

**Póliza De Seguro De Vida En Grupo
Temporal Anual Renovable Automáticamente
“Tarjeta Naranja”**

**Cláusula Adicional
Adelanto De Suma Asegurada 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

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 Terminal:** Se entiende como tal a aquel diagnóstico realizado por un médico especializado colegiado, y confirmado por la Compañía, que indique con certeza médica que el Asegurado padece una enfermedad terminal, que le producirá el fallecimiento dentro de los seis (6) meses posteriores al diagnóstico realizado. El diagnóstico debe ser emitido por primera vez, luego de transcurridos noventa (90) días contados desde la fecha de emisión de esta cláusula adicional.
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

SEGUNDA: COBERTURA

La Compañía concederá el beneficio acordado por esta Cláusula Adicional al Asegurado que se le diagnostique alguna enfermedad terminal conforme a la definición contenida en la Cláusula Primera del presente documento, siempre y cuando tal diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez, con posterioridad al Período de Carencia y antes que el Asegurado alcance la Edad Límite de Permanencia indicada en las Condiciones Particulares. Asimismo, el Asegurado deberá superar el “período de sobrevivencia” establecido en la presente Cláusula Adicional.

El beneficio pagado por esta Cláusula Adicional representa un adelanto del capital asegurado de las coberturas de Muerte Natural, Muerte Accidental y Muerte Accidental en Accidente de Tránsito.

TERCERA: PERIODO DE CARENCIA

Ningún beneficio será pagado si la enfermedad terminal es diagnosticada por primera vez dentro del “Período de Carencia” indicado en las Condiciones Particulares para la presente cobertura.

CUARTA: EXCLUSIONES

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

- a) Herida o enfermedad causada intencionalmente a sí mismo.
- b) Consumo de alcohol, uso de drogas, narcóticos, estupefacientes o sustancia tóxicas, salvo que éstas hubiesen sido prescritas por un profesional médico y consumidas de acuerdo a tal prescripción.
- c) Intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera sea su etapa de desarrollo.
- d) Toda enfermedad que tenga origen o causa en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- e) Anomalías congénitas o patológicas y las anomalías derivadas o resultantes de las mismas.
- f) Cualquier diagnóstico efectuado por algún integrante del grupo familiar directo del Asegurado, entendiéndose como grupo familiar directo a familiares de hasta segundo grado de consanguinidad, independientemente del hecho que tal persona fuere un médico o profesional de salud.

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

QUINTA: 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 terminal.

SEXTA: DURACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales del seguro principal, 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) Cuando la Compañía hubiese realizado el pago del beneficio correspondiente a esta Cláusula Adicional.
- b) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- c) Cuando el Asegurado supere la Edad Límite de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para esta cobertura.

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.

SÉPTIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza, el Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha del Periodo de Supervivencia o desde que toma conocimiento de la existencia del beneficio, si dicha fecha fuese posterior.

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.

Asimismo, 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.

OCTAVA: EFECTOS SOBRE EL SEGURO PRINCIPAL

El beneficio previsto por esta Cláusula Adicional representa un anticipo del capital asegurado de cualquiera de las coberturas del seguro principal. Por lo tanto, una vez producido el fallecimiento del Asegurado, la Compañía descontará de la cobertura básica del seguro principal, la suma adelantada, más los intereses generados por dicho adelanto durante el período transcurrido entre la fecha de pago del adelanto del capital y la fecha de pago de la cobertura básica.

Con este adelanto no cesará la obligación del Contratante de pagar las primas siguientes para continuar con la cobertura del seguro principal.

NOVENA: DETERMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

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

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.

DÉCIMA: BENEFICIO INDEMNIZABLE

El beneficio indemnizable, en virtud de la presente Cláusula Adicional, será pagado al Asegurado en una sola cuota después del diagnóstico final de la Compañía que confirme la enfermedad terminal. En caso de impedimento de éste, el beneficio será solicitado y abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

El pago de esta cobertura se efectuará por una sola enfermedad terminal, independientemente del número de enfermedades terminales diagnosticadas al Asegurado en la misma o en distintas fechas.