a las personas autorizadas por «LA COMPAÑÍA» para tal fin.

DECIMO CUARTA: COSTO MENSUAL DE LA COBERTURA POR FALLECIMIENTO

El costo mensual de la cobertura en caso de fallecimiento prevista en la cláusula referida a Beneficios de estas Condiciones Generales se determina de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- Al mayor valor entre la división de la suma asegurada por un factor igual a uno más el interés mensual equivalente a la tasa de interés anual garantizada de la cuenta individual y el 110 % del saldo de la cuenta individual a dicha fecha, se le resta el total del saldo de la cuenta individual a dicha fecha.
- Al resultado obtenido en a) se lo divide por mil (1000) y se lo multiplica por la correspondiente "Tarifa Mensual Máxima por Mil de Capital".

DECIMO QUINTA: DEDUCCION MENSUAL DE LA CUENTA INDIVIDUAL

El día primero de cada mes calendario se calculará la "Deducción Mensual" cuyo importe se deduce de la Cuenta Individual. La Deducción Mensual resulta de sumar los siguientes componentes:

- El costo por el mes en curso de la cobertura por fallecimiento prevista en estas Condiciones Generales.
- El costo por el mes en curso de las Cláusulas Adicionales que se hubieran incorporado a la póliza de acuerdo con lo establecido en las **Condiciones Particulares**.
- El cargo mensual operativo, cuyo máximo figura en las **Condiciones Particulares**.

DECIMO SEXTA : PERÍODO DE GRACIA

Si al fin de un mes calendario se verificara que el importe de la "Deducción Mensual" correspondiente al mes siguiente es superior al saldo de la Cuenta Individual disminuido en el "Cargo por Rescate" - que figura en la Tabla B de las **Condiciones Particulares** - y el saldo de eventuales préstamos, «LA COMPAÑÍA» transferirá desde la Cuenta de Excedentes a la Cuenta Individual, el importe suficiente para poder efectuar la deducción.

Si aún con el saldo de la Cuenta de Excedentes no se pudiese hacer frente al importe de la "Deducción Mensual", la póliza entrará en un Período de Gracia de treinta (30) días, durante el cual la cobertura se mantendrá vigente; pero si «EL ASEGURADO» sufriera un siniestro pagadero bajo esta póliza en dicho lapso, «LA COMPAÑÍA» deducirá el monto adeudado por «EL CONTRATANTE» del beneficio correspondiente.

Si al finalizar el Período de Gracia no se pudiera realizar la respectiva "Deducción Mensual" por falta de fondos en las cuentas, el contrato de seguro terminará de pleno derecho y en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación, o requerimiento alguno, liberándose «LA COMPAÑÍA» de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

Si existiesen primas vencidas impagas o saldos deudores de eventuales préstamos, «EL CONTRATANTE» podrá regularizar su situación abonando durante el Período de Gracia el monto que le informe «LA COMPAÑÍA»; de no realizar esto, la póliza caducará automáticamente sin valor de rescate alguno, dándose por canceladas las deudas que pudiera tener «EL CONTRATANTE» en virtud de esta póliza.

DECIMO SETIMA: REHABILITACION

«EL CONTRATANTE» podrá rehabilitar la póliza que hubiera caducado por falta de regularización de pagos durante el período de gracia, dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de finalización del referido período, con la finalidad de restablecer los términos originales del contrato.

La póliza no podrá ser rehabilitada cuando la misma haya sido liquidada por su valor de rescate total.

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 de «EL CONTRATANTE» los gastos que pudiera originar esta comprobación.
- Pagar el monto equivalente a tres (3) primas mensuales.

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. El saldo de la Cuenta Individual y los saldos adeudados por «EL CONTRATANTE» por concepto de préstamos volverán a los valores vigentes a la fecha en que caducó la póliza. El plazo estipulado para el período de carencia por suicidio comenzará a regir nuevamente desde el momento de la rehabilitación.

Debido al tiempo transcurrido sin el pago de prima, las pólizas rehabilitadas no tendrán garantía de tiempo de cobertura. En algunos casos, dependiendo de diversos factores como la edad de rehabilitación, «EL CONTRATANTE» deberá realizar pagos adicionales a las tres primas mensuales mencionadas anteriormente, para poder mantener la póliza vigente.

DECIMO OCTAVA: PRESTAMOS

«EL CONTRATANTE» podrá obtener préstamos en efectivo (después de transcurrido el Plazo Mínimo para Solicitudes de Préstamos detallado en las **Condiciones Particulares**) a la tasa de interés sobre saldos que se establezca en el endoso correspondiente. El préstamo solicitado, junto con el saldo de cualquier otro préstamo ya otorgado, no podrá superar el saldo existente en la Cuenta Individual, neta del cargo por rescate y de la estimación de las deducciones mensuales para los siguientes doce meses.

«EL CONTRATANTE» podrá reembolsar a «LA COMPAÑÍA» el importe total del préstamo o parte del mismo durante la vigencia de la póliza. Los intereses del préstamo se calcularán el primer día del mes y el valor de los mismos se añadirán al saldo vigente del mismo préstamo, incrementando la deuda periódicamente por el importe de los intereses mensuales.

En cualquier momento, si el saldo de los préstamos vigentes es igual o superior al saldo de la Cuenta Individual neta del correspondiente cargo por rescate, «LA COMPAÑÍA» cancelará automáticamente el saldo adeudado mediante la liquidación del rescate de la póliza y será de aplicación lo establecido en la cláusula referida a "Período de Gracia" de la presente póliza.

En caso de fallecimiento, el importe total adeudado en virtud de préstamos otorgados bajo esta póliza se deducirá del Beneficio por Fallecimiento que corresponda liquidar.

Los impuestos y gastos que origine el préstamo serán por cuenta de «EL CONTRATANTE» con excepción de aquellos que por ley corresponden a «LA COMPAÑÍA».

DECIMO NOVENA: RESOLUCION DE LA POLIZA Y RESCATE

EL CONTRATANTE podrá solicitar, luego de transcurrido el "Plazo Mínimo para Solicitudes de Rescate" (especificado en las **Condiciones Particulares**), la resolución de su póliza por el correspondiente Valor de Rescate, previa comunicación escrita con por lo menos un mes de anticipación, quedando la póliza sin efecto a las 23:59 horas del último día hábil del mes siguiente a la respectiva comunicación (fecha de resolución) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza, salvo la obligación de LA COMPAÑÍA de abonar el valor de rescate. La comunicación de resolución de la póliza deberá adjuntar el original de la póliza y copia del DNI de «EL CONTRATANTE», o copia del RUC y DNI del representante tratándose de personas jurídicas.

El valor de Rescate será igual al saldo de la Cuenta Individual a la fecha de resolución de la póliza, menos el "Cargo por Rescate" – que figura en la Tabla B de las **Condiciones Particulares** – menos el saldo adeudado a LA COMPAÑÍA por eventuales préstamos. Al resultado obtenido se le agrega el saldo de la respectiva Cuenta de Excedentes.

Asimismo, EL CONTRATANTE podrá solicitar la resolución de su póliza sin derecho al valor de rescate, en cualquier momento antes del "Plazo Mínimo para Solicitudes de Rescate", aplicándose los mismos requisitos y plazos establecidos en el primer párrafo de la presente cláusula.

VIGESIMA: SEGURO SALDADO

«EL CONTRATANTE» podrá solicitar, por escrito, transformar su póliza en un Seguro Saldado sin pago posterior de primas.

Las condiciones de este seguro saldado son las siguientes:

- La cobertura regirá hasta que la edad alcanzada de «EL ASEGURADO» sea igual a noventa y cinco (95) años.
- «LA COMPAÑÍA» determinará el Capital Asegurado que corresponda a la prima única cuyo importe será igual al saldo de la Cuenta Individual más el saldo de la respectiva Cuenta de Excedentes al momento que «EL CONTRATANTE» solicite saldar su póliza, (netas del "Cargo por Rescate" que figura en la Tabla B de las **Condiciones Particulares** y del saldo adeudado a «LA COMPAÑÍA» por eventuales préstamos), basándose en los mismos criterios utilizados para la determinación de primas. Este Capital Asegurado Saldado se mantendrá constante y no requerirá pagos de primas posteriores.
- La prima única de esta póliza saldada se calculará teniendo en cuenta el sexo, la edad alcanzada de «EL ASEGURADO» y la categoría de riesgo que le fue asignada, aplicando las bases técnicas autorizadas por la Superintendencia de Banca y Seguros.
- El nuevo capital asegurado no podrá ser nunca inferior al Capital Mínimo Asegurable para el Seguro Saldado ni superior al Capital Máximo Asegurable para el Seguro Saldado, ambos detallados en las **Condiciones Particulares**.

- Cualquier remanente, luego de deducidos los saldos de eventuales préstamos y la prima única de la póliza saldada, quedará a disposición de «EL CONTRATANTE».
- La póliza saldada puede ser rescatada en cualquier momento, calculándose el Valor de Rescate de acuerdo con las bases técnicas aprobadas por la Superintendencia de Banca y Seguros.

VIGESIMO PRIMERA: LIMITE DE LOS NOVENTA Y CINCO (95) AÑOS

Si «EL ASEGURADO» alcanzara con vida el aniversario de la póliza en el cual cumple los noventa y cinco (95) años de edad para el seguro, «LA COMPAÑÍA» pagará a esta persona el saldo de la Cuenta Individual y Cuenta de Excedentes, luego de deducidos los saldos de eventuales préstamos, dándose por concluida la cobertura de la póliza y toda obligación de pago entre las partes.

VIGESIMO SEGUNDA: TERMINACION DE LA COBERTURA

Esta póliza terminará en la primera de las siguientes fechas:

1. Aquella en la que se produzca el fallecimiento de «EL ASEGURADO», en cuyo caso los Beneficiarios designados percibirán el Beneficio por Fallecimiento vigente.
2. Aquella en la que el período de gracia, concedido según lo establece la cláusula correspondiente, termina sin que se pueda realizar la respectiva deducción mensual por falta de fondos en las cuentas.
3. Treinta días (30) después a aquella en la que «EL CONTRATANTE» solicite por escrito la anulación y/o el rescate de su póliza, en cuyo caso se aplicará lo establecido en la cláusula referida a dichos temas.
4. Aquella en la que «EL ASEGURADO» alcance los noventa y cinco (95) años de edad para la póliza, cumpliéndose lo establecido en la cláusula referida al Límite de los Noventa y Cinco Años.
5. 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.

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.

VIGESIMO TERCERA: EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

Este contrato de seguros no cubre el fallecimiento de «EL ASEGURADO» cuando el deceso se produjera como consecuencia de:

- a) Guerra declarada o no, civil o internacional.
- b) Participación en 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 de «EL CONTRATANTE».
- f) El uso de estupefacientes.
- g) Suicidio, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente al menos por tres años completos antes del hecho. En caso contrario, «LA COMPAÑÍA» devolverá a los beneficiarios instituidos el valor de rescate correspondiente.
Asimismo, transcurridos los primeros años de vigencia, los aumentos de capital asegurado solicitados por «EL CONTRATANTE» que se hayan concedido en los tres años inmediatamente anteriores al suicidio, no integrarán el beneficio por fallecimiento, devolviendo «LA COMPAÑÍA» el costo del seguro de vida correspondiente a dichos aumentos.
- h) Realización de una actividad o deporte riesgoso, que las partes hayan acordado excluir de la cobertura, al no aceptar «EL CONTRATANTE» un recargo de prima. De dicha exclusión deberá dejarse constancia detallada mediante un endoso de la póliza.

Producido el fallecimiento de «EL ASEGURADO» durante la vigencia de esta cobertura por cualquiera de las causas enunciadas en los incisos precedentes, «LA COMPAÑÍA» abonará el valor de rescate de la póliza.

VIGESIMO CUARTA: DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

«EL CONTRATANTE» tiene el derecho de nombrar a el o los Beneficiarios Principales y Contingentes que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el beneficio del seguro de vida pagadero al fallecimiento de «EL 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 aunque se notifique a «LA COMPAÑÍA» después del fallecimiento de «EL ASEGURADO»; sin embargo, «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 a «EL 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 conforme a las cuotas hereditarias. 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 de «EL ASEGURADO».

«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 de «EL ASEGURADO» no quedara ninguno de los Beneficiarios Principales, se procederá a efectuar el pago a los Beneficiarios Contingentes.

VIGESIMO QUINTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

Estando esta póliza en pleno vigor, si ocurriera el deceso de «EL ASEGURADO» sus beneficiarios percibirán el beneficio por fallecimiento que corresponda, según lo establecido en la cláusula referente al "Importe del Beneficio".

«LA COMPAÑÍA» efectuará el pago que corresponda en sus oficinas, después de recibidas del beneficiario las siguientes pruebas:

- Caso de Muerte Natural:
 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
- Caso de Muerte Accidental:
 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. Atestado policial completo
 7. Resultado toxicológico

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.

VIGESIMO SEXTA: IMPORTE DEL BENEFICIO

El importe del beneficio por fallecimiento será igual al valor más alto entre el capital asegurado señalado en las **Condiciones Particulares** de la póliza y el 110 % del saldo de la cuenta individual. Al monto obtenido se le agregará el saldo de la Cuenta de Excedentes al momento de ocurrir el siniestro.

Queda expresamente establecido que antes de proceder al pago del Beneficio por Fallecimiento se descontarán las deudas que pudiera mantener «EL CONTRATANTE» con «LA COMPAÑÍA».

Si al momento de liquidar el siniestro se determinara que la edad declarada en la solicitud de la póliza era menor que la edad real de «EL ASEGURADO», se deducirá del Beneficio por Fallecimiento el costo del seguro de vida correspondiente a la edad real.

El Beneficio por Fallecimiento será liquidado según el plan seleccionado por «EL CONTRATANTE» o los Beneficiarios en su conjunto, según corresponda, de entre los establecidos en la cláusula referida a "Planes de Pago del Beneficio por Fallecimiento".

VIGESIMO SETIMA: MODIFICACIONES DEL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

Transcurrido un (1) año de vigencia de la póliza, «EL CONTRATANTE» puede solicitar, por escrito, aumentar la Suma Asegurada. Dicho incremento podrá ser por un monto igual o superior al Capital Adicional Mínimo, detallado en las **Condiciones Particulares**. En este caso, «LA COMPAÑÍA» se reserva el derecho de exigir a su criterio, evidencias de asegurabilidad satisfactorias sobre «EL ASEGURADO». Si el aumento es llevado a cabo, el costo del seguro será recalculado considerando la nueva categoría de riesgo asignada y tomando

en cuenta lo indicado en la cláusula referida a "Tarifa Mensual del Seguro de Vida". El aumento tendrá vigencia a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que «LA COMPAÑÍA» apruebe la solicitud.

Transcurridos cinco (5) años de vigencia de la póliza, «EL CONTRATANTE» puede solicitar, por escrito, disminuir la suma asegurada, siempre y cuando la nueva suma asegurada no sea menor que el "Capital Asegurado Mínimo" que figura en las **Condiciones Particulares**. El cambio tendrá vigencia a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que «LA COMPAÑÍA» apruebe la solicitud.

Cualquier cambio en la suma asegurada sólo será permitido cuando hayan transcurrido por lo menos veinticuatro (24) meses desde la última solicitud de cambio aprobada. Todo cambio en la suma asegurada, implicará la correlativa modificación de todas las Cláusulas Adicionales cuyos límites de indemnización estén vinculados - directa o indirectamente - con la suma asegurada.

Una vez autorizada la modificación de la suma asegurada por parte de «LA COMPAÑÍA», se adecuarán los niveles de las primas periódicas, a los efectos de cumplir con las coberturas prometidas.

VIGESIMO OCTAVA: PLANES DE PAGO DEL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

«EL CONTRATANTE» seleccionará un plan de pago del Beneficio por Fallecimiento de entre los planes previstos por «LA COMPAÑÍA». Asimismo, podrá modificar el plan de pago elegido.

Todo cambio o revocación de cambio del plan de pago del Beneficio por Fallecimiento deberá ser hecho por escrito y no tendrá efecto sino después que haya sido informado a «LA COMPAÑÍA» y ésta haya registrado tal modificación en la póliza.

En caso de no existir un plan de pago seleccionado por «EL CONTRATANTE» al momento del fallecimiento de «EL ASEGURADO», el o los Beneficiarios en su conjunto elegirán el plan.

El plan de pago que podrá seleccionar «EL CONTRATANTE» o los Beneficiarios, según corresponda, deberá ser alguno de los Planes que se detallan a continuación:

1. **Pago Unico del Beneficio por Fallecimiento:** «LA COMPAÑÍA» abonará la indemnización correspondiente a el o los Beneficiarios, en una sola armada.
2. **Renta Temporal Mensual de Pagos Ciertos:** «LA COMPAÑÍA» abonará a el o a los Beneficiarios un importe mensual, igual y consecutivo durante la cantidad de años determinada por «EL CONTRATANTE» o Beneficiario, según corresponda. Los pagos se realizarán dentro de los diez primeros días de cada mes.

Para calcular el importe de cada pago periódico se utilizará la tasa de interés periódica equivalente a la anual garantizada de la Cuenta Individual que figura en las **Condiciones Particulares**. Asimismo se podrá pactar que la frecuencia de la renta sea trimestral, semestral o anual en lugar de mensual.

Ocurrido el fallecimiento del Beneficiario, el valor actual de los pagos pendientes se abonará a los herederos del mismo.

El Beneficiario puede solicitar pagos anticipados que serán descontados con una tasa periódica equivalente a la anual garantizada de la Cuenta Individual. «LA COMPAÑÍA» se reserva el derecho de diferir el pago de los anticipos hasta seis (6) meses después de haberse solicitado.

3. **Pagos Periódicos de Suma Fija:** «LA COMPAÑÍA» abonará a el o a los Beneficiarios un importe trimestral, semestral o anual según el monto determinado oportunamente por «EL CONTRATANTE» o Beneficiario, según corresponda. Los pagos se realizarán dentro de los diez primeros días del período correspondiente.

Para calcular la cantidad de pagos a realizar se utilizará la tasa de interés periódica equivalente a la anual garantizada de la Cuenta Individual que figura en las **Condiciones Particulares**.

Ocurrido el fallecimiento del Beneficiario, el valor actual de los pagos pendientes se abonará a los herederos del mismo.

El Beneficiario puede solicitar pagos anticipados que serán descontados con una tasa periódica equivalente a la anual garantizada de la Cuenta Individual. «LA COMPAÑÍA» se reserva el derecho de diferir el pago de los anticipos hasta seis (6) meses después de haberse solicitado.

4. **Renta Vitalicia:** «LA COMPAÑÍA» transferirá el importe del Beneficio por Fallecimiento, neto de toda deuda a su favor, a una renta vitalicia, la que debe estar registrada en la Superintendencia de Banca y Seguros.

VIGESIMO NOVENA: INFORMACION AL CONTRATANTE

«LA COMPAÑÍA» suministrará periódicamente a «EL CONTRATANTE» la siguiente información:

- Nombre de «EL CONTRATANTE»
- Nombre de «EL ASEGURADO»
- Número de póliza
- Período al cual corresponde la información
- Beneficio por Fallecimiento vigente a la fecha del informe
- Cláusulas Adicionales contratadas e importe de los beneficios correspondientes
- Saldo de la Cuenta Individual a la fecha del informe
- Saldo de la Cuenta de Excedentes a la fecha del informe
- Detalle de los movimientos producidos en la Cuenta Individual y en la Cuenta de Excedentes desde la fecha del último informe: primas, interés acreditado, retiros y préstamos, etc.

Dicha información deberá ser remitida como mínimo anualmente, dentro de los noventa (90) días calendario siguientes al término del año póliza.

TRIGESIMA: 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. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas.

«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 de «EL CONTRATANTE».

EL PACIFICO VIDA
Compañía de Seguros y Reaseguros

Compañía de Seguros y Reaseguros

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

TRIGESIMO SETIMA: 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 presente Contrato de Seguros.

También se deja claramente establecido que si la moneda prevista en las **Condiciones Particulares** del presente Contrato de Seguros, no fuese la de curso legal en el Perú y, como consecuencia de cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central de Reserva del Perú o por mandato de cualquier norma legal:

- a. No estuviera permitido obtener la moneda extranjera en el mercado; o
- b. Existiera impedimento de mantener las reservas o inversiones en moneda extranjera; o
- c. Por cualquier norma o mandato legal de carácter obligatorio, los pagos no se pudieran efectuar o no fuera posible mantener las reservas en la moneda pactada

todas las obligaciones contractuales vigentes y pendientes de ser ejecutadas, serán convertidas en moneda nacional al tipo de cambio del día de entrada en vigencia de la norma legal correspondiente.

CLAUSULA DE EXONERACION DE LA DEDUCCION MENSUAL DE LA COBERTURA BASICA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

1. COBERTURA

En caso de invalidez total y permanente a consecuencia de enfermedad o accidente del asegurado, conforme al artículo 2º de la presente cláusula adicional, la compañía aseguradora exonerará a éste del costo de seguro de Vida previsto en la Cobertura Básica y esta cláusula adicional, así como del cargo mensual operativo de la póliza principal, después de la fecha de la invalidez, determinada en la forma prescrita en el artículo 6º, y por todo el tiempo que ésta persista hasta alcanzar el asegurado los 65 años de edad. Todo ello, siempre y cuando la invalidez se produzca antes que el asegurado cumpla los 60 años de edad.

2. DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se entiende por:

- a) Invalidez Total y Permanente: La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado por causa de enfermedad o accidente, y que produzca un menoscabo irreversible superior a 2/3 partes de su capacidad de trabajo. Esta evaluación se realizará en conformidad a las "normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del sistema privado de pensiones, de acuerdo a lo indicado en la Resolución N° 177-93-EF/SAFP."

En todo caso, se consideran casos de invalidez total y permanente:

1. La pérdida total de ambos ojos, de modo irreparable.
2. Pérdida total de:
 - ambos brazos,
 - ambas manos,
 - ambas piernas,
 - ambos pies, o
 - un brazo o mano conjuntamente con una pierna o pie

El término invalidez que aparezca en lo sucesivo significará invalidez total y permanente.

- b) Pérdida Total de un Órgano: La eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional, o la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiológica, del o los miembros y órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico el miembro u órgano comprometido.
- c) Miembro: Cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de locomoción y prensión, tales como piernas y brazos.
- d) Órgano: Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función.

La compañía aseguradora no otorgará el beneficio de este adicional, si la invalidez total y permanente del asegurado tiene su origen en una enfermedad o accidente anterior a la contratación de esta Cláusula Adicional. Por lo tanto, sólo procederá la exoneración del costo del Deducción mensual que esta Cláusula Adicional otorga, si las causas de la invalidez total y permanente del asegurado se han producido o iniciado durante la vigencia del adicional.

3. EXCLUSIONES

La exoneración del pago de la Deducción mensuales no operará si la invalidez hubiera provenido de:

- a) Intento de suicidio cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por si mismo, o por terceros con su consentimiento.
- b) 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.
- c) 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, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el adicional o durante su vigencia.
- d) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el adicional o durante su vigencia.
- e) Que el asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas.
- f) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

4. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA.

La compañía aseguradora cubrirá la invalidez que afecte al asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el artículo N° 3, letras c), d) y f), cuando estos hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la compañía aseguradora con el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza principal.

5. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Este adicional es parte integrante y accesoria de la póliza principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en éste, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válido y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto:

- a) Por terminación anticipada por falta de pago de prima, liquidación o vencimiento de la póliza principal.
- b) Por rescate o transformación de la póliza principal en seguro saldado o en seguro prorrogado, cuando corresponde al Seguro de Vida de Valores Garantizados.

- c) A partir de la fecha en que el asegurado cumpla 60 años de edad, rebajándose desde entonces la parte de la prima que corresponda a este adicional.

6. PROCEDIMIENTO EN CASO DE INVALIDEZ Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

Producida la invalidez del asegurado, ésta deberá ser notificada a la compañía aseguradora por carta certificada dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que se haya producido.

El asegurado deberá proporcionar a la compañía aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la compañía para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar la facilidad y someterse a los exámenes y pruebas que la compañía aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la invalidez y determinar la fecha en que ésta se haya producido. El costo de estos exámenes y pruebas será de cargo de la compañía aseguradora.

Si transcurrido este plazo la invalidez subsistiera, la compañía aseguradora concederá por escrito el beneficio estipulado en esta Cláusula Adicional, a contar desde la fecha en que se produjo la invalidez. Durante este periodo de 6 meses de observación, la compañía aseguradora exonerará el pago de la Deducción Mensuales al asegurado, tanto de la póliza principal como de este adicional.

7. PERSISTENCIA DE LA INVALIDEZ

Una vez transcurrido el periodo de observación de 6 meses descrito en el artículo precedente, la compañía aseguradora podrá requerir cada 6 meses pruebas que acrediten que su invalidez continúa.

Sin embargo, si ha permanecido invalido durante 2 años completos desde la fecha de invalidez de esta cláusula adicional, la compañía aseguradora podrá, a su propio costo, exigir que dichas pruebas se presenten una vez al año, dentro de los 90 días previos al aniversario de la aprobación inicial de la invalidez.

Si por cualquier motivo, el asegurado dejase de presentar las pruebas solicitadas por la compañía aseguradora, deberá continuar a partir de ese momento con el pago de la Deducción Mensuales de acuerdo con las condiciones de la póliza principal y de esta Cláusula Adicional, salvo que el asegurado pruebe que se encontraba imposibilitado, por causa de fuerza mayor, de proporcionar las pruebas requeridas dentro del plazo de 90 días señalado en el inciso precedente.

Para los efectos de este artículo, las comunicaciones entre compañía aseguradora y asegurado, y viceversa, se harán por carta certificada en el domicilio señalado por las partes en el presente contrato.

8. DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si una vez transcurrido el plazo de 30 días a que se refiere el artículo 6º de la presente Cláusula Adicional, la compañía aseguradora determina que no se ha producido la invalidez total y permanente del asegurado; este podrá, dentro de los 10 días siguientes a la comunicación de esta determinación, requerir que la invalidez sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la compañía aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por lo menos un año

como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia de Administración de Fondo de Pensiones (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente conforme a la definición de invalidez contenida en el artículo 2º de este adicional y a las "Normas de evaluación y calificación del grado de invalidez" del sistema de pensiones según la resolución 177-93-EF/SAFP.

La junta médica podría someter al asegurado a los exámenes médicos que considera necesarios.

La declaración de invalidez de asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la junta médica un valor meramente informativo.

El costo de esta evaluación será compartido en partes iguales entre el asegurado y la compañía.

Durante el tiempo que dure esta evaluación, el asegurado deberá continuar pagando la Deducción Mensuales de la póliza principal y de este adicional, las que serán devueltas al asegurado en caso que dicha evaluación determine que es una invalidez cubierta por el presente adicional.

9. CARÁCTER DE LOS BENEFICIOS

El presente beneficio es adicional e independiente de otros previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará deducción alguna, en concepto de primas y/o costos eximidos, del Beneficio por Fallecimiento de la Cobertura Básica al pagarse ésta por fallecimiento del Asegurado.

Se deja expresamente establecido que, una vez otorgado el beneficio previsto en esta cláusula, el Tomador no podrá efectuar modificaciones en la Suma Asegurada.



CLAUSULA DE ENFERMEDADES GRAVES

Esta cláusula adicional, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza, se regirá por las consideraciones siguientes:

1. COBERTURA

La Compañía concederá el beneficio acordado por esta cláusula al Asegurado que se le diagnostique alguna de las enfermedades graves definidas en el apartado "Enfermedades Cubiertas", siempre y cuando tal diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez, con posterioridad al período de carencia y antes que el asegurado alcance los sesenta y cinco (65) años de edad. Asimismo, el Asegurado deberá superar el período de sobrevivencia establecido en la presente cláusula.

2. ENFERMEDADES CUBIERTAS

Las enfermedades cubiertas por esta cláusula son las definidas a continuación:

2.1 Cáncer

Tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión de tejidos, incluyendo la leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático, como la enfermedad de Hodgkin.

Se excluye:

- a. Carcinomas in situ no invasivos, tumores localizados no invasivos que muestran sólo cambios malignos tempranos
- b. Tumores asociados al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o a la condición de HIV positivo
- c. Cáncer de piel, salvo que se haya diagnosticado como melanoma maligno
- d. Leucemia linfocítica crónica

2.2 Ataque al Corazón

También denominado infarto de miocardio, trombosis coronaria u oclusión coronaria. Se define como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como consecuencia del deficiente suministro sanguíneo a la zona afectada.

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

- a. Antecedentes de dolores pectorales típicos
- b. Cambios nuevos y relevantes detectados por electrocardiograma
- c. Aumento de las enzimas cardíacas por encima de los valores aceptados como normales

2.3 Infarto o Hemorragia Cerebral

Todo padecimiento cerebrovascular de duración superior a 24 horas, que produzca secuelas neurológicas persistentes de por lo menos treinta (30) días contados a partir del infarto cerebral e incluya la destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal.

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

2.4 Insuficiencia Renal

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

2.5 Enfermedad Coronaria que exija Intervención Quirúrgica

Someterse a cirugía cardíaca para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos (2) o más arterias coronarias con injertos de by-pass o puente coronario, diagnosticado por el resultado de una angiografía y/o coronariografía.

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

2.6 Transplante de Organos Vitales

Cuando, como consecuencia del diagnóstico médico, sea preciso efectuar un transplante de corazón, pulmón, hígado, riñón o médula ósea. La garantía cubre únicamente al receptor y no al donante.

3. EXCLUSIONES

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

- a) Intento de suicidio cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por si mismo, o por terceros con su consentimiento.
- b) Abuso del alcohol o de alcaloides.
- c) SIDA, el Complejo Relacionado al SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es HIV positivo.
- d) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- e) Contaminación radioactiva.
- f) Envenenamiento o inhalación de gas venenoso.

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

4. PERIODO DE CARENCIA

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

5. PERIODO DE SOBREVIVENCIA

La Compañía pagará la suma asegurada bajo esta cláusula, solamente si el Asegurado sobrevive a los treinta (30) días posteriores al diagnóstico de la enfermedad grave descrita en los apartados 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4 o a la intervención quirúrgica detallada en los apartados 2.5 y 2.6.

6. DURACION Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

- a) A partir del momento en que la Compañía hubiese realizado el pago del beneficio correspondiente a esta cláusula adicional.
- b) Por cualquiera de las causas de terminación del seguro principal, rescate o por la transformación de éste en seguro saldado o en seguro prorrogado cuando estos derechos estén contemplados.

- c) Cuando el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- d) Por solicitud expresa del Contratante de la cancelación de esta cláusula adicional. La solicitud de cancelación deberá ser presentada por escrito en las oficinas de la Compañía.

En los casos (a), (c) y (d), la parte de la prima que corresponde a esta cláusula adicional será rebajada de la prima periódica.

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

7. COSTO DE LA COBERTURA

El costo inicial de esta cláusula adicional se muestra en las Condiciones Particulares.

Las partes convienen en forma expresa que la Compañía podrá revisar y modificar el costo, y por lo tanto la prima, aplicable a esta cláusula adicional, con una frecuencia no inferior a un año, en los casos que se produzca una agravación o una variación del riesgo de la población asegurada bajo esta cláusula adicional. Dicha modificación será presentada a la Superintendencia de Banca y Seguros, con un mínimo de treinta (30) días de antelación a su utilización, aplicación y entrada en vigencia.

8. AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLAUSULA ADICIONAL

Para que la denuncia del siniestro sea considerada como válida, se requiere la presentación de un informe escrito con el diagnóstico del especialista que asistió al Asegurado, acompañado con documentación que respalde tal diagnóstico, integrado por estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio. Tal documentación deberá ser presentada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del diagnóstico de la enfermedad grave, en las oficinas de la Compañía, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

Si no se cumpliera con lo dispuesto en el presente artículo dentro del plazo indicado, la Compañía quedará libre de la obligación de pagar la indemnización o beneficio pactado bajo esta cláusula adicional, generándose la caducidad del derecho a cobro.

9. DETERMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD GRAVE

La Compañía deberá manifestar su aceptación, postergación o rechazo de la cobertura en un máximo de treinta (30) días, contados desde la fecha que resulte posterior entre la recepción de toda la documentación solicitada al Asegurado y la finalización del período de sobrevivencia. Si la información presentada no resultara concluyente, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar, a su cargo, exámenes médicos adicionales realizados por un profesional de su elección. El Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la enfermedad grave.

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

En caso de sobrevenir alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, la misma será sometida a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte. Los médicos designados por las partes tendrán un plazo de quince (15) días para presentar su informe. En caso de divergencia, ambos médicos designarán dentro de los ocho (8) días siguientes, un tercer perito médico, el que deberá dar su diagnóstico dentro del plazo de quince (15) días posteriores a su designación.

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

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

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.

10. BENEFICIO INDEMNIZABLE

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

Por esta garantía se derivará un solo pago del capital pactado, aun en el caso de que se le diagnostiquen al Asegurado más de una de las enfermedades graves cubiertas o que se le practique más de una de las intervenciones quirúrgicas, en la misma o en distintas fechas.

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

11. OTRAS PROVISIONES

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

CLAUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Esta cláusula adicional, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza, se registrará por las consideraciones siguientes:

1. COBERTURA

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado a consecuencia de enfermedad o de accidente, la Compañía pagará el capital asegurado para esta cláusula indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. Esto se cumplirá siempre que el seguro principal esté vigente y la invalidez total y permanente ocurra antes que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad y si es consecuencia de enfermedad, que hayan transcurrido por lo menos seis (6) meses desde el inicio de la cobertura de la cláusula.

La suma pagada por esta cláusula adicional será descontada del capital asegurado de la Cláusula Adicional de Muerte Accidental en el caso que el Asegurado falleciere a consecuencia de un accidente posterior, todo ello siempre que dicha cláusula adicional haya sido incluida en la póliza.

2. DEFINICION DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

A efectos de la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente el hecho que el Asegurado antes de cumplir sesenta (60) años de edad, y si es consecuencia de enfermedad después de haber transcurrido por lo menos seis (6) meses desde el inicio de la vigencia de esta cobertura, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual que le produzca un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, debido a lesiones corporales o por enfermedad y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses consecutivos. 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°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

3. EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la invalidez total y permanente 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) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier 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.
- c) 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, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente cláusula adicional o durante su vigencia.

- d) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente cláusula adicional o durante su vigencia.
- e) Abuso del alcohol o de alcaloides.
- f) Duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.
- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- h) SIDA, el Complejo Relacionado al SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es HIV positivo.
- i) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- j) Contaminación radioactiva.
- k) Envenenamiento o inhalación de gas venenoso.
- l) Desórdenes nerviosos o mentales.

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

4. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA.

La Compañía cubrirá la invalidez total y permanente que afecte al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el artículo N° 3, literales c), d) y g), cuando éstos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la Compañía con el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

5. DURACION Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

- a) A partir del momento en que la Compañía hubiese realizado el pago del beneficio correspondiente a esta cláusula adicional.
- b) Por cualquiera de las causas de terminación del seguro principal, rescate o por la transformación de éste en seguro saldado o en seguro prorrogado cuando estos derechos estén contemplados.
- c) Cuando el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad.
- d) Por solicitud expresa del Contratante de la cancelación de esta cláusula adicional. La solicitud de cancelación deberá ser presentada por escrito en las oficinas de la Compañía.

En los casos (a), (c) y (d), la parte de la prima que corresponde a esta cláusula adicional será rebajada de la prima periódica.

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

6. COSTO DE LA COBERTURA

El costo inicial de esta cláusula adicional se muestra en las Condiciones Particulares.

Las partes convienen en forma expresa que la Compañía podrá revisar y modificar el costo, y por lo tanto la prima, aplicable a esta cláusula adicional, con una frecuencia no inferior a un año, en los casos que se produzca una agravación o una variación del riesgo de la población asegurada bajo esta cláusula adicional. Dicha modificación será presentada a la Superintendencia de Banca y Seguros, con un mínimo de treinta (30) días de antelación a su utilización, aplicación y entrada en vigencia.

7. 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 cubierto o enfermedad. 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 o enfermedad, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

Si no se cumpliera con lo dispuesto en el presente artículo dentro del plazo indicado, la Compañía quedará libre de la obligación de pagar la indemnización o beneficio pactado bajo esta cláusula adicional, generándose la caducidad del derecho a cobro.

El Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la invalidez total y permanente.

8. DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo 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 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.

La Compañía determinará en un máximo de 30 días, contados desde la fecha que resulte posterior entre la recepción de toda la documentación solicitada al Asegurado y la finalización del período de espera de seis (6) meses desde el inicio de la invalidez a que se refiere el artículo N° 2, si ha ocurrido la invalidez total y permanente del Asegurado.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen podrá apelar al mismo dentro de los 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 (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez", según la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes

médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.

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.

9. BENEFICIO INDEMNIZABLE

El beneficio indemnizable, en virtud de la presente póliza, será pagado al Asegurado en tres (3) cuotas anuales iguales. La primera cuota se pagará dentro de los treinta (30) días de haber determinado la invalidez total y permanente del Asegurado. Las otras cuotas serán abonadas a los aniversarios del pago de la primera cuota, siempre y cuando el Asegurado continúe en condición de invalidez total y permanente, según la definición dada en el artículo N° 2 de esta cláusula adicional, y esté con vida.

La Compañía podrá, a su propio costo, exigir una vez al año dentro de los noventa (90) días previos al aniversario de la aprobación inicial de la invalidez, pruebas que acrediten que la invalidez total y permanente del Asegurado continúa.

El pago de las fracciones sucesivas del capital asegurado se suspenderá automáticamente si el Asegurado se restablece en su capacidad de trabajo a juicio y dictamen del servicio médico de la Compañía. En este caso, las garantías de este seguro entrarán nuevamente en vigencia, mediante el pago de la prima que corresponda a una suma asegurada equivalente a la diferencia, entre la suma asegurada en la fecha de inicio de la invalidez y los pagos parciales efectuados por la Compañía durante el período de invalidez, la que será determinada por la Compañía.

Si por cualquier motivo el Asegurado dejase de presentar las pruebas solicitadas por la Compañía, entonces perderá el derecho al pago del beneficio indemnizable, salvo que el Asegurado pruebe que se encontraba imposibilitado por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, de proporcionar las pruebas requeridas dentro del plazo de noventa (90) días a que se refiere el presente artículo.

CLAUSULA ADICIONAL BENEFICIO POR INVALIDEZ ACCIDENTAL

La cobertura adicional del Beneficio por Invalidez Accidental se rige por lo establecido en la presente cláusula adicional y en las Condiciones Generales del seguro principal, en adelante Condiciones Generales de la póliza.

PRIMERA: DEFINICIONES

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

- **Accidente:** Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.
No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- **Miembro:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **Órgano:** Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA

La Compañía pagará hasta el 100% del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta cláusula adicional, de acuerdo a los porcentajes establecidos en el presente documento, si la persona designada en la misma como Asegurado sufriera, durante la vigencia de esta cláusula adicional, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento. Esto se cumplirá siempre y cuando el seguro principal esté vigente y la invalidez ocurra antes que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad.

Para tener derecho al pago del 100% del capital asegurado de esta cobertura, ajustado por el porcentaje determinado según el grado de invalidez correspondiente establecido en el presente documento, el Asegurado deberá encontrarse con vida y mantener la condición de invalidez total y permanente por lo menos hasta el segundo (2do) año y treinta (30) días contados desde la determinación de su invalidez. En caso contrario, sólo tendrá derecho a un tercio, o dos tercios del capital asegurado ajustado por el porcentaje determinado según el grado de invalidez correspondiente, conforme se establece en la cláusula "Pago del Beneficio" de este documento. Sin embargo, si la invalidez cubierta consiste en la separación completa, en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, el Asegurado tendrá derecho al pago del 100% del capital asegurado ajustado por el porcentaje determinado según el grado de invalidez correspondiente, desde el momento en que se determine su condición de invalidez conforme a lo dispuesto en el presente documento.

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 Compañía cubrirá la Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento que pueda resultar de accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

La suma pagada por esta cláusula adicional será descontada del capital asegurado de la cláusula de Muerte Accidental, si ésta hubiera sido contratada, en el caso que el Asegurado falleciera a consecuencia del mismo accidente o de un accidente posterior.

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

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 sufriera 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:

- a) El 100% por la pérdida total de:
 - La visión de ambos ojos, o
 - Ambos brazos o ambas manos, o
 - Ambas piernas o ambos pies, o
 - Una mano y un pie.
- b) El 50% por la pérdida total de:
 - La audición completa de ambos oídos, o
 - Un brazo, o
 - Una mano, o
 - Una pierna, o
 - Un pie, o
 - La visión de un ojo en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido ceguera total del otro, antes de contratar esta cláusula adicional.
- c) El 35% por la pérdida total de:
 - La visión de un ojo en caso de que no existiera ceguera total del otro, antes de contratar esta cláusula adicional.
- d) El 25% por la pérdida total de:
 - La audición completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido sordera total del otro, antes de contratar esta cláusula adicional.
- e) El 100% en aquellos casos de invalidez no contemplados precedentemente y que produzca al Asegurado una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo. Siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de noventa (90) días consecutivos, 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° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

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

CUARTA: TERMINACIÓN 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 de la póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente.

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

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Cuando el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional, en caso que el seguro principal contemple una duración mayor a esta cláusula adicional.
- c) La solicitud expresa del Contratante de la cancelación de esta cláusula adicional. La solicitud deberá ser presentada por escrito en las oficinas de la Compañía, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día hábil del mes siguiente a la respectiva comunicación y rebajándose desde entonces la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.
- d) Por rescate o transformación del seguro principal en seguro saldado o en seguro prorrogado cuando estos derechos estén contemplados en la póliza.
- e) Cuando el Asegurado haya percibido el 100% del beneficio previsto por esta cláusula adicional, integrando para la determinación de este porcentaje el pago de todo beneficio generado por una o más lesiones, a consecuencia de uno o varios accidentes, ocurridos durante la vigencia de esta cláusula adicional y rebajándose desde entonces la parte de la prima que corresponda a este beneficio.
- f) Cuando el Asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional de invalidez que contemple exoneración de pago de primas o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.

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

QUINTA: EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la invalidez 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) 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 que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.
- c) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso que no haya sido declarado por El Asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.
- d) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- e) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- f) El uso de alucinógenos o drogas no prescritas.
- g) 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 el accidente.
- h) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos, anestésicos o similares.
- i) 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.
- j) Consecuencia de enfermedades de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa.

Asimismo, rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.

SEXTA: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La Compañía cubrirá los accidentes que afecten al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en la cláusula precedente, letras b), c) y e), cuando éstos hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta cláusula adicional o durante su vigencia y hayan sido aceptados por la Compañía con el pago de la extraprima respectiva, si fuera el caso, dejándose constancia en las Condiciones Particulares o en un endoso a la póliza.

SETIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA 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: DETERMINACIÓN 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 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 del 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 (1) año como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose 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° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.

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.

NOVENA: PAGO DEL BENEFICIO

El capital asegurado de esta cobertura, señalado en las Condiciones Particulares, será pagado al Asegurado de la siguiente manera:

- Si la invalidez cubierta consiste en la separación completa, en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, el beneficio será pagado en una (1) sola cuota, dentro de los treinta (30) días de haber determinado la invalidez del asegurado y teniendo en cuenta el porcentaje de indemnización que corresponda al grado de invalidez.
- Si la invalidez cubierta consiste en un supuesto distinto al señalado en el literal a) precedente, el beneficio será pagado al Asegurado en tres (3) cuotas anuales iguales, teniendo en cuenta el porcentaje de indemnización que corresponda al Asegurado. Cada cuota será equivalente a un tercio del porcentaje del capital asegurado que corresponda a la invalidez dictaminada. La primera cuota se pagará dentro de los treinta (30) días de haber

determinado la invalidez del asegurado. Las otras dos cuotas serán abonadas a los aniversarios del pago de la primera cuota, siempre y cuando el Asegurado siga inválido y con vida; y, sin importar que la vigencia de esta cobertura adicional haya concluido.

La Compañía podrá, a su propio costo, exigir una vez al año dentro de los noventa (90) días previos al aniversario de la aprobación inicial de la invalidez, pruebas que acrediten que la invalidez del asegurado continúa.

Si por cualquier motivo el Asegurado dejase de presentar las pruebas solicitadas por la Compañía, se perderá el derecho a las cuotas de capital asegurado restantes, salvo que el Asegurado pruebe que se encontraba imposibilitado, por causa de fuerza mayor, de proporcionar las pruebas requeridas dentro del plazo señalado en el párrafo precedente.



EL PACIFICO VIDA
Compañía de Seguros y Reaseguros

CLAUSULA ADICIONAL BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL

La cobertura adicional del Beneficio por Muerte Accidental se rige por lo establecido en la presente cláusula adicional y en las Condiciones Generales del seguro principal, en adelante Condiciones Generales de la póliza.

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

SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA

La Compañía pagará a los beneficiarios de la póliza el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta cláusula adicional, si el fallecimiento de El Asegurado se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro. 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 sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente.

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

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

TERCERA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Cuando el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional, en caso que el seguro principal contemple una duración mayor a esta cláusula adicional.

- c) La solicitud expresa del Contratante de la cancelación de esta cláusula adicional. La solicitud deberá ser presentada por escrito en las oficinas de la Compañía, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día hábil del mes siguiente a la respectiva comunicación.
- d) Por rescate o transformación del seguro principal en seguro saldado o en seguro prorrogado cuando estos derechos estén contemplados en la póliza.
- e) Cuando el Asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional de invalidez que contemple exoneración de pago de primas o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.

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

CUARTA: EXCLUSIONES

El presente adicional excluye de su cobertura y no cubre el fallecimiento del Asegurado que ocurre a consecuencia de:

- a) Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.
- b) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.
- c) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso que no haya sido declarado por El Asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.
- d) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- e) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- f) El uso de alucinógenos o drogas no prescritas.
- g) 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.
- h) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos, anestésicos o similares.
- i) 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.
- j) Consecuencias no accidentales de embarazos o partos.

k) Consecuencia de enfermedades de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa.

Asimismo, rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.

QUINTA: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La Compañía cubrirá los accidentes que afecten al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en la cláusula precedente, letras b), c) y e), cuando éstos hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta cláusula adicional o durante su vigencia y hayan sido aceptados por la Compañía con el pago de la extraprima respectiva, si fuera el caso, dejándose constancia en las Condiciones Particulares o en un endoso a la póliza.

SEXTA: 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.

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 de El 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.

Se perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

POLIZA DE SEGURO DE VIDA
GLOBAL LIFE
Póliza N°
ASEGURADO
CONTRATANTE

**CLAUSULA ADICIONAL
VIDA TEMPORAL HASTA LOS 55 AÑOS DE EDAD**

La cobertura adicional de Vida Temporal hasta los 55 Años de Edad se rige por lo establecido en la presente cláusula adicional y en las Condiciones Generales del seguro principal, en adelante Condiciones Generales de la póliza.

PRIMERA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta cláusula adicional, sea en territorio nacional o internacional, la Compañía pagará a los beneficiarios - en adición a la suma asegurada del seguro principal - el capital asegurado señalado para esta cobertura en las Condiciones Particulares, en los términos y condiciones establecidos y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la cláusula adicional.

El periodo de vigencia de la póliza será hasta el fin del año póliza en el cual el Asegurado tiene cincuenta y cuatro (54) años de edad actuarial.

SEGUNDA: EDAD

La edad de contratación de esta cláusula adicional deberá estar comprendida entre los dieciocho (18) y los cincuenta (50) años de edad actuarial, pudiendo permanecer vigente hasta el fin del año póliza en el cual el Asegurado tiene cincuenta y cuatro (54) años de edad actuarial.

Si se comprobare que la edad del Asegurado era mayor a la declarada o a la señalada en las Condiciones Particulares, la suma asegurada de esta cláusula adicional será reducida de modo tal que sea igual a la cantidad que la prima pagada hubiera asegurado si hubiese sido declarada la edad correcta. Pero si se comprobare que el Asegurado era mayor de cincuenta (50) años de edad al momento de contratación de esta cláusula adicional, ésta será nula y las primas pagadas por esta cláusula adicional correspondientes a los dos primeros años serán aplicadas a cubrir gastos efectuados por la Compañía. Las demás primas pagadas por esta cláusula adicional 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 de esta cláusula adicional y entregará a los beneficiarios el exceso de prima recibida por esta cláusula adicional, sin intereses.

TERCERA: 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 de la póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente.

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

- Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- La fecha de finalización de la cobertura indicada en las Condiciones Particulares, la que corresponderá al fin del año póliza en el cual el Asegurado tiene cincuenta y cuatro (54) años de edad actuarial, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional, en caso que el seguro principal contemple una duración mayor a esta cláusula adicional.



PACIFICO VIDA

CESAR RIVERA WILSON
Gerente de Seguros
Corporativos y Pensiones

CLAUSULA ADICIONAL
VIDA TEMPORAL HASTA LOS 55 AÑOS DE EDAD - 18/02/2005
PACIFICO VIDA

- c) La solicitud expresa del Contratante de la cancelación de esta cláusula adicional. La solicitud deberá ser presentada por escrito en las oficinas de la Compañía, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día hábil del mes siguiente a la respectiva comunicación.
- d) Por rescate o transformación del seguro principal en seguro saldado o en seguro prorrogado cuando estos derechos estén contemplados en la póliza.
- e) Cuando el Asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional de invalidez que contemple exoneración de pago de primas, exoneración del débito mensual o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.

El pago del valor de la prima correspondiente a esta cobertura después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho en ningún caso al pago del capital asegurado previsto para esta cláusula por el fallecimiento que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima pagada será devuelta al Contratante sin ningún tipo de interés.

CUARTA: EXCLUSIONES

Rigen para la cobertura de Vida Temporal hasta los 55 Años de Edad las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

QUINTA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLAUSULA ADICIONAL

Los beneficiarios deberán informar por escrito a la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, siguiendo el procedimiento establecido en la cláusula Requisitos para Solicitar el Beneficio de las Condiciones Generales del seguro principal.

CLAUSULA ADICIONAL
VIDA TEMPORAL HASTA LOS 55 AÑOS DE EDAD - 18/02/2005
PACIFICO VIDA



PACIFICO VIDA

CESAR RIVERA WILSON
Gerente de Seguros
Corporativos y Pensiones

**CLAUSULA ADICIONAL
VIDA TEMPORAL HASTA LOS 65 AÑOS DE EDAD**

La cobertura adicional de Vida Temporal hasta los 65 Años de Edad se rige por lo establecido en la presente cláusula adicional y en las Condiciones Generales del seguro principal, en adelante Condiciones Generales de la póliza.

PRIMERA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta cláusula adicional, sea en territorio nacional o internacional, la Compañía pagará a los beneficiarios - en adición a la suma asegurada del seguro principal - el capital asegurado señalado para esta cobertura en las Condiciones Particulares, en los términos y condiciones establecidos y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la cláusula adicional.

El periodo de vigencia de la póliza será hasta el fin del año póliza en el cual el Asegurado tiene sesenta y cuatro (64) años de edad actuarial.

SEGUNDA: EDAD

La edad de contratación de esta cláusula adicional deberá estar comprendida entre los dieciocho (18) y los sesenta (60) años de edad actuarial, pudiendo permanecer vigente hasta el fin del año póliza en el cual el Asegurado tiene sesenta y cuatro (64) años de edad actuarial.

Si se comprobare que la edad del Asegurado era mayor a la declarada o a la señalada en las Condiciones Particulares, la suma asegurada de esta cláusula adicional será reducida de modo tal que sea igual a la cantidad que la prima pagada hubiera asegurado si hubiese sido declarada la edad correcta. Pero si se comprobare que el Asegurado era mayor de sesenta (60) años de edad al momento de contratación de esta cláusula adicional, ésta será nula y las primas pagadas por esta cláusula adicional correspondientes a los dos primeros años serán aplicadas a cubrir gastos efectuados por la Compañía. Las demás primas pagadas por esta cláusula adicional 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 de esta cláusula adicional y entregará a los beneficiarios el exceso de prima recibida por esta cláusula adicional, sin intereses.

TERCERA: 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 de la póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente.

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

- Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- La fecha de finalización de la cobertura indicada en las Condiciones Particulares, la que corresponderá al fin del año póliza en el cual el Asegurado tiene sesenta y cuatro (64) años de edad actuarial, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional, en caso que el seguro principal contemple una duración mayor a esta cláusula adicional.



CLAUSULA ADICIONAL
VIDA TEMPORAL HASTA LOS 65 AÑOS DE EDAD - 18/02/2005
PACIFICOVIDA

PACIFICOVIDA

CESAR RIVERA WILSON
Gerente de Seguros
Corporativos y Pensiones

- c) La solicitud expresa del Contratante de la cancelación de esta cláusula adicional. La solicitud deberá ser presentada por escrito en las oficinas de la Compañía, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del último día hábil del mes siguiente a la respectiva comunicación.
- d) Por rescate o transformación del seguro principal en seguro saldado o en seguro prorrogado cuando estos derechos estén contemplados en la póliza.
- e) Cuando el Asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional de invalidez que contemple exoneración de pago de primas, exoneración del débito mensual o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.

El pago del valor de la prima correspondiente a esta cobertura después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho en ningún caso al pago del capital asegurado previsto para esta cláusula por el fallecimiento que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima pagada será devuelta al Contratante sin ningún tipo de interés.

CUARTA: EXCLUSIONES

Rigen para la cobertura de Vida Temporal hasta los 65 Años de Edad las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

QUINTA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLAUSULA ADICIONAL

Los beneficiarios deberán informar por escrito a la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, siguiendo el procedimiento establecido en la cláusula Requisitos para Solicitar el Beneficio de las Condiciones Generales del seguro principal.



PACIFICOVIDA

CESAR RIVERA WILSON
Gerente de Seguros
Corporativos y Pensiones

CLAUSULA ADICIONAL
VIDA TEMPORAL HASTA LOS 65 AÑOS DE EDAD - 18/02/2005
PACIFICOVIDA

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

SEGURO DE VIDA GLOBAL LIFE 2006

DATOS DE LA PÓLIZA

No. De Póliza: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Riesgo: XXXXXX

Fecha de Emisión: XX/XX/XX

Moneda del Contrato: Dólares Estadounidenses

Fecha de Inicio de Vigencia: XX/XX/XX

COBERTURA BÁSICA Y CLÁUSULAS ADICIONALES INTEGRANTES DE ESTA PÓLIZA

BENEFICIO	SUMA ASEGURADA	INICIO DE VIGENCIA	FIN DE CARENCIA	FIN DE VIGENCIA
Vida Principal	<<00000.00>>	<<dd/mm/aaaa>>	---	<<dd/mm/aaaa>>
Beneficio por Muerte Accidental	<<00000.00>>	<<dd/mm/aaaa>>	---	<<dd/mm/aaaa>>
Invalidez Accidental y Desmembramiento	<<00000.00>>	<<dd/mm/aaaa>>	---	<<dd/mm/aaaa>>
Exoneración de la Deducción Mensual	<<00000.00>>	<<dd/mm/aaaa>>	---	<<dd/mm/aaaa>>
Beneficio por Enfermedades Graves	<<00000.00>>	<<dd/mm/aaaa>>	<<dd/mm/aa>>	<<dd/mm/aaaa>>
Invalidez Total y Permanente	<<00000.00>>	<<dd/mm/aaaa>>	<<dd/mm/aa>>	<<dd/mm/aaaa>>
Vida Temporal hasta 55 años	<<00000.00>>	<<dd/mm/aaaa>>	---	<<dd/mm/aaaa>>
Vida Temporal hasta 65 años	<<00000.00>>	<<dd/mm/aaaa>>	---	<<dd/mm/aaaa>>

BENEFICIARIOS PRINCIPALES

NOMBRES

XXXXXXXXXXXXXX

%

XX

PARENTESCO

XXXXXXXXXX

FORMA DE PAGO

XXXXXXX

BENEFICIARIOS CONTINGENTES

NOMBRES

XXXXXXXXXXXXXX

%

XX

PARENTESCO

XXXXXXXXXX

FORMA DE PAGO

XXXXXXX



Funcionario

PACIFICO VIDA

CESAR RIVERA WILSON
Gerente de Seguros
Corporativos y Pensiones

Funcionario

aniversario 10
PACIFICO vida
seguros de vida

PACIFICO AIG Una Corporación Miembro de
AMERICAN INTERNATIONAL GROUP INC.
Oficina Principal: Av. Juan de Arona N° 630 San Isidro, Lima - Perú
T 51 (1) 518 4500 - F 51 (1) 518 4569 - servicioalcliente@vida.com.pe
W http://www.pacificoseguros.com
Central de Atención Gratuita al Asegurado: 0800VIDA(5432)

CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA

ASEGURADO

NOMBRE: XXXXXXXXXX
FECHA DE NACIMIENTO: XXXXXXXXXX EDAD AL INICIO DEL CONTRATO: X AÑOS
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: XXX - XXXXXXXXXX
DOMICILIO: XXXXXXXXXXXXXXXXXX
ENVIO DE CORRESPONDENCIA: XXXXXXXXXXXXXXXXXX

CONTRATANTE

NOMBRE: XXXXXXXXXXXXXXXXXX
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: XXX - XXXXXXXXXX
DIRECCIÓN: XXXXXXXXXXXXXXXXXX

AGENTE - ASESOR DE SEGUROS

NOMBRE: XXXXXXXXXXXXXXXXXX TELEFONO: XXXXXXXXXX
COMISION: 0.XXX REGISTRO: ----

ACERCA DEL CAPITAL ASEGURADO

MONTO DEL CAPITAL ASEGURADO MÍNIMO ACEPTADO: US\$ XXXXXX
MONTO DEL CAPITAL ADICIONAL MÍNIMO ACEPTADO: US\$ XXXXXX

ACERCA DE LOS INTERESES

TASA DE INTERES ANUAL GARANTIZADA EN LA CUENTA INDIVIDUAL: X%
TASA DE INTERES ANUAL GARANTIZADA EN LA CUENTA DE EXCEDENTES: X%
SALDO BASICO PARA INTERESES EXCEDENTES: US\$ XXXXX

EL PACIFICO VIDA

Asociación de Seguros y Reaseguros



PACIFICO VIDA
[Signature]
TESAR RIVERA WILSON
Gerente de Seguros
Cooperativos y Pensiones

CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA

ACERCA DE LA PRIMA

PRIMA NETA	US\$ XXXX
RECARGOS	US\$ XXXX
AHORRO (EXCEDENTE)	US\$ XXXX
GASTOS DE GESTIÓN	US\$ XXXX
I.G.V.	US\$ XXXX
PRIMA BRUTA	US\$ XXXX

FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA:	XXXX
FORMA DE PAGO DE PRIMA:	XXXXXXXXXXXX
PRIMA MÍNIMA POR PERIODO:	US\$ XX
PRIMA EXCEDENTE MÁXIMA POR PERIODO:	US\$ XX
MÁXIMO CARGO MENSUAL OPERATIVO:	US\$ XX

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 Compañía no aceptará como válidos los pagos efectuados a funcionarios, empleados y asesores de la Compañía, cualquiera sea la modalidad de pago elegida.

Los cheques necesariamente deberán ser girados a nombre de la Compañía y de igual manera que los pagos en efectivo deberán ser depositados directamente por el Contratante de la póliza en el banco. La Compañía no será responsable de pagos efectuados en forma distinta a la establecida.

ACERCA DEL RETIRO PARCIAL

PLAZO MÍNIMO PARA SOLICITAR RETIROS PARCIALES:	XX meses
CARGO POR RETIRO PARCIAL:	US\$ XXXX
MONTO MÍNIMO DE RETIRO PARCIAL:	US\$ XXXX
MONTO MÁXIMO DE RETIRO PARCIAL:	US\$ XXXX
NÚMERO MÁXIMO DE RETIROS POR AÑO PÓLIZA	XX

ACERCA DE LOS PRESTAMOS Y RESCATE

PLAZO MÍNIMO PARA SOLICITUDES DE PRÉSTAMO:	XX meses
PLAZO MÍNIMO PARA SOLICITUDES DE RESCATE:	XX meses

ACERCA DEL SEGURO SALDADO

FECHA DE COMIENZO DEL SEGURO SALDADO AUTOMÁTICO:	XXXX
CAPITAL MÍNIMO ASEGURABLE PARA EL SEGURO SALDADO:	US\$ XXXX
CAPITAL MÁXIMO ASEGURABLE PARA EL SEGURO SALDADO:	US\$ XXXX

El impuesto a la renta (de cargo del Contratante) grava la diferencia entre el valor actualizado de las primas pagadas y los beneficios pagados por la Compañía al Contratante de la póliza, estando con vida el Asegurado. Esta ganancia, al igual que la proveniente de los intereses bancarios, está exonerada del Impuesto a la Renta. Esta exoneración se viene prorrogando sucesivamente y actualmente está vigente hasta el 31 de diciembre de 2008 (artículo 19, inciso (f) de la Ley del Impuesto a la Renta, modificado por Decreto Legislativo 970). Si no se prorroga la exoneración después de esa fecha, la Compañía retendrá el Impuesto a la Renta que

PACIFICOVIDA
CESAR RIVERA WILSON
Gerente de Seguros
Corporativos y Pensiones

PACIFICO AIG Grupos aseguradores
Oficina Principal: Av. Juan de Arona N° 830 San Isidro, Lima - Perú
T: (511) 518-4500 F: (511) 518-4509 seccioncliente@vida.com.pe
W: <http://www.pacificoseguros.com>
Central de Atención Gratuita al Asegurado: 08001VIDA(84321)

TABLA A - TARIFAS MENSUALES MÁXIMAS POR 1000 DE CAPITAL

NOTA. El valor de la prima bruta indicada en las condiciones particulares de esta póliza es independiente de las tarifas consideradas en esta tabla.

<i>Vigencia</i>	<i>Edad</i>	<i>Vida Principal</i>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

EL PACIFICO VIO.
Compañía de Seguros y Fianzas, S.A.



aniversario 10

ALFICO VIDA
OSCAR RIVERA WILSON
Gerente de Seguros
Vivos y Pensiones

CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA

TABLA B – GASTOS VARIABLES Y CARGOS POR RESCATE

Estos valores se utilizan para el cálculo de la cuenta individual y la cuenta de excedentes según lo indicado en las condiciones generales.

Vigencia	Edad	Gasto Variable sobre la Prima %	Gasto Variable Sobre la Prima Excedente %	Cargo por Rescate (US\$)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
.				
.				
.				

EL PACIFICO VIL
Compañía de Seguros y Reaseguros



PACIFICO VIDA

CESAR RIVERA WILSON
Gerente de Seguros
Corporativos y Pensiones

**RESUMEN
SEGURO DE VIDA
GLOBAL LIFE 2006**

Está dirigido a todos aquellos que además de un seguro de vida buscan una opción de ahorro e inversión.

¿Qué riesgos cubre?

Cubre el fallecimiento del asegurado durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las **exclusiones** de la póliza.

Asimismo permite acumular un valor de ahorro que puede ser retirado por el Contratante del seguro, mientras el Asegurado esté vivo, solicitando la cancelación (rescate) de la póliza por el correspondiente valor de rescate. El rescate está afecto a una penalidad o cargo por rescate durante los diez (10) primeros años de vigencia de la póliza.

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
- b) Invalidez Accidental y Desmembramiento
- c) Exoneración de la Deducción Mensual de la Cobertura Básica por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.
- d) Beneficio por Enfermedades Graves
- e) Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad
- f) Vida Temporal hasta 55 años
- g) Vida Temporal hasta 65 años

Las características y condiciones en que se otorgan estos beneficios adicionales se detallan en las Cláusulas Adicionales respectivas, de haber sido contratadas.

¿Cuáles son las Exclusiones?

Las exclusiones de la cobertura se detallan en la Cláusula Vigésimo Novena de las Condiciones Generales.

Las exclusiones de las cobertura adicionales contratadas se detallan en las respectivas Cláusulas Adicionales.

En dichas circunstancias no procederá el pago de las respectivas coberturas de seguro contratadas.

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

El Asegurado podrá resolver el contrato de seguro enviando una comunicación a la Compañía con un mes de anticipación, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésima Sexta de las Condiciones Generales de la Póliza.

Las causas de terminación de la cobertura se encuentran establecidas en la Cláusula Vigésimo Octava de las Condiciones Generales de la Póliza.

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

Se encuentra previsto en la Cláusula Trigésimo Primera de las Condiciones Generales de la Póliza.

¿Cuál es el mecanismo de solución de controversias?

Se encuentra previsto en la Cláusula Trigésimo Octava de las Condiciones Generales de la Póliza.

¿Consultas?

Para la atención de sus consultas o reclamos contáctese con la Central de Servicio al Asegurado de Pacifico 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

EL PACIFICO VIDA
Compañía de Seguros y Pensiones



GLOBAL LIFE 2006
PACIFICO VIDA

aniversario 10
PACIFICOVIDA
seguros de vida

PACIFICO VIDA
Cesar Rivera Wilson
CESAR RIVERA WILSON
Gerente de Seguros
Cooperativas y Pensiones

PACIFICO AIG Una Compañía Miembro de
grupo asegurador AMERICAN INTERNATIONAL GROUP INC.
Oficina Principal: Av. Juan de Arana N° 830 San Isidro, Lima - Perú
T: (511) 518 4900 F: (511) 318 4569 serviciocliente@vida.com.pe
W: <http://www.pacificoseguros.com>
Central de Atención Gratuita al Asegurado: 08001VIDA(8432)