

Cláusula adicional de adelanto para gastos de sepelio en funerarias afiliadas

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

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para esta Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

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

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

SEGUNDA: COBERTURA – ADELANTO PARA GASTOS DE SEPELIO EN FUNERARIAS AFILIADAS

En caso se produzca el fallecimiento del Asegurado, la Compañía reembolsará a favor del Beneficiario, designado para la cobertura de muerte en cualquiera de sus formas, el monto que éste haya efectivamente incurrido para cubrir los gastos de sepelio del Asegurado en alguna de las funerarias afiliadas hasta un monto máximo equivalente al capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta cobertura.

Este beneficio sólo será otorgado si los gastos de sepelio fueron realizados en alguna de las Funerarias Afiliadas y en las ciudades disponibles a este programa al momento del siniestro. La relación de estas Funerarias será puesta a disposición de los Asegurados por el Contratante.

Este beneficio será otorgado como un adelanto de la cobertura de muerte en cualquiera de sus formas, por lo que, en caso de haber sido utilizado, **el monto de esta cobertura será descontado del beneficio de cualquier cobertura de muerte natural o accidental afecta.** Sin embargo, la utilización de la cobertura de Adelanto de Gastos de Sepelio en la Funeraria Afiliada no obligará a la Compañía a pagar la cobertura principal, ya sea ésta muerte natural o accidental, en aquellos casos en los que, luego de la revisión de la documentación respectiva se demuestre que no se cumplieron con los requisitos para acceder al beneficio por muerte natural o accidental.

TERCERA: PERIODO DE CARENCIA

No procederá el pago de la cobertura de “Adelanto para Gastos de Sepelio en Funerarias Afiliadas” si el fallecimiento se produce dentro del “Periodo de Carencia” señalado en las Condiciones Particulares. Los días del “Periodo de Carencia” se contabilizan desde la fecha en la cual el Asegurado presenta la solicitud de seguro ante el Contratante.

CUARTA: EXCLUSIONES

En caso se trate de una muerte natural, rigen para la presente cobertura las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

QUINTA: PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales del seguro principal, para determinar la procedencia de esta cobertura, se deberá presentar el original o copia certificada de los siguientes documentos:

- a. Partida o Acta de defunción.
- b. Certificado médico de defunción completo.
- c. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).
- d. Facturas o boletas originales de los gastos incurridos en la funeraria afiliada.

La Compañía tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos indicados en la presente cláusula, para aprobar o rechazar la solicitud de esta cobertura; salvo que la Compañía solicite aclaraciones o precisiones respecto de documentación presentada dentro de los primeros veinte (20) días de este plazo.

SEXTA: BENEFICIARIOS

El reembolso de la suma asegurada correspondiente a la cobertura de Adelanto para Gastos de Sepelio en Funerarias Afiliadas se realizará a favor de aquel o de aquellos Beneficiarios designados para la cobertura de muerte en cualquiera de sus formas, que hayan efectivamente asumido los gastos correspondientes al sepelio del Asegurado según las facturas o boletas proporcionadas a la Compañía.

Cláusula adicional de beneficio por muerte accidental

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

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para esta Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos y/o sonambulismo.**
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la Póliza.

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

SEGUNDA: COBERTURA – MUERTE ACCIDENTAL

En caso de fallecimiento del Asegurado, a consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma, la Compañía pagará a los beneficiarios el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta cobertura.

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

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

El pago de la presente cobertura excluye el pago de la cobertura de "Muerte Natural".

TERCERA: PERIODO DE CARENCIA

Se deja expresa constancia que no aplican periodos de carencia para la cobertura de "Muerte Accidental".

CUARTA: EXCLUSIONES

Además de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la presente póliza, esta Cláusula Adicional excluye de su cobertura el fallecimiento accidental del Asegurado, cuando el deceso se produjera como consecuencia de:

- a. Consumo de drogas o 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 siniestro.
- b. Eventos que no califican como accidente de conformidad con la definición contenida en la Cláusula Primera del presente documento.

- c. Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.
- d. Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.

QUINTA: PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales del seguro principal, para determinar la procedencia de esta cobertura, se deberá presentar el original o copia certificada de los siguientes documentos:

- a. Partida o Acta de defunción.
- b. Certificado médico de defunción completo.
- c. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).
- d. Protocolo de necropsia completo, cuando corresponda.
- e. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal según corresponda, y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidiesen.
- f. Resultado del examen toxicológico, cuando corresponda.
- g. Resultado del dosaje etílico, cuando corresponda.

La falta de uno de estos documentos determinará que la causa del siniestro sea considerada como muerte natural.

SEXTA: BENEFICIARIOS

Son beneficiarios de la presente cobertura aquellas personas designadas por el Asegurado de conformidad con lo dispuesto en el Seguro Principal.

Cláusula adicional de muerte accidental en transporte público

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

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para esta Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre:** Muerte por accidente en tanto ésta ocurra mientras el Asegurado estuviera viajando, subiendo o descendiendo de cualquier medio de transporte público terrestre, bajo la condición de pasajero. **Es condición necesaria que el mencionado medio de transporte tenga la licencia respectiva vigente y otorgada por la autoridad competente para el transporte público de pasajeros. Se excluye mototaxis.**
- **Muerte Accidental en Transporte Público Aéreo:** Muerte por accidente en tanto ésta ocurra mientras el Asegurado estuviera viajando, en la condición de pasajero, en un avión operado por una empresa aérea comercial con más de ocho (8) pasajeros, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros, que cuente con la licencia respectiva vigente y otorgada por la autoridad competente, en vuelo regular dentro de itinerario programado, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la Póliza.

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

SEGUNDA: COBERTURA – MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO

La Compañía pagará a los beneficiarios el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, si la muerte accidental del Asegurado se produce mientras éste se encontrase en un medio de transporte público terrestre o aéreo de conformidad con las definiciones de la Cláusula Primera del presente documento.

El pago de la presente cobertura excluye el pago de la cobertura de “Muerte Natural” y el pago de la cobertura de “Muerte Accidental”.

TERCERA: PERIODO DE CARENCIA

Se deja expresa constancia que no aplican periodos de carencia para la cobertura de “Muerte Accidental en Transporte Público”.

CUARTA: EXCLUSIONES

Además de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la presente póliza, esta Cláusula Adicional excluye de su cobertura el fallecimiento accidental del Asegurado, cuando el deceso se produjera como consecuencia de:

- a. Consumo de drogas o 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 siniestro.
- b. Eventos que no califican como accidente de conformidad con la definición contenida en la Cláusula Primera del presente documento.
- c. Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.
- d. Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.

QUINTA: PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales del seguro principal, para determinar la procedencia de esta cobertura, se deberá presentar el original o copia certificada de los siguientes documentos:

- a. Partida o Acta de defunción.
- b. Certificado médico de defunción completo.
- c. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).
- d. Protocolo de necropsia completo, cuando corresponda.
- e. Resultado del examen toxicológico. , cuando corresponda
- f. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal, según corresponda, y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidiesen.
- g. Resultado del dosaje etílico, cuando corresponda.

La falta de uno de estos documentos determinará que la causa del siniestro sea considerada como muerte natural.

SEXTA: BENEFICIARIOS

Son beneficiarios de la presente cobertura aquellas personas designadas por el Asegurado de conformidad con lo dispuesto en el Seguro Principal.

Cláusula adicional de invalidez total y permanente por accidente

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

PRIMERA: DEFINICIONES

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

- **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de 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, trastornos mentales, enfermedades vasculares, accidente cerebro vascular, dolores de espalda crónicos, 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.
- **Miembros:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **Órgano:** Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará el capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares, si el Asegurado sufriera, durante la vigencia de la cobertura, algún accidente que fuera la causa de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional. Esto se cumplirá siempre y cuando el accidente ocurra antes que el Asegurado cumpla la "Edad Límite de Permanencia" aplicable a la presente cobertura, la invalidez se manifieste como máximo durante los dos (2) años siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente, el seguro principal esté vigente a la fecha de ocurrencia del accidente y la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la presente Cláusula Adicional.

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

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

TERCERA: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

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

- a. Pérdida total o funcional absoluta de ambos brazos o ambas manos.
- b. Pérdida total o funcional absoluta de ambas piernas o ambos pies.

- c. Pérdida total o funcional absoluta de una mano y un pie.
- d. Pérdida total o funcional absoluta de la visión de ambos ojos.
- e. Paraplejia o Cuadriplejia por fractura de la columna vertebral.

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

CUARTA: EXCLUSIONES

Además de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la presente póliza, esta Cláusula Adicional excluye de su cobertura la emergencia médica que se produjera como consecuencia de:

- a. Consumo de drogas o 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 siniestro.
- b. Eventos que no califican como accidente de conformidad con la definición contenida en la Cláusula Primera del presente documento.
- c. Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.
- d. Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.

QUINTA: PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales del seguro principal, para determinar la procedencia de esta cobertura, se deberá presentar el original o copia certificada de los siguientes documentos:

- a. Informe médico en el que se diagnostique alguno de los supuestos de invalidez cubiertos.
- b. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal según corresponda, y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidiesen.
- c. Resultado del examen toxicológico, cuando corresponda.
- d. Resultado del dosaje etílico, cuando corresponda.

SEXTA: PAGO DEL BENEFICIO

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

Cláusula adicional de reembolso por emergencia médica accidental

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

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para esta Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la Póliza.

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

SEGUNDA: COBERTURA – REEMBOLSO POR EMERGENCIA MÉDICA ACCIDENTAL

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos médicos y/o de traslado en ambulancia derivados de un accidente, de conformidad con la definición contenida en la Cláusula Primera del presente documento, incurridos hasta las 48 horas posteriores a su ocurrencia y hasta el tope establecido como Suma Asegurada Máxima en las Condiciones Particulares.

La cobertura se otorga sobre los gastos efectivamente incurridos, en tal sentido, sólo se consideran como gastos incurridos aquellos sustentados con comprobantes de pago originales a nombre del Asegurado.

TERCERA: PERIODO DE CARENCIA

Se deja expresa constancia que no aplican periodos de carencia para la cobertura de “Reembolso por Emergencia Médica Accidental”.

CUARTA: EXCLUSIONES

Además de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la presente póliza, esta Cláusula Adicional excluye de su cobertura la emergencia médica que se produjera como consecuencia de:

- a. Consumo de drogas o 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 siniestro.
- b. Eventos que no califican como accidente de conformidad con la definición contenida en la Cláusula Primera del presente documento.
- c. Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.

- d. **Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.**

QUINTA: PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales de la presente póliza, para determinar la procedencia de esta cobertura, se deberá presentar el original o copia certificada de los siguientes documentos:

- a. Facturas o boletas originales de los gastos incurridos a nombre del Asegurado.
- b. Informe médico indicando fecha del accidente, causas y diagnóstico.
- c. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).

SEXTA: BENEFICIARIO

El reembolso de la suma asegurada de la presente cobertura será realizado directamente al Asegurado.

Cláusula adicional de reembolso por cáncer

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

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para esta Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

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

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

SEGUNDA: COBERTURA – REEMBOLSO POR CÁNCER

La Compañía reembolsará los gastos incurridos por tratamiento médico y/u hospitalización a consecuencia de la enfermedad de cáncer del Asegurado durante el primer y segundo año de tratamiento y/u hospitalización, según el porcentaje y límites indicados en las Condiciones Particulares, siempre y cuando el diagnóstico de dicha enfermedad hubiese sido emitido por primera vez luego de transcurrido el periodo de carencia aplicable a esta cobertura.

No se reembolsarán los gastos realizados con posterioridad al segundo año.

Para determinar si procede la cobertura se tendrá en cuenta la fecha del diagnóstico de cáncer. Para determinar el periodo máximo de reembolso se considerará la fecha de inicio de gastos incurridos por tratamiento de cáncer diagnosticado por primera vez luego de transcurrido el periodo de carencia.

TERCERA: PERIODO DE CARENCIA

No procederá el pago de la cobertura de “Reembolso por Cáncer” si el diagnóstico de dicha enfermedad es emitido por primera vez con anterioridad al fin del “Periodo de Carencia” señalado en las Condiciones Particulares. Los días del “Periodo de Carencia” se contabilizan desde la fecha en la cual el Asegurado presenta la Solicitud de Afiliación ante el Contratante.

CUARTA: EXCLUSIONES

Además de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la presente póliza, esta Cláusula Adicional excluye de su cobertura los siguientes tipos de cáncer:

- a. Cáncer de piel (excepto melanoma maligno).
- b. Cáncer detectado antes de transcurrido el periodo de carencia aplicable.
- c. Cáncer no sustentado por un examen de anatomía patológica.
- d. Cáncer como consecuencia de acciones de guerra.

QUINTA: PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales del seguro principal, para determinar la procedencia de esta cobertura, se deberá presentar el original o copia certificada de los siguientes documentos:

- a. Examen anatomopatológico.
- b. Facturas o boletas originales de los gastos incurridos y recetas médicas.
- c. Copia de la Historia clínica completa, foliada y fedateada.

SEXTA: BENEFICIARIO

El reembolso de la suma asegurada de la presente cobertura será realizado directamente al Asegurado.

Cláusula adicional de Renta Hospitalaria

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

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para esta Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Hospital/Clínica:** Institución legalmente autorizada como tal para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales. **No se consideran hospitales o clínicas, los consultorios, policlínicos, postas de salud, hoteles, balnearios, residencias, asilos, casas de reposo, casa para convalecencia, manicomios o instituciones para tratamiento psiquiátrico e instituciones dedicadas especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas o al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos, problemas de peso o tratamientos quiroprácticos.**
- **Médico:** Persona graduada en estudios de Medicina Humana de una universidad reconocida por la autoridad educativa del Perú y que posea título profesional a nombre de la Nación, para el caso de médicos peruanos, y título equivalente, para el caso de médicos extranjeros. **El médico no podrá ser el mismo Asegurado ni un pariente consanguíneo en cuarto grado o por afinidad en segundo grado del mismo.**
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la Póliza.

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

SEGUNDA: COBERTURA – RENTA HOSPITALARIA

La Compañía pagará la renta diaria señalada en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, cuando a consecuencia de un accidente o una enfermedad, el Asegurado deba ser internado necesariamente en un hospital o clínica por disposición de un médico. Esto se cumplirá siempre y cuando la causa de la hospitalización no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones.

En caso de hospitalización por enfermedad, se cubrirá cada evento a partir del tercer día de hospitalización y en caso de hospitalización por accidente, se cubrirá cada evento a partir del primer día de hospitalización.

El número máximo de días a indemnizar bajo esta cobertura, sea por hospitalización a causa de accidente o de enfermedad, se indica en las Condiciones Particulares.

TERCERA: PERIODO DE CARENCIA

No procederá el pago de la cobertura de “Renta Hospitalaria” en caso la hospitalización se genere como consecuencia de una enfermedad y se produzca con anterioridad al fin del “Periodo de Carencia” señalado en las Condiciones Particulares. Los días del “Periodo de Carencia” se

contabilizan desde la fecha en la cual el Asegurado presenta la Solicitud de Afiliación ante el Contratante.

No aplica el periodo de carencia en caso la hospitalización se genere como consecuencia de un accidente.

CUARTA: EXCLUSIONES

Además de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la presente póliza, esta Cláusula Adicional excluye de su cobertura, las hospitalizaciones que se produjeran, directa o indirectamente, como consecuencia de:

- a. El uso o adicción a drogas, estupefacientes o alcohol.
- b. Embarazo y maternidad o tratamiento de infertilidad.
- c. Obesidad o esterilización, cambio de sexo.
- d. Enfermedades contagiosas epidémicas que requieren aislamiento.
- e. Chequeos médicos o despistajes, cirugía estética o plástica con fines de embellecimiento, curas de reposo, surmenage, enfermedades emocionales o psicológicas.

QUINTA: PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales del seguro principal, para determinar la procedencia de esta cobertura, se deberá presentar el original o copia certificada de los siguientes documentos:

- a. Factura original de institución hospitalaria.
- b. Informe médico indicando las causas, diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de alta.

SEXTA: BENEFICIARIO

El reembolso de la suma asegurada de la presente cobertura será realizado directamente al Asegurado.

Cláusula adicional de Adelanto por Enfermedad Terminal

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

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para esta Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la Póliza.
- **Médico:** Persona graduada en estudios de Medicina Humana de una universidad reconocida por la autoridad educativa del Perú y que posea título profesional a nombre de la Nación, para el caso de médicos peruanos, y título equivalente, para el caso de médicos extranjeros. **El médico no podrá ser el mismo Asegurado ni un pariente consanguíneo en cuarto grado o por afinidad en segundo grado del mismo.**

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

SEGUNDA: COBERTURA – ADELANTO POR ENFERMEDAD TERMINAL

La Compañía otorgará al Asegurado, un adelanto de la cobertura de muerte, en caso de ser diagnosticada alguna enfermedad que signifique una esperanza de vida (establecida por un médico) menor a 6 meses, siempre y cuando el diagnóstico de dicha enfermedad hubiese sido emitido por primera vez luego de transcurrido el periodo de carencia aplicable a esta cobertura.

La Compañía comprobará el estado de salud del Asegurado antes de otorgar este beneficio.

El pago de esta cobertura se efectuará por una sola Enfermedad Terminal, independientemente del número de Enfermedades Terminales diagnosticadas en la misma o en distintas fechas, en cuyo caso el pago procederá con la primera Enfermedad Terminal diagnosticada.

El beneficio otorgado constituirá un pago a cuenta del beneficio de Muerte Natural, Muerte Accidental o Muerte Accidental en Transporte Público, sin que su pago obligue a la Compañía al pago de la cobertura por fallecimiento si es que el mismo, luego de la evaluación, cae bajo los alcances de riesgos excluidos, o se produce luego de la terminación del contrato de seguro, por cualquier causa.

Solo podrán acceder a esta cobertura, aquellos asegurados cuyo saldo promedio sea mayor al establecido en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

TERCERA: PERIODO DE CARENCIA

No procederá el pago de la cobertura de “Adelanto por Enfermedad Terminal” si el diagnóstico de la enfermedad terminal es emitido por primera vez con anterioridad al fin del “Periodo de Carencia” señalado en las Condiciones Particulares. Los días del “Periodo de Carencia” se contabilizan desde la fecha en la cual el Asegurado presenta la Solicitud de Afiliación ante el Contratante.

CUARTA: EXCLUSIONES

Rigen para la cobertura de la presente Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del Seguro Principal.

QUINTA: PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales del seguro principal, para determinar la procedencia de esta cobertura, se deberá presentar el original o copia certificada de los siguientes documentos:

- a. Informe médico indicando el diagnóstico y el pronóstico respectivo.

SEXTA: BENEFICIARIO

El reembolso de la suma asegurada de la presente cobertura será realizado directamente al Asegurado.