

**Póliza De Seguro De Vida En Grupo Temporal
Anual Renovable Automáticamente
“Protección Financiera”**

**Cláusula Adicional
Beneficio Por Enfermedades Graves**

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:

- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Enfermedad Grave:** Para la presente Cláusula Adicional, únicamente tienen la condición de enfermedad grave y por tanto cobertura, las siguientes enfermedades:
 1. **Cáncer:** La presencia de uno o más tumores malignos caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión de tejidos, incluyendo la leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica) y enfermedades malignas del sistema linfático, como la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. **Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito. Se excluye:**
 - a. Los tumores que presenten los cambios malignos característicos del carcinoma in situ incluyendo la displasia cervical (leve, moderada o severa), o aquellos considerados por histología como premalignos.
 - b. Los melanomas con espesor menor de 1.5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark.
 - c. Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.
 - d. Todos los carcinomas de células escamosas, de la piel, excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos.
 - e. El sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o a la condición de HIV positivo.
 - f. Los cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el cáncer, o de cualquier otra clasificación equivalente o menor.
 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.

3. **Infarto o Hemorragia Cerebral:** Cualquier padecimiento o accidente cerebrovascular que dé lugar a secuelas que duren más de veinticuatro (24) horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo de una fuente extracraneana. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo seis (6) semanas después del suceso, por lo que las solicitudes de cobertura por esta enfermedad deberán ser presentadas una vez transcurrido este periodo y adjuntar el diagnóstico emitido por el neurólogo. Confirmado el diagnóstico por parte de la Compañía, se procederá al pago inmediato del beneficio.
Se excluyen los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y la enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.
 4. **Insuficiencia Renal:** Insuficiencia total, crónica e irreversible de **ambos riñones**, que implique la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis.
 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.
 6. **Trasplante de Órganos Vitales:** Cuando, como consecuencia del diagnóstico médico, sea preciso efectuar un trasplante de corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas total (por lo mismo se excluye el trasplante de islotes de Langerhans). **Se otorga cobertura únicamente al receptor y no al donante.**
- **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.
 - **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará al Contratante el saldo deudor del Crédito (cuyo límite se encuentra establecido en las Condiciones Particulares), a la fecha en que al Asegurado se le diagnostique alguna de las enfermedades graves definidas en la Cláusula Primera del presente documento, según el cronograma de pagos aprobado por el Contratante para el referido Crédito, siempre y cuando tal diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez, con posterioridad al Período de Carencia y antes que el Asegurado supere la “Edad Límite de Permanencia” indicada en las Condiciones Particulares y la causa de la enfermedad grave no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza y que el seguro principal estuviera vigente.

El pago para esta cobertura se efectuará por una sola enfermedad grave diagnosticada, independientemente del número de enfermedades graves diagnosticadas al Asegurado en la misma o en distintas fechas, luego de lo cual, terminará esta cobertura adicional y la responsabilidad de la Compañía respecto de dicho Asegurado ante cualquier diagnóstico.

En caso de ampliaciones del plazo del Crédito, se cubrirá el saldo deudor que hubiera mantenido el Asegurado al momento del diagnóstico de la Enfermedad Grave según el cronograma de pagos aprobado por el Contratante para el Crédito, hasta un plazo máximo de sesenta (60) meses contados a partir del desembolso. En caso de ampliaciones del monto del Crédito, se cubrirá el saldo deudor que hubiera mantenido el Asegurado a la fecha del diagnóstico de la Enfermedad Grave, según el

cronograma de pagos aprobado por el Contratante para el Crédito, disminuido en el monto adicional del Crédito aprobado por el Contratante con posterioridad al inicio de la cobertura.

En caso de morosidad del Crédito, la suma asegurada será equivalente al saldo deudor existente a la fecha del diagnóstico de la Enfermedad Grave cubierta, según cronograma de pagos aprobado por el Contratante para el Crédito.

TERCERA: 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 del Periodo de Carencia indicado en las Condiciones Particulares, cuyo cómputo se inicia desde la fecha de vigencia de esta cobertura respecto de cada Asegurado.

CUARTA: EXCLUSIONES

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

- a) Enfermedad o dolencia preexistente o enfermedad congénita.
- b) Consumo del alcohol o de alcaloides.
- c) Uso de veneno, drogas o narcóticos, así como el envenenamiento o inhalación de gas venenoso, por acto del Asegurado o de terceros con su consentimiento.
- d) La enfermedad del SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es VIH positivo.
- e) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- f) Contaminación radioactiva.
- g) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.

QUINTA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

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

SEXTA: DETERMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD GRAVE

Dentro de los treinta (30) siguientes a la recepción de toda la documentación solicitada, la Compañía determinará si la solicitud de cobertura es procedente. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte

(20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación o pruebas adicionales vinculadas al siniestro que juzgue necesarias, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

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

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

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

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

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

SÉPTIMA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Cuando el Asegurado cumpla la "Edad Límite de Permanencia" correspondiente a la presente cobertura y que se indica en el Condicionado Particular.
- c) Cuando el Asegurado haya percibido el beneficio previsto por esta Cláusula Adicional respecto de alguna enfermedad grave.

OCTAVA: BENEFICIARIO

El beneficiario de esta Cláusula Adicional es el Contratante, quien utilizará la suma asegurada recibida para reducir o liquidar el saldo deudor del Crédito, según corresponda.