



SEGURO DE VIDA PLAN DE AHORRO GARANTIZADO

CONDICIONES GENERALES

Conste por el presente documento las Condiciones Generales del Producto PLAN DE AHORRO GARANTIZADO ofrecido por LA COMPAÑÍA, según los términos y condiciones siguientes.

ARTÍCULO 1º DEFINICIONES:

A efectos del presente Seguro se entenderá por:

CAPITAL GARANTIZADO: Suma Asegurada de la Póliza, que se estipula en las Condiciones Particulares y/o las Condiciones Especiales y endosos.

CERTIFICADO DE REVALORIZACIÓN: Documento emitido por LA COMPAÑÍA que refleja el monto obtenido por la Póliza por concepto de bono anual por Participación de Utilidades.

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD: Requisitos establecidos por LA COMPAÑÍA para considerar que el solicitante del seguro puede ser cubierto por la Póliza atendiendo al riesgo que representa.

IMPORTE MEDIO PONDERADO: El importe medio ponderado del préstamo es el resultado de aplicar a cada movimiento del préstamo (préstamos y amortizaciones) un factor de rentabilidad, calculado como la cantidad de meses que faltan por rentabilizar desde el mes de cada movimiento hasta el cierre del año entre la cantidad total de meses rentables del año (12 meses). Este factor se aplicará como negativo a los préstamos y como un positivo a las amortizaciones.

INTERÉS TÉCNICO: Es la rentabilidad garantizada utilizada en el cálculo de primas de seguros de vida. Se encuentra establecido en las Condiciones Particulares.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES: Beneficio de la Póliza mediante el cual EL CONTRATANTE participa del máximo entre 0 y un porcentaje del diferencial entre la tasa de rentabilidad neta de gastos obtenida por LA COMPAÑÍA y la tasa de interés técnico, sobre la reserva matemática.

PRÉSTAMO: Disposición sobre la Suma Asegurada a que tiene derecho EL CONTRATANTE conforme las disposiciones que se detallan en el presente documento y en las Condiciones Particulares de la Póliza, en las Condiciones Especiales y/o Endosos de la Póliza. El ejercicio del Préstamo mantiene vigente la Póliza, en la medida en que se mantengan al día las primas.

PRIMA COMERCIAL: Es el precio determinado por LA COMPAÑÍA como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas. La prima debe ser pagada con la periodicidad pactada. La prima de seguro y la periodicidad de pago que se pacte se establecen en las Condiciones Particulares de la póliza. Esta incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo, cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, promotores de seguros y el beneficio comercial de la Compañía. No incluye impuestos.

REDUCCION DEL SEGURO: Disminución de la Suma Asegurada a que tiene derecho EL CONTRATANTE de la Póliza conforme las disposiciones que se detallan en el presente documento y en las Condiciones Particulares de la Póliza, en las Condiciones Especiales y/o Endosos de la Póliza.

Efectuada la reducción del Seguro, la Póliza mantiene la misma modalidad y fecha de vencimiento que el Seguro originalmente contratado.

RESCATE: Disposición sobre la Suma Asegurada a que tiene derecho EL CONTRATANTE, conforme las disposiciones que se detallan en el presente documento y en las Condiciones Particulares de la Póliza, en las Condiciones Especiales y/o Endosos de la Póliza. El ejercicio del Rescate resuelve de forma automática la Póliza.

RESERVAS MATEMATICAS: Importe de ahorro acumulado en la Póliza. Refleja los derechos económicos consolidados que EL CONTRATANTE posee como consecuencia de las primas pagadas.

ARTÍCULO 2° OBJETO DEL SEGURO:

Por el presente Contrato, LA COMPAÑÍA se obliga a pagar al(los) Beneficiario(s) designado(s) la suma asegurada que se estipula en las Condiciones Particulares y/o las Condiciones Especiales y endosos, derivados de las siguientes coberturas:

- a. Cobertura de Supervivencia: Si el ASEGURADO sobrevive a la fecha de vencimiento de la póliza, LA COMPAÑÍA pagará al CONTRATANTE un capital obtenido como resultado de la suma de:
 1.
 - i. El Capital Garantizado al vencimiento, que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza

1.
 - ii. La Participación de Utilidades asignada hasta el vencimiento de la Póliza, según el artículo 7° de las presentes Condiciones Generales del Producto.

Para efectos de la Cobertura de Supervivencia y de los Valores Garantizados ofrecidos por el presente producto, se considera como Beneficiario al CONTRATANTE, salvo indicación expresa en contrario.

- b. Cobertura de Muerte: Si el ASEGURADO fallece durante la vigencia de la cobertura de la Póliza, LA COMPAÑÍA pagará al(os) BENEFICIARIO(S) de la póliza, un capital obtenido como resultado de la suma de:

1.
 - i. El Capital Garantizado por fallecimiento, que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

1.
 - ii. La Participación de Utilidades asignada en caso de vida hasta el fallecimiento del ASEGURADO, según el artículo 7° de las presentes Condiciones Generales del Producto.

ARTÍCULO 3° CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

- a. **Edad:** podrá ser ASEGURADO, la persona natural con Edad Actuarial conforme a la definición contenida en las Cláusulas Generales de Contratación, mayor o igual a dieciocho (18) años y menor o igual de sesenta (60) años a la fecha de suscripción de la Solicitud de Seguro
- b. **Riesgo:** Para la contratación de la póliza, EL ASEGURADO, deberá completar el cuestionario que forma parte de la Solicitud de Seguro y adicionalmente el ASEGURADO deberá realizar los exámenes médicos que determine LA COMPAÑÍA, en función a su edad, las condiciones de riesgo declaradas en la Solicitud de Seguro, y a la Suma Asegurada del producto.

ARTÍCULO 4° PLAZO DEL SEGURO:

El inicio de vigencia de la Póliza, el plazo de duración y el periodo para el pago de primas se establecen en las Condiciones Particulares

ARTÍCULO 5° PAGO DE LA PRIMA:

La prima correspondiente al presente producto de seguro es exigible por anualidades anticipadas hasta el vencimiento del plazo correspondiente y se mantendrá sin variaciones durante dicho periodo

La prima y el período de pago contratado se especifican en las Condiciones Particulares de la Póliza. El pago de la prima puede realizarse:

- Ingresando a la página web de los siguientes Bancos: Banco de Crédito, Banco Continental, Scotiabank, Interbank, Banco Falabella y Banco Interamericano de Finanzas.
- Acercándose a cualquiera de los siguientes Bancos: Banco de Crédito, Banco Continental, Scotiabank, Interbank, Banco de la Nación, Banco Falabella y Banco Interamericano de Finanzas, indicando el número de DNI, RUC o Carnet de Extranjería del contratante de la póliza.
- Afiliándose al cargo en cuenta y/o tarjeta de crédito Mastercard, Visa, Diners, y American Express.
- En cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA. La relación de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias se encuentra detallada en la página web <https://seguros.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas>

ARTÍCULO 6° VALORES GARANTIZADOS:

El CONTRATANTE tiene derecho a los valores de Rescate, Reducción y Préstamo que se establezcan en las Condiciones Particulares de La Póliza, en las Condiciones Especiales y/o Endosos de la Póliza, una vez transcurridos dos (02) años contados desde la fecha de inicio de vigencia del contrato, siempre que las primas de dichas anualidades hubiesen sido pagadas

Queda convenido que estas coberturas se otorgarán siempre y cuando viva el ASEGURADO.

1.

1. RESCATE:

EL CONTRATANTE podrá solicitar a LA COMPAÑÍA el Rescate de su Póliza, siempre que hubiesen transcurrido al menos dos años desde la fecha de inicio de vigencia del Contrato y que las primas correspondientes a las anualidades transcurridas hubiesen sido pagadas.

LA COMPAÑÍA pagará al CONTRATANTE la suma que se indica en el cuadro de Valores Garantizados de las Condiciones Particulares, correspondiente al número de anualidades completas transcurridas y con prima de seguro pagadas.

El ejercicio del Rescate da lugar a la Resolución del contrato, quedando LA COMPAÑÍA liberada de cualquier obligación con respecto a todas las Coberturas contratadas (Principales y Adicionales) y liberando al CONTRATANTE del pago de las primas subsiguientes. El rescate no da lugar a devolución de la prima pagada por periodos devengados en los que la Póliza estuvo vigente.

Para efectos del ejercicio del Rescate, EL CONTRATANTE deberá presentar una solicitud por escrito, dirigida a LA COMPAÑÍA, acompañada de copia de su documento de identidad. LA COMPAÑÍA se pronunciará, y de ser el caso pagará el rescate en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la solicitud del CONTRATANTE. De ser aprobada la solicitud, LA COMPAÑÍA procederá a realizar el pago del Rescate dentro del mismo plazo de evaluación de la solicitud.

1.

2. REDUCCION DEL SEGURO:

EL CONTRATANTE podrá solicitar a LA COMPAÑÍA la Reducción de la Suma Asegurada de su Póliza, siempre que hubiesen transcurrido al menos dos años desde la fecha de inicio de vigencia del Contrato y que las primas correspondientes a las anualidades transcurridas hubiesen sido pagadas.

Asimismo, la falta de pago de primas pasados ciento ochenta (180) días contados desde el vencimiento del último recibo pagado por EL CONTRATANTE, dará lugar a la Reducción del Seguro, siempre que hubieran transcurrido al menos dos anualidades completas y que la prima correspondiente a las mismas hubiese sido pagada.

En cualquier caso, el monto del capital reducido será el indicado en el cuadro de Valores Garantizados incluido en las Condiciones Particulares para el número de anualidades transcurridas y con prima de seguro pagadas anteriores a la fecha de la solicitud o de la Reducción del Seguro.

La Reducción da lugar a nuevos valores de Rescate, quedando sin efecto el cuadro de Valores Garantizados original incluido en las Condiciones Particulares de la Póliza. El valor de Rescate de un seguro reducido será equivalente a las Reservas Matemáticas constituidas.

La Póliza de un seguro reducido mantiene su vigencia y vencimiento originales, y genera revalorizaciones de capital.

No procede la solicitud de reducción del seguro sobre una Póliza con Préstamo otorgado, salvo cancelación previa de la totalidad del préstamo más los intereses correspondientes.

Para efectos del ejercicio de la Reducción del Seguro, EL CONTRATANTE deberá presentar una solicitud por escrito, dirigida a LA COMPAÑÍA, acompañada de copia de su documento de identidad. LA COMPAÑÍA se pronunciará, y de ser el caso reducirá la póliza en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la solicitud.

LA COMPAÑÍA pondrá a disposición de EL CONTRATANTE, a solicitud de este, la información relacionada a los Valores Garantizados luego de realizada la Reducción.

El envío o puesta a disposición periódica se realizará por medios electrónicos, salvo que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite su envío por medio físico dentro de un plazo máximo de quince (15) días posteriores al cierre del mes en que la información es requerida.

1.

3. PRÉSTAMO:

EL CONTRATANTE podrá solicitar a LA COMPAÑÍA préstamos con garantía de la Suma Asegurada de su Póliza, siempre que hubiesen transcurrido al menos dos años desde la fecha de inicio de vigencia del contrato y se encuentre al día en el pago de primas de las anualidades transcurridas.

Para efectos del ejercicio del Préstamo, EL CONTRATANTE deberá presentar una solicitud por escrito, dirigida a LA COMPAÑÍA, acompañada de copia de su documento de identidad. LA COMPAÑÍA se pronunciará en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la solicitud del CONTRATANTE. LA COMPAÑÍA procederá a otorgar el Préstamo dentro del mismo plazo de evaluación de la solicitud.

Los Préstamos tienen como límite el valor de Rescate, que se indica en el cuadro de Valores Garantizados de las Condiciones Particulares, correspondiente a las anualidades completas transcurridas.

Los Préstamos están sujetos al pago de un interés anual equivalente al interés técnico que se especifica en las Condiciones Particulares, más tres puntos porcentuales.

EL CONTRATANTE se obliga a devolver el préstamo más los intereses que

se generen hasta la fecha de su cancelación total. LA COMPAÑÍA deducirá del préstamo a pagar el cobro anticipado de intereses hasta el cierre de la anualidad en curso, siendo el caso que si se llega a cancelar la totalidad del préstamo antes del cierre de la anualidad en curso se devolverán los intereses no devengados. Por el contrario, si posterior a la anualidad en curso quedara un saldo de préstamo pendiente a favor de LA COMPAÑÍA, dicho saldo generará los intereses correspondientes a favor de LA COMPAÑÍA hasta el momento de la liquidación del Préstamo. En caso de falta de pago del préstamo al fallecimiento del ASEGURADO o a la fecha de la solicitud de Rescate, LA COMPAÑÍA deducirá de la Suma Asegurada de la Póliza el préstamo pendiente de pago más los intereses correspondientes.

En caso se haya otorgado un Préstamo, se mantiene vigente la Póliza en la medida en que se mantenga al día el pago de las primas, salvo que ésta mantenga prima pendiente de pago por ciento ochenta (180) días, contados desde el vencimiento del último recibo pagado por EL CONTRATANTE, en cuyo caso se producirá la extinción del contrato de seguro. Seguidamente, LA COMPAÑÍA procederá al Rescate del valor que corresponda a las anualidades transcurridas y con prima de seguro pagadas, según el cuadro de Valores Garantizados incluido en las Condiciones Particulares de la Póliza. LA COMPAÑÍA descontará del valor de Rescate a pagar, el

monto del Préstamo pendiente de pago más los intereses correspondientes devengados hasta el vencimiento del plazo de ciento ochenta (180) días. LA COMPAÑÍA pagará al CONTRATANTE el saldo a favor, en el plazo de 30 días posteriores.

No procede la solicitud de Préstamo sobre un seguro reducido.

LA COMPAÑÍA pondrá a disposición de EL CONTRATANTE, a solicitud de este, la información sobre el detalle de los préstamos tomados por EL CONTRATANTE, así como la información sobre los pagos efectuados y aquellos que se encuentran pendientes, así como el monto por concepto de cargos aplicables, detallados de manera desagregada,

El envío o puesta a disposición periódica se realizará por medios electrónicos, salvo que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite su envío por medio físico dentro de un plazo máximo de quince (15) días posteriores al cierre del mes en que la información es requerida.

ARTÍCULO 7° PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES:

Esta Póliza participará cada año a partir del año 4°, el máximo entre 0 y el porcentaje definido en las condiciones particulares, del diferencial entre la tasa de rentabilidad neta de gastos obtenida por LA COMPAÑÍA y la tasa de interés técnico, sobre la reserva matemática, de todos los contratos de Seguro de Vida Individual con derecho a dicha participación, vigentes al 31 de diciembre de cada ejercicio.

ARTÍCULO 8° MODO DE OTORGAR LAS UTILIDADES:

La Participación de Utilidades se calcula anualmente, a partir del año 4° sobre el ejercicio vencido anterior y se materializa a través de un Bono que incrementa la Suma Asegurada y se pagará al vencimiento de la póliza o al ejercer el rescate de la misma.

LA COMPAÑÍA hará llegar al CONTRATANTE, una vez al año sí hubiese lugar al bono, un Certificado de Revalorización mediante el cual se cuantifica el importe del Bono Anual por Participación de Utilidades asignado a la Póliza, correspondiente al ejercicio anterior cerrado al 31 de diciembre de cada año.

1.
 1. RESCATE:

En caso de Rescate, EL CONTRATANTE tendrá derecho al 85% (ochenta y cinco por ciento) de las Reservas Matemáticas constituidas sobre las revalorizaciones de capital asignadas a la póliza hasta la fecha de la solicitud de Rescate.

1.
 2. REDUCCION DEL SEGURO:

EL CONTRATANTE no perderá el bono acumulado por Participación de Utilidades que tuviese asignado a la fecha en que se convirtió la Póliza en un seguro reducido y continuará teniendo derecho a las sucesivas revalorizaciones de capital hasta el vencimiento del contrato.

1.

3. PRÉSTAMO:

En los casos en que solicite Préstamo, a los efectos de la asignación y cálculo de las posteriores utilidades se descontará de la Reserva Matemática que corresponda a esa Póliza el importe medio ponderado del Préstamo bruto concedido.

ARTÍCULO 9° PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA OTORGAR LA COBERTURA DE SUPERVIVENCIA:

En un plazo máximo de treinta (30) días a partir del vencimiento del plazo del seguro contratado, La COMPAÑÍA genera una orden de pago a favor del CONTRATANTE y le comunicará, mediante los datos de contacto registrados en las condiciones particulares, los pasos a seguir para el cobro correspondiente

ARTÍCULO 10° APLICACIÓN DE LAS CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN:

En todo lo no precisado en las presentes Condiciones Generales del Producto y/ o en las Cláusulas Adicionales, rige lo indicado en las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros de Vida Individuales

ARTÍCULO 11° EXCLUSIONES:

La presente Póliza no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- a. Los producidos como consecuencia directa o indirecta de fisión o fusión nuclear, reacción nuclear o contaminación radioactiva, que no corresponda a tratamientos médicos.
- b. Los ocasionados como consecuencia de guerra civil o internacional (declarada o no) o servicio militar o policial de cualquier índole.
- c. El homicidio doloso cometido en calidad de autor o cómplice por un BENEFICIARIO de esta Póliza o quien pudiere reclamar la indemnización. Esta exclusión será aplicable sólo a tal(es) autor(es) o cómplice(s), dejando a salvo el derecho de los demás BENEFICIARIOS o herederos legales a recibir la cobertura garantizada en función a los porcentajes de beneficio establecidos en la Póliza para cada uno. El porcentaje del beneficiario(s) excluido(s) será distribuido para ser pagado a los demás beneficiarios.
- d. Suicidio, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpidamente por dos (02) años.

- e. A consecuencia de participación del ASEGURADO como conductor o acompañante, en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor, avionetas, incluyendo carreras de entretenimiento.
- f. El riesgo de aviación, salvo que el ASEGURADO esté viajando de manera autorizada en calidad de pasajero en aeronaves con capacidad mayor a diez plazas de pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios predeterminados, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario, con intervención del organismo nacional o internacional competente.

Las Cláusulas Generales de Contratación, las Condiciones Particulares y/o las Condiciones Especiales, de ser el caso, podrán establecer otras exclusiones relacionadas a determinadas coberturas, así como exonerarlas de ellas.

ARTÍCULO 12° PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA SOLICITAR LA COBERTURA:

PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE MUERTE:

Muerte Natural

- a. Copia simple del DNI del ASEGURADO fallecido, en caso corresponda.
- b. Copia simple del Certificado Médico de Defunción, emitido por el establecimiento de salud correspondiente o por el médico tratante, que indique la causa del fallecimiento, adjuntar el documento completo, por ambos lados.
- c. Original o certificación de reproducción notarial de la Partida o Acta de Defunción del ASEGURADO, emitida por RENIEC.

En caso los BENEFICIARIOS que sean menores de edad: Original o Certificación de reproducción notarial del DNI o de su partida de nacimiento, y copia simple del DNI del padre/madre o tutor legal, y copia simple del DNI del BENEFICIARIO en caso sea mayor de edad.

- d. Copia simple de la Historia Clínica completa, motivo del fallecimiento.
- e. Copia certificada del resultado del examen anatómo patológico, en caso se haya practicado.

Muerte Accidental

En caso que el siniestro se produzca a consecuencia de un accidente, se deberá presentar adicionalmente a los documentos anteriores:

- a. Copia certificada del Atestado y/o Informe Policial completo con el resultado de las investigaciones, en caso corresponda.
- b. Original del Protocolo de Autopsia/Necropsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en caso corresponda.

- c. Copia certificada del Resultado del Examen de Dosaje Etílico, emitido por la Policía Nacional, en caso se haya practicado.
- d. Copia certificada del resultado del examen químico toxicológico, en caso se haya practicado.

Ocurrido el fallecimiento del ASEGURADO, estando la póliza endosada a favor de una Entidad Financiera, para el otorgamiento de la cobertura también deberá presentarse la constancia que acredite el no adeudo o el saldo de la deuda pendiente de pago con dicha Entidad. En este documento deberán constar los datos de contacto del funcionario encargado en la Entidad Financiera, a fin de que la COMPAÑÍA efectúe las coordinaciones respectivas para el pago del beneficio en caso corresponda.

En aquellos casos en que no exista designación de BENEFICIARIOS, se deberá presentar: (i) copia literal de la partida electrónica emitida por Registros Públicos de la localidad donde se expide, en la cual conste inscrita la Sucesión Intestada, o (ii) certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del testimonio del testamento, o (iii) certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la resolución judicial que contenga la declaratoria de herederos.

LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura del siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la documentación e información completa y necesaria para la liquidación del siniestro, detallada en la póliza, o del vencimiento de la prórroga que se hubiese solicitado de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación presentada por el ASEGURADO, referida a la comprobación del siniestro -informes, declaraciones, certificados médicos o la historia clínica del ASEGURADO-, dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) que tiene la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura. Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá exigir que los certificados se extiendan como certificación de reproducción notarial.

LA COMPAÑÍA pagará el beneficio de la póliza en el plazo máximo de treinta (30) días contados desde la emisión de su pronunciamiento de aprobación de cobertura o desde que haya sido consentido el siniestro.

Los BENEFICIARIOS podrá(n) solicitar las coberturas del seguro dentro del plazo de prescripción dispuesto por la Ley del Contrato de Seguro y demás normas que resulten aplicables.

No son aplicables a este seguro, deducibles, franquicias, coaseguros y similares.

Los documentos para la solicitar las coberturas de muerte natural y accidental, permitirán incluir el pago de los componentes de ahorro que correspondan.

CLÁUSULA ADICIONAL 001: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Adicionalmente a la Cobertura Básica contratada que se especifica en las Condiciones Generales del Producto, el CONTRATANTE podrá solicitar y suscribir la presente Cláusula Adicional según los términos y condiciones que se indican a continuación.

LA COMPAÑÍA hará constar la Cláusula Adicional contratada en la Solicitud y/o en las Condiciones Particulares, correspondientes.

La Cláusula Adicional quedará sin valor alguno en caso de suspensión de la Cobertura Básica o de resolución o nulidad de la misma, así como en caso se apliquen los Valores Garantizados o se realice la reducción del Seguro, de ser el caso.

ARTÍCULO 1º DEFINICIONES:

Complementando las definiciones contenidas en las Condiciones Generales de la Cobertura Básica, las Cláusulas Generales de Contratación que corresponda, queda convenido para efectos de la presente Cláusula Adicional, el significado de:

- **BENEFICIARIOS:** Se entenderán como BENEFICIARIOS de esta cláusula adicional a los designados conforme a las Cláusulas Generales de Contratación y las Condiciones Generales del Producto contratado. En caso de no existir BENEFICIARIOS nombrados a la fecha de fallecimiento del ASEGURADO, las indemnizaciones que correspondan a la presente cláusula adicional serán pagadas a los Herederos Legales según lo establecido por el Código Civil.

- **COBERTURA BÁSICA:** Cobertura de seguro que se indica en las Condiciones Particulares y con la cual tiene vigencia la presente Cláusula Adicional. La Cobertura Básica se rige por las Cláusulas Generales de Contratación, por las Condiciones Generales del Producto contratado, por las Condiciones Particulares y por las Condiciones Especiales y endosos que correspondan.

- **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:** Se entiende por este término a la condición física y/o mental irreversible que inhabilite al ASEGURADO de forma permanente total y permanente; para cualquier actividad, de acuerdo con el Dictamen Médico que deberá presentar el ASEGURADO, el cual será expedido por la autoridad competente.

- **ASEGURADO:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal

- **EDAD:** Para efectos del presente seguro se considerará como edad la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal. Al momento de contratación de esta Cláusula Adicional, el Asegurado deberá tener entre XX y XX años, pudiendo permanecer como Asegurado bajo la presente

cobertura adicional hasta el fin del año póliza en el cual cumpla los XX años de edad (Edad Máxima de Permanencia).

- **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 Contratante y/o Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.

- **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:** Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función. Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

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

ARTÍCULO 2º OBJETO DEL SEGURO:

Por la presente Cláusula Adicional, LA COMPAÑÍA se obliga a pagar al ASEGURADO la indemnización si este quedase inválido de forma total y permanente para todo tipo de trabajo, LA COMPAÑÍA pagará la indemnización correspondiente que se establece en las Condiciones Particulares. En base a la opción contratada del seguro:

- **Plan A:** De elegir esta opción LA COMPAÑÍA pagará AL ASEGURADO el monto de la suma asegurada indicada en las condiciones particulares de la póliza, manteniendo activa la Cobertura Básica y Coberturas adicionales contratadas, a excepción de la cobertura de INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, quedando automáticamente extintas estas dos (2) últimas.
- **Plan B:** La suma pagada por esta opción de Invalidez Total y Permanente, dará lugar a la extinción del contrato de seguro.

Si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia de enfermedad, únicamente procederá la cobertura en caso hayan transcurrido por lo menos seis (6) meses desde el inicio de la cobertura de la presente Cláusula Adicional (Periodo de Carencia) y la Invalidez Total y Permanente se manifieste antes del año en el cual el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia indicada en el presente documento.

Asimismo, en caso la Invalidez Total y Permanente sea producto de un accidente, se cubrirá aquella invalidez que, cumpliendo con los términos del primer párrafo de la

presente cláusula, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente acaecido durante la vigencia de la presente cobertura.

ARTÍCULO 3° CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

Podrán ser considerados en esta Cláusula Adicional, los ASEGURADOS que cumplan lo establecido en las Condiciones Generales del Producto y en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 4° PAGO DE PRIMAS:

El CONTRATANTE se obliga al pago de la prima adicional que corresponda a la presente Cláusula Adicional contratada.

La presente Cláusula Adicional permanece vigente mediante el pago de la prima correspondiente, la misma que deberá ser pagada de acuerdo a la periodicidad, lugar y medios de pago convenidos en la Solicitud, cronograma de pagos y/o en las Condiciones Particulares, según corresponda, y se sujeta a los plazos acordados en el Convenio de Pago.

Esta prima es exigible en los mismos términos establecidos en las Condiciones Generales del Producto y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan.

ARTÍCULO 5° PLAZO DEL SEGURO:

La presente Cláusula Adicional iniciará vigencia desde la fecha establecida en la Solicitud o en las Condiciones Particulares, lo que corresponda.

Asimismo, esta Cláusula Adicional quedará sin valor alguno por suspensión o extinción de la Cobertura Básica o en caso de resolución o nulidad de la misma, conforme a las causales de terminación de la cobertura de las Condiciones Generales del Producto y las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan.

ARTÍCULO 6° RESOLUCIÓN DE LA CLAUSULAADICIONAL

El CONTRATANTE podrá solicitar la resolución del contrato de seguro en lo relativo a la presente Cláusula Adicional, manteniendo la vigencia la Cobertura Básica.

El CONTRATANTE podrá solicitar la resolución sin más requisito que una comunicación a la COMPAÑÍA pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que uso para la contratación del seguro, la cual operará de forma inmediata desde el momento de la recepción de dicha comunicación, fecha que será considerada para el fin de la vigencia de la presente cláusula adicional, manteniéndose la vigencia de la cobertura principal. De acuerdo a lo establecido en el artículo 9.1 de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida Individual.

La resolución de la presente Cláusula Adicional por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la presente Cláusula Adicional y no da lugar a devolución de la prima pagada por periodos anteriores en los que la Cláusula Adicional estuvo vigente.

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta en su totalidad a EL CONTRATANTE, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a devolver la prima en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación de EL CONTRATANTE, en la que se solicita la resolución de la presente cláusula adicional.

ARTÍCULO 7° EXCLUSIONES:

Adicionalmente a las exclusiones señaladas en las Condiciones Generales de del Producto y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan, las prestaciones derivadas de la presente Cláusula Adicional no serán reconocidas por LA COMPAÑÍA en caso de siniestros ocurridos por las siguientes causas:

- a. La invalidez derivada de tentativa de homicidio por un Beneficiario de la presente Cláusula Adicional o de la Cobertura Básica.
- b. Competencias, apuestas, tentativas de record y en general, actos peligrosos que no estén justificados por alguna necesidad profesional, salvo los que provengan de tentativas de salvamento de personas o bienes.
- c. Actos que tengan origen en imprudencia temeraria o culpa grave del ASEGURADO.
- d. Participación del ASEGURADO en apuestas, desafíos y riñas, salvo, en este último caso, que el ASEGURADO hubiese actuado en legítima defensa.
- e. Participación del ASEGURADO en actos delictivos o que infrinjan leyes y/o reglamentos o siniestros producidos cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia de drogas que no correspondan a un tratamiento médico. Se considera estado de ebriedad cuando el examen de alcoholemia arroje un resultado mayor a 0.5gr./lt. En caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, se considerará una disminución de 0.15 gr./lt. por hora desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- f. Los siniestros ocasionados con motivo de insurrección, alzamiento popular, huelgas, actos de terrorismo o guerrilla y servicio militar o policial de cualquier índole.
- g. Los siniestros, sufridos por el ASEGURADO en calidad de conductor u ocupante de vehículos con motor de cilindrada mayor a 50 cc. tales como: motocicletas, scooters, trimoviles, cuatrimotos, bicimotos, motonetas, motocars, mototaxis, motocarros, triciclos motorizados y segways (transportador personal).
- h. Los siniestros derivados de la práctica de los siguientes deportes: automovilismo, motociclismo, ciclismo, caza mayor y caza submarina, canotaje, tabla hawaiana y de nieve, skí (en cualquiera de sus modalidades), montañismo, equitación, boxeo, lucha y artes marciales, paracaidismo, ala delta, parapente y vuelos sin motor.
- i. Operaciones o viajes submarinos.

- j. Enfermedad o dolencia preexistente.
- k. Enfermedad congénita.
- l. La enfermedad del SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es HIV positivo.
- m. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- n. Envenenamiento o inhalación de gas venenoso.

ARTÍCULO 8° PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

Habiéndose declarado la Invalidez Total, Permanente y Definitiva, en caso de haberse contratado esta Cláusula Adicional, la solicitud de cobertura deberá incluir los siguientes documentos:

Para solicitar la Indemnización por invalidez permanente total y definitiva por enfermedad:

- Copia simple del DNI del ASEGURADO.
- Certificación de reproducción notaria de dictamen de invalidez permanente, total y definitiva expedido por autoridad competente. Se considera autoridad competente al Comité Médico de la AFP (COMAFP), de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD o Ministerio de Salud, mediante el cual se clasifique la condición de ASEGURADO como Invalidez Permanente, Total y Definitiva para todo trabajo y donde se indique la fecha desde la que se configura la condición.

En caso el ASEGURADO no pudiese acreditar la condición de invalidez mediante el certificado de la autoridad competente por no encontrarse sujeto a los regímenes previsionales privado o público, podrá presentar un informe debidamente sustentado por el médico tratante.

- Copia certificada de resultado de examen anátomo patológico, cuando sea pertinente para determinar la fecha de diagnóstico de la enfermedad causa de invalidez.
- Copia simple de la historia clínica completa (referida al diagnóstico de invalidez).

Para solicitar la Indemnización por invalidez permanente total y definitiva por accidente:

- Copia simple DNI de ASEGURADO.
- Certificación de reproducción notarial del dictamen de invalidez permanente, total y definitiva expedido por autoridad competente. Se considera autoridad competente al Comité Médico de la AFP (COMAFP), de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD o Ministerio de Salud, mediante el cual se califique la condición del ASEGURADO como Invalidez Permanente, Total y Definitiva para todo trabajo y donde se indique la fecha desde la que se configura la condición.

En caso el ASEGURADO no pudiese acreditar la condición de invalidez mediante el certificado de la autoridad competente por no encontrarse sujeto a los regímenes previsionales privado o público, podrá presentar un informe debidamente sustentado por el médico tratante.

- Copia certificada del Atestado y/o Informe Policial completo, en caso corresponda.
- Copia certificada de resultado del Dosaje Etílico, en caso se haya practicado.
- Copia certificada del resultado del examen químico toxicológico, en caso se haya practicado.
- Copia simple de la historia clínica completa (referida al diagnóstico de invalidez).

LA COMPAÑÍA podrá solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación presentada referida a la comprobación del siniestro dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura del siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la documentación e información completa y necesaria para la liquidación del siniestro o del vencimiento de la prórroga que se hubiese solicitado de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.

LA COMPAÑÍA pagará el beneficio en el plazo máximo de treinta (30) días contados desde la emisión de su pronunciamiento de aprobación de cobertura o desde que haya sido consentido el siniestro.

Los BENEFICIARIOS podrá(n) solicitar las coberturas del seguro dentro del plazo de prescripción dispuesto por la Ley del Contrato de Seguro y demás normas que resulten aplicables.

No se aplican a la presente Cláusula Adicional, deducibles, franquicias, coaseguros y similares.

En los Seguros de Vida y Sepelio que LA COMPAÑÍA ofrece, no se requiere el Aviso de Siniestro establecido en el artículo 68° de la Ley del Contrato de Seguro N° 29946.

La relación de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias se encuentra detallada en la página web <https://seguros.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas>

Queda expresamente convenido que EL ASEGURADO releva del secreto profesional a todo médico, clínica o establecimiento de salud con respecto a la información que requiera LA COMPAÑÍA con relación a su salud para efectos de la liquidación de la cobertura del Seguro.

ARTÍCULO 9° APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO:

En todo lo no precisado en la presente Cláusula Adicional, rige lo indicado en las Condiciones Generales del Producto, en las Condiciones Particulares y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan.

CONTENIDO: CLÁUSULA ADICIONAL 001: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

ARTÍCULO 1° DEFINICIONES

ARTÍCULO 2° OBJETO DEL SEGURO

ARTÍCULO 3° CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

ARTÍCULO 4° PAGO DE PRIMAS

ARTÍCULO 5° PLAZO DEL SEGURO

ARTÍCULO 6° RESOLUCIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

ARTÍCULO 7° EXCLUSIONES

ARTÍCULO 8° PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO

ARTÍCULO 9° APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO

CLÁUSULA ADICIONAL 002: MUERTE POR ACCIDENTE

Adicionalmente a la Cobertura Básica contratada que se especifica en las Condiciones Generales del Producto, el CONTRATANTE podrá solicitar y suscribir la presente Cláusula Adicional según los términos y condiciones que se indican a continuación.

LA COMPAÑÍA hará constar la Cláusula Adicional contratada en la Solicitud y/o en las Condiciones Particulares, correspondientes.

La Cláusula Adicional quedará sin valor alguno en caso de suspensión de la Cobertura Básica o de resolución o nulidad de la misma, así como en caso se apliquen los Valores Garantizados o se realice la reducción del Seguro, de ser el caso.

Complementando las definiciones contenidas en las Condiciones Generales del Producto, las Cláusulas Generales de Contratación que corresponda, queda convenido para efectos de la presente Cláusula Adicional, el significado de:

1. BENEFICIARIOS: Se entenderán como BENEFICIARIOS de esta cláusula adicional a los designados conforme a las Condiciones Generales del Producto contratado. En caso de no existir BENEFICIARIOS nombrados a la fecha de fallecimiento del ASEGURADO, las indemnizaciones que correspondan a la presente cláusula adicional serán pagadas a los Herederos Legales según lo establecido por el Código Civil.

2. COBERTURA BÁSICA: Cobertura de seguro que se indica en las Condiciones Particulares y con la cual tiene vigencia la presente Cláusula Adicional. La Cobertura Básica se rige por las Cláusulas Generales de Contratación, por las Condiciones Generales del Producto contratado, por las Condiciones Particulares y por las Condiciones Especiales y endosos que correspondan.

3. MUERTE POR ACCIDENTE: Se entiende por muerte accidental a aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del asegurado independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Toda muerte que se haya producido fuera de los términos descrito en el párrafo anterior no se encuentra amparada por la presente Cláusula Adicional.

ARTÍCULO 2º OBJETO DEL SEGURO:

Por la presente Cláusula Adicional, al ocurrir la Muerte por Accidente del ASEGURADO, LA COMPAÑÍA se obliga a pagar al (los) BENEFICIARIOS designado(s) la indemnización que se indica en la Solicitud y/o en las Condiciones Particulares.

Es de cargo de los BENEFICIARIOS, acreditar a La Compañía que el fallecimiento del ASEGURADO es consecuencia de un accidente amparado bajo esta póliza.

Con el uso de la cobertura de esta cláusula, quedará automáticamente extinto el contrato de seguro, en el producto que corresponda.

ARTÍCULO 3° CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

Podrán ser considerados en esta Cláusula Adicional, los ASEGURADOS que cumplan lo establecido en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 4° PAGO DE PRIMAS:

El CONTRATANTE se obliga al pago de la prima adicional que corresponda a la presente Cláusula Adicional contratada.

La presente Cláusula Adicional permanece vigente mediante el pago de la prima correspondiente, la misma que deberá ser pagada de acuerdo a la periodicidad, lugar y medios de pago convenidos en la Solicitud, cronograma de pagos y/o en las Condiciones Particulares de la Cobertura Básica, según corresponda, y se sujeta a los plazos acordados en el Convenio de Pago.

Esta prima es exigible en los mismos términos establecidos en las Condiciones Generales del Producto y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan.

ARTÍCULO 5° PLAZO DEL SEGURO:

La presente Cláusula Adicional iniciará vigencia desde la fecha establecida en la Solicitud o en las Condiciones Particulares, lo que corresponda.

Asimismo, esta Cláusula Adicional quedará sin valor alguno por suspensión o extinción de la Cobertura Básica o en caso de resolución o nulidad de la misma, conforme a las causales de terminación de la cobertura de las Condiciones Generales del Producto y las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan.

ARTÍCULO 6° RESOLUCIÓN DE LA CLAUSULA ADICIONAL:

El CONTRATANTE podrá solicitar la resolución del contrato de seguro en lo relativo a la presente Cláusula Adicional, manteniendo la vigencia la Cobertura Básica.

El CONTRATANTE podrá solicitar la resolución sin más requisito que una comunicación a la COMPAÑÍA pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que uso para la contratación del seguro, la cual operará de forma inmediata desde el momento de la recepción de dicha comunicación, fecha que será considerada para el fin de la vigencia de la presente cláusula adicional, manteniéndose la vigencia de la cobertura principal. De acuerdo a lo establecido en el artículo 9.1 de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida Individual.

La resolución de la presente Cláusula Adicional por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la presente Cláusula Adicional y no da lugar a devolución de la prima pagada por periodos anteriores en los que la Cláusula Adicional estuvo vigente.

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta en su totalidad a EL CONTRATANTE, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a devolver la prima en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación de EL CONTRATANTE, en la que se solicita la resolución de la presente cláusula adicional.

ARTÍCULO 7° EXCLUSIONES:

Adicionalmente a las exclusiones señaladas en las Condiciones Generales de la Cobertura Básica y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan, las prestaciones derivadas de la presente Cláusula Adicional no serán reconocidas por LA COMPAÑÍA en caso de siniestros ocurridos por las siguientes causas:

- a. Competencias, apuestas, tentativas de record y en general, actos peligrosos que no estén justificados por alguna necesidad profesional, salvo los que provengan de tentativas de salvamento de personas o bienes.
- b. Actos que tengan origen en imprudencia temeraria o culpa grave del ASEGURADO.
- c. Participación del ASEGURADO en apuestas, desafíos y riñas, salvo, en este último caso, que el ASEGURADO hubiese actuado en legítima defensa.
- d. Participación del ASEGURADO en actos delictivos o que infrinjan leyes y/o reglamentos o siniestros producidos cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia de drogas que no correspondan a un tratamiento médico. Se considera estado de ebriedad cuando el examen de alcoholemia arroje un resultado mayor a 0.5gr./lt. En caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, se considerará una disminución de 0.15 gr./lt. por hora desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- e. Los siniestros ocasionados con motivo de insurrección, alzamiento popular, huelgas, actos de terrorismo o guerrilla y servicio militar o policial de cualquier índole.
- f. Los siniestros, sufridos por el ASEGURADO en calidad de conductor u ocupante de vehículos con motor de cilindrada mayor a 50 cc. tales como: motocicletas, scooters, trimoviles, cuatrimotos, bicimotos, motonetas, motocars, mototaxis, motocarros, triciclos motorizados y segways (transportador personal).
- g. Los siniestros derivados de la práctica de los siguientes deportes: automovilismo, motociclismo, ciclismo, caza mayor y caza submarina, canotaje,

tabla hawaiana y de nieve, skí (en cualquiera de sus modalidades), montañismo, equitación, boxeo, lucha y artes marciales, paracaidismo, ala delta, parapente y vuelos sin motor.

- h. Operaciones o viajes submarinos.
- i. El Accidente Cerebro Vascular, los Síncopes o Infartos de Miocardio no están comprendidos dentro de esta cobertura.

ARTÍCULO 8° PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

Para atender la solicitud de cobertura por ocurrencia de un siniestro, se deberá presentar ante cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA los siguientes documentos en original o en copia certificada:

PARA SOLICITAR LAS INDEMNIZACIONES POR MUERTE ACCIDENTAL

- Copia simple de DNI de fallecido, en caso corresponda.
- Copia simple del Certificado Médico de Defunción que indique la causa del fallecimiento, adjuntar el documento completo, por ambos lados.
- Original o certificación de reproducción notaria de la Partida o Acta de Defunción del ASEGURADO.
- Certificación de reproducción notarial del DNI de los Beneficiarios designados por el CONTRATANTE en su póliza.

En caso de que sean menores de edad:

- Original o Certificación de reproducción notarial del DNI y copia simple del DNI del padre/madre o tutor legal.
- Copia simple de la Historia Clínica completa, referente a la muerte.
- Copia certificada del resultado del examen anátomo patológico, en caso se haya practicado
- Copia certificada del Atestado y/o Informe Policial completo, en caso corresponda.
- Original de Protocolo de Autopsia/Necropsia, en caso corresponda.
- Copia certificada del resultado del Examen de Dosaje Etílico, en caso se haya practicado.
- Copia certificada del resultado de examen químico toxicológico, en caso se haya practicado.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación presentada referida a la comprobación del siniestro dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura del siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la documentación e información completa y necesaria para la liquidación del siniestro o del vencimiento de la prórroga que se hubiese solicitado de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.

LA COMPAÑÍA pagará el beneficio de la póliza en el plazo máximo de treinta (30) días contados desde la emisión de su pronunciamiento de aprobación de cobertura o desde que haya sido consentido el siniestro.

Los BENEFICIARIOS podrá(n) solicitar las coberturas del seguro dentro del plazo de prescripción dispuesto por la Ley del Contrato de Seguro y demás normas que resulten aplicables.

No se aplican a la presente Cláusula Adicional, deducibles, franquicias, coaseguros y similares.

En los Seguros de Vida y Sepelio que LA COMPAÑÍA ofrece no se requiere el aviso de siniestro establecido en el artículo 68° de la Ley del Contrato de Seguro N° 29946.

La relación de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias se encuentra detallada en la página web <https://seguros.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas>

Queda expresamente convenido que EL ASEGURADO releva del secreto profesional a todo médico, clínica o establecimiento de salud con respecto a la información que requiera LA COMPAÑÍA con relación a su salud para efectos de la liquidación de la cobertura del Seguro.

ARTÍCULO 9° APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO:

En todo lo no precisado en la presente Cláusula Adicional, rige lo indicado en las Condiciones Generales del Producto, en las Condiciones Particulares y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan.

CLÁUSULA ADICIONAL 003: EXONERACION DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Adicionalmente a la Cobertura Básica contratada que se especifica en las Condiciones Generales del Producto, el CONTRATANTE podrá solicitar y suscribir la presente Cláusula Adicional según los términos y condiciones que se indican a continuación

LA COMPAÑÍA hará constar la Cláusula Adicional contratada en la Solicitud y/o en las Condiciones Particulares, correspondientes.

La Cláusula Adicional quedará sin valor alguno en caso de suspensión de la Cobertura Básica o de resolución o nulidad de la misma, así como en caso se apliquen los Valores Garantizados o se realice la reducción del Seguro, de ser el caso.

ARTÍCULO 1° DEFINICIONES:

Complementando las definiciones contenidas en las Condiciones Generales de la Cobertura Básica, las Cláusulas Generales de Contratación que corresponda, queda convenido para efectos de la presente Cláusula Adicional, el significado de:

COBERTURA BÁSICA: Cobertura de seguro que se indica en las Condiciones Particulares y con la cual tiene vigencia la presente Cláusula Adicional. La Cobertura Básica se rige por las Cláusulas Generales de Contratación, por las Condiciones Generales del Producto contratado, por las Condiciones Particulares y por las Condiciones Especiales y endosos que correspondan.

INVALIDEZ PERMANENTE, TOTAL Y DEFINITIVA: Se entiende por este término a la condición física y/o mental irreversible que inhabilite al ASEGURADO de forma permanente total, permanente y definitiva; para cualquier actividad, de acuerdo con el Dictamen Médico que deberá presentar el ASEGURADO, el cual será expedido por la autoridad competente.

ARTÍCULO 2° OBJETO DEL SEGURO:

Por la presente Cláusula Adicional, LA COMPAÑÍA otorga una cobertura de exoneración de pago de primas, en caso el ASEGURADO acredite una situación de Invalidez Total y Permanente de forma definitiva e irreversible, que surja como consecuencia de enfermedad o de accidente.

La Compañía exonerará al CONTRATANTE del pago de todas y cada una de las primas que por concepto de la Póliza principal y esta cláusula adicional se devenguen, después de la fecha de la invalidez, hasta la fecha de fin de vigencia del seguro

Se debe entender que la Invalidez Total y Permanente se debe presentar durante la vigencia de la Póliza y antes que el Asegurado cumpla sesenta y cuatro años (64) y trescientos sesenta y cuatro días (364) de edad.

En los casos de Invalidez Total y Permanente del Asegurado que se presenten como consecuencia de un accidente, el otorgamiento de la cobertura se brindará así la Invalidez Total y Permanente se configure dentro de los dos (02) años siguientes a la fecha de producido el accidente.

Ante la Invalidez Total y Permanente del asegurado, queda extinta la cobertura adicional de MUERTE ACCIDENTAL en caso se haya contratado.

ARTÍCULO 3° CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

Podrán ser considerados en esta Cláusula Adicional, los ASEGURADOS que cumplan lo establecido en las Condiciones Generales del Producto y en las Condiciones Particulares

ARTÍCULO 4° PAGO DE PRIMAS:

El CONTRATANTE se obliga al pago de la prima adicional que corresponda a la presente Cláusula Adicional contratada

La presente Cláusula Adicional permanece vigente mediante el pago de la prima correspondiente, la misma que deberá ser pagada de acuerdo a la periodicidad, lugar y medios de pago convenidos en la Solicitud, cronograma de pagos y/o en las Condiciones Particulares, según corresponda, y se sujeta a los plazos acordados en el Convenio de Pago.

Esta prima es exigible en los mismos términos establecidos en las Condiciones Generales del Producto y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan.

ARTÍCULO 5° PLAZO DEL SEGURO:

La presente Cláusula Adicional iniciará vigencia desde la fecha establecida en la Solicitud o en las Condiciones Particulares de la póliza, lo que corresponda.

Asimismo, esta Cláusula Adicional quedará sin valor alguno por suspensión o extinción de la Cobertura Básica o en caso de resolución o nulidad de la misma, conforme a las causales de terminación de la cobertura de las Condiciones Generales del Producto y las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan.

ARTÍCULO 6° RESOLUCIÓN DE LA CLAUSULA ADICIONAL

El CONTRATANTE podrá solicitar la resolución del contrato de seguro en lo relativo a la presente Cláusula Adicional, manteniendo la vigencia la Cobertura Básica.

El CONTRATANTE podrá solicitar la resolución sin más requisito que una comunicación a la COMPAÑÍA pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma,

lugar y medio que uso para la contratación del seguro, la cual operará de forma inmediata desde el momento de la recepción de dicha comunicación, fecha que será considerada para el fin de la vigencia de la presente cláusula adicional, manteniéndose la vigencia de la cobertura principal. De acuerdo a lo establecido en el artículo 9.1 de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida Individual.

La resolución de la presente Cláusula Adicional por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la presente Cláusula Adicional y no da lugar a devolución de la prima pagada por periodos anteriores en los que la Cláusula Adicional estuvo vigente.

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta en su totalidad a EL CONTRATANTE, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a devolver la prima en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación de EL CONTRATANTE, en la que se solicita la resolución de la presente cláusula adicional.

ARTÍCULO 7° EXCLUSIONES:

Adicionalmente a las exclusiones señaladas en las Condiciones Generales de del Producto y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan, las prestaciones derivadas de la presente Cláusula Adicional no serán reconocidas por LA COMPAÑÍA en caso de siniestros ocurridos por las siguientes causas:

- La invalidez derivada de tentativa de homicidio por un Beneficiario de la presente Cláusula Adicional o de la Cobertura Básica.
- Competencias, apuestas, tentativas de record y en general, actos peligrosos que no estén justificados por alguna necesidad profesional, salvo los que provengan de tentativas de salvamento de personas o bienes.
- Actos que tengan origen en imprudencia temeraria o culpa grave del ASEGURADO.
- Participación del ASEGURADO en apuestas, desafíos y riñas, salvo, en este último caso, que el ASEGURADO hubiese actuado en legítima defensa.
- Participación del ASEGURADO en actos delictivos o que infrinjan leyes y/o reglamentos o siniestros producidos cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia de drogas que no correspondan a un tratamiento médico. Se considera estado de ebriedad cuando el examen de alcoholemia arroje un resultado mayor a 0.5gr./lt. En caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, se considerará una disminución de 0.15 gr./lt. por hora desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- Ocasionados con motivo de insurrección, alzamiento popular, huelgas, actos de terrorismo o guerrilla y servicio militar o policial de cualquier índole.

- Sufridos por el ASEGURADO en calidad de conductor u ocupante de vehículos con motor de cilindrada mayor a 50 cc., motocicletas, scooters, trimoviles, cuatrimotos, bicimotos, motonetas, motocars, mototaxis, motocarros, triciclos motorizados y segways (transportador personal).
- Derivados de la práctica de los siguientes deportes: automovilismo, motociclismo, ciclismo, caza mayor y caza submarina, canotaje, tabla hawaiana y de nieve, skí (en cualquiera de sus modalidades), montañismo, equitación, boxeo, lucha y artes marciales, paracaidismo, ala delta, parapente y vuelos sin motor.
- Operaciones o viajes submarinos.
- Enfermedad o dolencia preexistente.
- Enfermedad congénita.
- La enfermedad del SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es HIV positivo
- Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva
- Envenenamiento o inhalación de gas venenoso.

ARTÍCULO 8° PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

Habiéndose declarado la Invalidez Total, Permanente y Definitiva, en caso de haberse contratado esta Cláusula Adicional, la solicitud de cobertura deberá incluir los siguientes documentos:

Para solicitar la exoneración de primas por invalidez permanente total y definitiva por enfermedad:

- Copia simple del DNI del ASEGURADO.
- Certificación de reproducción notaria de dictamen de invalidez permanente, tota y definitiva expedido por autoridad competente. Se considera autoridad competente; a Comité Médico de a AFP (COMAFP), de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD o Ministerio de Salud, mediante el cual se califique a condición de ASEGURADO como Invalidez Permanente, Tota y Definitiva para todo trabajo y donde se indique a fecha desde a que se configura a condición.

En caso el ASEGURADO no pudiese acreditar la condición de invalidez mediante certificado de autoridad competente por no encontrarse sujeto a los regímenes previsionales privado o público, podrá presentar un informe debidamente sustentado por el médico tratante.

- Copia certificada de resultado de examen anátomo patológico, cuando sea pertinente para determinar a fecha de diagnóstico de la enfermedad causa de invalidez.

- Copia simple de la historia clínica completa (referida al diagnóstico de invalidez).

Para solicitar la exoneración por invalidez permanente total y definitiva por accidente:

- Copia simple DNI de ASEGURADO.
- Certificación de reproducción notarial del dictamen de invalidez permanente, total y definitiva expedido por autoridad competente. Se considera autoridad competente; al Comité Médico de la AFP (COMAFP), de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMSEC), ESSALUD o Ministerio de Salud, mediante el cual se califique la condición del ASEGURADO como Invalidez Permanente, Total y Definitiva para todo trabajo y donde se indique la fecha desde la que se configura la condición.

En caso el ASEGURADO no pudiese acreditar la condición de invalidez mediante certificado de autoridad competente por no encontrarse sujeto a los regímenes previsionales privado o público, podrá presentar un informe debidamente sustentado por el médico tratante.

- Copia certificada del Atestado y/o Informe Policial completo, en caso corresponda.
- Copia certificada de resultado del Dosaje Etílico, en caso se haya practicado.
- Copia certificada del resultado del examen químico toxicológico, en caso se haya practicado.
- Copia simple de la historia clínica completa (referida al diagnóstico).

LA COMPAÑÍA podrá solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación presentada referida a la comprobación del siniestro dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura del siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la documentación e información completa y necesaria para la liquidación del siniestro o del vencimiento de la prórroga que se hubiese solicitado de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.

LA COMPAÑÍA pagará el beneficio en el plazo máximo de treinta (30) días contados desde la emisión de su pronunciamiento de aprobación de cobertura o desde que haya sido consentido el siniestro.

Los BENEFICIARIOS podrá(n) solicitar las coberturas del seguro dentro del plazo de prescripción dispuesto por la Ley del Contrato de Seguro y demás normas que resulten aplicables.

No se aplican a la presente Cláusula Adicional, deducibles, franquicias, coaseguros y similares.

En los Seguros de Vida y Sepelio que LA COMPAÑÍA ofrece, no se requiere el Aviso de Siniestro establecido en el artículo 68° de la Ley del Contrato de Seguro N° 29946.

La relación de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias se encuentra detallada en la página web <https://seguros.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas>

Queda expresamente convenido que EL ASEGURADO releva del secreto profesional a todo médico, clínica o establecimiento de salud con respecto a la información que requiera LA COMPAÑÍA con relación a su salud para efectos de la liquidación de la cobertura del Seguro.

ARTÍCULO 9° APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO:

En todo lo no precisado en la presente Cláusula Adicional, rige lo indicado en las Condiciones Generales del Producto, en las Condiciones Particulares y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan

CLÁUSULA ADICIONAL 004: RENTA HOSPITALARIA

Adicionalmente a la Cobertura Básica contratada que se especifica en las Condiciones Generales del Producto, el CONTRATANTE podrá solicitar y suscribir la presente Cláusula Adicional según los términos y condiciones que se indican a continuación

LA COMPAÑÍA hará constar la Cláusula Adicional contratada en la Solicitud y/o en las Condiciones Particulares, correspondientes.

La Cláusula Adicional quedará sin valor alguno en caso de suspensión de la Cobertura Básica o de resolución o nulidad de la misma, así como en caso se apliquen los Valores Garantizados o se realice la reducción del Seguro, de ser el caso.

ARTÍCULO 1° DEFINICIONES:

Complementando las definiciones contenidas en las Condiciones Generales de la Cobertura Básica, las Cláusulas Generales de Contratación que corresponda, queda convenido para efectos de la presente Cláusula Adicional, el significado de:

ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que ocasione daños al Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten 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 derivados de infarto de miocardio, ataque epiléptico, apoplejías, síncope, accidente cerebro vascular, desvanecimientos, sonambulismo y trastornos mentales, así como aquellos originados o como repercusión o consecuencia de estos eventos, episodios o crisis. Tampoco se considerará como Accidentes los derivados de negligencia médica o mala praxis.

ENFERMEDAD: Cualquier alteración de la salud que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo, con relación al organismo y que conlleve un tratamiento médico o quirúrgico.

HOSPITALIZACIÓN: Internamiento del Asegurado en un Establecimiento de Salud por un período mínimo de 24 horas, con motivo de un Accidente.

ARTÍCULO 2° OBJETO DEL SEGURO:

Por la presente Cláusula Adicional, LA COMPAÑÍA otorga la cobertura de renta hospitalaria, en caso el ASEGURADO acredite el accidente o enfermedad LA COMPAÑÍA pagará el monto de la suma asegurada o renta establecida en las Condiciones Particulares por cada día que el Asegurado se encuentre hospitalizado a causa de accidente o enfermedad no preexistente

Se entiende por día de hospitalización las veinticuatro (24) horas continuas e ininterrumpidas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital o Clínica.

La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en las Condiciones Particulares del producto.

En caso exista algún concepto pendiente de pago por parte del CONTRATANTE O ASEGURADO, LA COMPAÑÍA puede compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la póliza respectiva, contra la indemnización debida al asegurado.

ARTÍCULO 3° CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

Podrán ser considerados en esta Cláusula Adicional, los ASEGURADOS que cumplan lo establecido en las Condiciones Generales del Producto y en las Condiciones Particulares

ARTÍCULO 4° PAGO DE PRIMAS:

El CONTRATANTE se obliga al pago de la prima adicional que corresponda a la presente Cláusula Adicional contratada

La presente Cláusula Adicional permanece vigente mediante el pago de la prima correspondiente, la misma que deberá ser pagada de acuerdo a la periodicidad, lugar y medios de pago convenidos en la Solicitud, cronograma de pagos y/o en las Condiciones Particulares, según corresponda, y se sujeta a los plazos acordados en el Convenio de Pago.

Esta prima es exigible en los mismos términos establecidos en las Condiciones Generales y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan.

ARTÍCULO 5° PLAZO DEL SEGURO:

La presente Cláusula Adicional iniciará vigencia desde la fecha establecida en la Solicitud o en las Condiciones Particulares, lo que corresponda

Asimismo, esta Cláusula Adicional quedará sin valor alguno por suspensión o extinción de la Cobertura Básica o en caso de resolución o nulidad de la misma, conforme a las causales de terminación de la cobertura de las Condiciones Generales del Producto y las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan.

ARTÍCULO 6° RESOLUCIÓN DE LA CLAUSULA ADICIONAL

El CONTRATANTE podrá solicitar la resolución del contrato de seguro en lo relativo a la presente Cláusula Adicional, manteniendo la vigencia la Cobertura Básica.

El CONTRATANTE podrá solicitar la resolución sin más requisito que una comunicación a la COMPAÑÍA pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que uso para la contratación del seguro, la cual operará de forma inmediata desde el momento de la recepción de dicha comunicación, fecha que será

considerada para el fin de la vigencia de la presente cláusula adicional, manteniéndose la vigencia de la cobertura principal. De acuerdo a lo establecido en el artículo 9.1 de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida Individual.

La resolución de la presente Cláusula Adicional por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la presente Cláusula Adicional y no da lugar a devolución de la prima pagada por periodos anteriores en los que la Cláusula Adicional estuvo vigente.

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta en su totalidad a EL CONTRATANTE, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a devolver la prima en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación de EL CONTRATANTE, en la que se solicita la resolución de la presente cláusula adicional.

ARTÍCULO 7° EXCLUSIONES:

Adicionalmente a las exclusiones señaladas en las Condiciones Generales de del Producto y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan, las prestaciones derivadas de la presente Cláusula Adicional no serán reconocidas por LA COMPAÑÍA en caso de siniestros ocurridos por las siguientes causas:

Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes y gastos derivados de causas relacionadas. Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos que cumplan con lo establecido en la Ley N° 28770, Ley que Regula la Utilización de las Preexistencias en la Contratación de un Nuevo Seguro de Enfermedades y/o Asistencia Médica

Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales, desórdenes funcionales de la mente y tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico.

Despistajes de enfermedades, tratamiento y/o medicina preventiva.

Cirugía o tratamientos estéticos, plásticos o reconstructivos, cirugías por mamoplastia reductora ni por ginecomastia.

Tratamientos no reconocidos por el Colegio Médico Peruano.

Embarazo, maternidad, sus complicaciones y consecuencias.

Insuficiencia o sustitución hormonal, todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad, raquitismo y los derivados de ellos.

Enfermedades oncológicas y/o diagnosticadas como cáncer. En los casos que exista alta sospecha de cáncer, la cobertura del evento estará sujeta a la presentación del resultado de anatomía patológica, la cual deberá tener resultado negativo. La Compañía de Seguros podrá solicitar dicho documento, dentro del plazo de los 20 días para pronunciarse sobre el siniestro.

Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.

Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, andinismo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.

Hospitalizaciones realizadas en centros no reconocidos por el Ministerio de Salud o por el Colegio Médico Peruano o fuera del territorio peruano.

Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública.

El ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo, agente de seguridad, fuerzas armadas.

Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lit o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15gr/lit. por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.

Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado; así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.

Participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado; peleas, riñas, salvo aquellos casos en los que se acredite legítima defensa. La legítima defensa no requerirá ser acreditada de manera judicial.

Lesiones autoinfligidas causadas intencionalmente por el Asegurado, estando en su sano juicio o no, o por terceros con el consentimiento del Asegurado.

Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.

Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.

Actividades peligrosas: manipulación de explosivos o armas de fuego efectuada directamente por el Asegurado.

ARTÍCULO 8° PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

En caso de haberse contratado esta Cláusula Adicional, la solicitud de cobertura deberá incluir los siguientes documentos sustentatorios:

- Copia simple DNI de ASEGURADO
- Historia Clínica completa (referida a la hospitalización), foliada y fedateada del Asegurado, en caso la Compañía lo requiera
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado médico
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la orden de hospitalización firmada por el médico tratante
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del documento que acredite el alta o salida del Asegurado
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Informe policial o Atestado policial o Parte policial, según corresponda.
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación presentada referida a la comprobación del siniestro dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura del siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la documentación e información completa y necesaria para la liquidación del siniestro o del vencimiento de la prórroga que se hubiese solicitado de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.

LA COMPAÑÍA pagará el beneficio en el plazo máximo de treinta (30) días contados desde la emisión de su pronunciamiento de aprobación de cobertura o desde que haya sido consentido el siniestro.

Los BENEFICIARIOS podrá(n) solicitar las coberturas del seguro dentro del plazo de prescripción dispuesto por la Ley del Contrato de Seguro y demás normas que resulten aplicables.

No se aplican a la presente Cláusula Adicional, deducibles, franquicias, coaseguros y similares.

La relación de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias se encuentra detallada en la página web <https://seguros.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas>.

Queda expresamente convenido que EL ASEGURADO releva del secreto profesional a todo médico, clínica o establecimiento de salud con respecto a la información que requiera LA COMPAÑÍA con relación a su salud para efectos de la liquidación de la cobertura del Seguro.

ARTÍCULO 9° APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO:

En todo lo no precisado en la presente Cláusula Adicional, rige lo indicado en las Condiciones Generales del Producto, en las Condiciones Particulares y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan

CLÁUSULA ADICIONAL 005: ENFERMEDADES GRAVES

Adicionalmente a la Cobertura Básica contratada que se especifica en las Condiciones Generales del Producto, el CONTRATANTE podrá solicitar y suscribir la presente Cláusula Adicional según los términos y condiciones que se indican a continuación:

LA COMPAÑÍA hará constar la Cláusula Adicional contratada en la Solicitud y/o en las Condiciones Particulares, correspondientes.

La Cláusula Adicional quedará sin valor alguno en caso de suspensión de la Cobertura Básica o de resolución o nulidad de la misma, así como en caso se apliquen los Valores Garantizados o se realice la reducción del Seguro, de ser el caso.

ARTÍCULO 1° DEFINICIONES:

Complementando las definiciones contenidas en las Condiciones Generales de la Cobertura Básica, las Cláusulas Generales de Contratación que corresponda, queda convenido para efectos de la presente Cláusula Adicional, el significado de:

ENFERMEDADES GRAVES: Para efectos de la presente cobertura será el Cáncer Primario, Infarto al Miocardio, Accidente Cerebro Vascular, Enfermedad a las Coronarias que requiera cirugía e Insuficiencia Renal Crónica

TRANSPLANTE DE ÓRGANOS: Se refiere a toda recepción de trasplante o inscripción sobre una lista oficial de espera de trasplante de órgano, generados como consecuencia de una enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requiere ser trasplantado. Para efectos de esta cobertura los órganos considerados para trasplantes son: corazón, pulmón, riñón, hígado y médula hemopoyética para afecciones no malignas.

Las palabras no definidas en el presente documento, se regirán por las definiciones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza.

ARTÍCULO 2° OBJETO DEL SEGURO:

Por la presente Cláusula Adicional, LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO una indemnización hasta la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares, en caso se le diagnosticara por primera vez al Asegurado alguna de las Enfermedades Graves que se detallan a continuación

En base al plan contratado del seguro e indicado en las condiciones particulares de la póliza:

PLAN ESTÁNDAR: Cubre las enfermedades graves de Cáncer, Infarto Agudo de Miocardio, Accidente Cerebrovascular, Insuficiencia Renal Terminal, Cirugía de Revascularización Coronaria (Bypass Coronario), Cirugía de la Aorta.

PLAN PREMIUN: Mismas enfermedades cubiertas en el Plan Estándar y adicionalmente las siguientes enfermedades: Cirugía de Válvulas Cardíacas, Parálisis de Extremidades, Pérdida Profunda de la Visión o Ceguera, Esclerosis Múltiple, Pérdida Profunda de la Audición o Sordera, Quemaduras Graves y Trasplante de Órganos.

A continuación, se indica la definición de las enfermedades graves que estarían siendo coberturadas en la presente cláusula adicional:

2.1. CÁNCER: Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno invasor, verificado por los estudios histopatológicos correspondientes. Incluye leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de médula ósea, cáncer de piel metastásico y melanomas clasificados con un nivel de Clark III o mayor o un grosor de Breslow mayor a 1.5 mm.

2.2. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO: Muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco debida a una interrupción súbita del aporte sanguíneo al miocardio. El diagnóstico debe ser establecido por un médico certificado y debe estar apoyado en los siguientes elementos:

Elevación y descenso de las troponinas cardíacas a niveles considerados diagnósticos (> percentil 99) y al menos 2 de los siguientes:

Dolor torácico o síntomas típicos de isquemia aguda

Cambios nuevos en el ECG compatibles con infarto o aparición de un nuevo BRIHH

Evidencia en estudios de imagen de nueva pérdida de miocardio o anomalías regionales en la movilidad de las paredes.

2.3. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR: Diagnóstico definitivo de un evento cerebrovascular agudo causado por una disminución de flujo sanguíneo al cerebro originado por trombosis, hemorragia o embolismo de una fuente extra craneal, con:

- Inicio agudo de nuevos síntomas neurológicos típicos
- Déficit neurológico nuevo, que resulta objetivo en el examen clínico y que persiste por al menos 2 meses después de la fecha del diagnóstico.

El diagnóstico debe ser hecho y corroborado por un especialista y confirmado por hallazgos típicos en pruebas diagnósticas de imagen (Tomografía axial computarizada o resonancia magnética).

2.4. INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL:

Etapas terminal de una enfermedad renal manifestada por una falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesario efectuar diálisis peritoneal o hemodiálisis periódicas o un trasplante renal.

2.5. CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA (Bypass Coronario): Cirugía a corazón abierto que se lleva a cabo para corregir o tratar estenosis o bloqueos en una o más arterias coronarias mediante injertos arteriales y/o venosos. Es necesario que exista demostración angiográfica de obstrucción coronaria significativa y el procedimiento quirúrgico debe ser considerado como medicamento necesario por un cardiólogo.

2.6. CIRUGÍA DE LA AORTA: Cirugía abierta de la aorta torácica o abdominal, con resección de algún segmento del vaso, a menudo con colocación de un injerto. Incluye coartectomía para tratamiento de coartación de aorta, resección de aneurismas o tratamiento quirúrgico de la disección aórtica.

2.7. CIRUGÍA DE VÁLVULAS CARDÍACAS: Primera ocurrencia de una cirugía de válvulas cardíacas (endoscópica o a corazón abierto) realizada para substituir o reparar una o más válvulas cardíacas como consecuencia de defectos que no puedan ser reparados con procedimientos intravasculares. La cirugía debe llevarse a cabo por recomendación de un cardiólogo.

2.8. PARÁLISIS DE EXTREMIDADES: Pérdida total de la función muscular en dos o más extremidades (brazos o piernas) como resultado de una lesión o de una enfermedad de la médula espinal o del cerebro, que debe persistir por al menos 90 días después del evento precipitante. Incluye la pérdida de función de miembros o extremidades clasificada como diplejía, hemiplejía, tetraplejía o cuadriplejía.

2.9. PÉRDIDA PROFUNDA DE LA VISIÓN O CEGUERA: Pérdida total e irreversible de la visión de ambos ojos causada por accidente o enfermedad. El diagnóstico debe ser hecho por un oftalmólogo y evidenciado por exámenes específicos que demuestren el cumplimiento de los siguientes criterios:

a) Agudeza visual igual o menor a 20/400 (0.05) en el mejor ojo y con la mejor corrección posible, o

b) Campo visual igual o menor a 10 grados, en el mejor ojo y con la mejor corrección posible.

2.10. ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple definitiva confirmada y evidenciada por todo lo siguiente:

Estudios diagnósticos incluyendo hallazgos típicos en una resonancia magnética, que confirmen el diagnóstico de esclerosis múltiple

Alteraciones de la función motora o sensitiva, o déficit neurológico múltiple que persisten por un período continuo de al menos 6 meses.

2.11. PÉRDIDA PROFUNDA DE LA AUDICIÓN O SORDERA: Pérdida irreversible, total o profunda, de la audición en ambos oídos, causada por accidente o enfermedad.

El diagnóstico debe ser hecho por un otorrinolaringólogo y evidenciado mediante exámenes auditivos específicos (audiograma, potenciales evocados auditivos del tronco cerebral, registro de emisiones oto-acústicas), que demuestren el cumplimiento del siguiente criterio:

- Umbrales auditivos sensorio-neurales mayores o iguales a 90 dB (decibelios) en ambos oídos, medidos por audiograma, en todas las frecuencias de audición.

2.12. QUEMADURAS GRAVES: Quemaduras de tercer grado que afecten al menos el 20% (veinte por ciento) de la superficie corporal del Asegurado o al menos 20% (veinte por ciento) de la superficie de la cara o la cabeza. El diagnóstico deberá ser confirmado por un especialista y evidenciado por los resultados de la carta de Lund Browder o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.

2.13. TRANSPLANTE DE ÓRGANOS: Se cubre únicamente al receptor como asegurado del trasplante de cualquiera de los órganos mencionados a continuación:

- Corazón
- Pulmón
- Hígado
- Riñón
- Páncreas
- Intestino delgado
- Médula ósea

El trasplante debe ser médicamente necesario con base en la confirmación objetiva del deterioro de la función del órgano.

En el caso de trasplante de médula ósea la garantía cubre únicamente al asegurado como receptor del trasplante, utilizando células hematopoyéticas progenitoras precedido por ablación total de médula ósea (mieloablación).

Esta cobertura tiene un periodo de Carencia: 90 días para cada una las enfermedades y un Periodo de sobrevivencia: 30 días para cada una de las enfermedades.

ARTÍCULO 3° PERIODO DE CARENIA:

Para activar la cobertura de Enfermedades Graves es requisito que hayan transcurrido noventa (90) días de la fecha de inicio de vigencia de la presente Cláusula Adicional y que el ASEGURADO se encuentre con vida a esa fecha.

LA COMPAÑÍA no responderá por condiciones diagnosticadas antes o durante dicho periodo de carencia.

ARTÍCULO 4° CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

Podrán ser considerados en esta Cláusula Adicional, los ASEGURADOS que cumplan lo establecido en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares

ARTÍCULO 5° PAGO DE PRIMAS:

El CONTRATANTE se obliga al pago de la prima adicional que corresponda a la presente Cláusula Adicional contratada.

La presente Cláusula Adicional permanece vigente mediante el pago de la prima correspondiente, la misma que deberá ser pagada de acuerdo a la periodicidad, lugar y medios de pago convenidos en la Solicitud, cronograma de pagos y/o en las Condiciones Particulares, según corresponda, y se sujeta a los plazos acordados en el Convenio de Pago

Esta prima es exigible en los mismos términos establecidos en las Condiciones Generales y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan.

ARTÍCULO 6° PLAZO DEL SEGURO:

La presente Cláusula Adicional iniciará vigencia desde la fecha establecida en la Solicitud o en las Condiciones Particulares, lo que corresponda

Asimismo, esta Cláusula Adicional quedará sin valor alguno por suspensión o extinción de la Cobertura Básica o en caso de resolución o nulidad de la misma, conforme a las causales de terminación de la cobertura de las Condiciones Generales del Producto y las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan.

ARTÍCULO 7° RESOLUCIÓN DE LA CLAUSULA ADICIONAL

El CONTRATANTE podrá solicitar la resolución del contrato de seguro en lo relativo a la presente Cláusula Adicional, manteniendo la vigencia la Cobertura Básica.

El CONTRATANTE podrá solicitar la resolución sin más requisito que una comunicación a la COMPAÑÍA pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que uso para la contratación del seguro, la cual operará de forma inmediata desde el momento de la recepción de dicha comunicación, fecha que será considerada para el fin de la vigencia de la presente cláusula adicional, manteniéndose la vigencia de la cobertura principal. De acuerdo a lo establecido en el artículo 9.1 de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida Individual.

La resolución de la presente Cláusula Adicional por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la presente Cláusula Adicional y no da lugar a devolución de la prima pagada por periodos anteriores en los que la Cláusula Adicional estuvo vigente.

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta en su totalidad a EL CONTRATANTE, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a devolver la prima en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación de EL CONTRATANTE, en la que se solicita la resolución de la presente cláusula adicional.

ARTÍCULO 8° EXCLUSIONES:

Adicionalmente a las exclusiones señaladas en las Condiciones Generales de del Producto y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan, las prestaciones derivadas de la presente Cláusula Adicional no serán reconocidas por LA COMPAÑÍA en caso de siniestros ocurridos por las siguientes causas:

Intento de suicidio o autolesión, lesiones auto inferidas.

Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.

Consumo frecuente de bebidas alcohólicas, adicción al alcohol, alcoholismo, así como el consumo de drogas, estupefacientes, barbitúricos, sustancias alucinógenas y otras análogas.

Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado; así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión por dicho combustible.

Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública.

Enfermedades o tratamientos médicos relacionados, causados o derivados del uso, ingesta o adicción a las drogas, estupefacientes o narcóticos, fármacos o bebidas alcohólicas.

Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.

Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.

Adicionalmente a lo antes referido, para los siguientes casos deberá de considerarse lo siguiente:

8.1. PARA CANCER:

Carcinoma in situ, cáncer in situ, cánceres no invasivos, displasias o condiciones premalignas

Cáncer de próstata en estadio menor a II de la 8ª edición del AJCC

Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor a II de la 8ª edición de la AJCC

Carcinoma de células basales o carcinomas de células escamosas de la piel y dermatofibrosarcoma protuberans.

Cáncer diagnosticado o tratado durante el periodo de espera de 60 días o antes de la fecha de contratación de la póliza, incluyendo sus recurrencias o su extensión local, regional o metastásica, o cáncer diagnosticado con base en células tumorales, moléculas asociadas al tumor o marcadores en sangre, saliva, heces u otros fluidos, en ausencia de evidencia histopatológica definitiva.

8.2. PARA INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Cambios en el ECG que sugieran infarto previo sin que se cumpla la definición señalada de infarto de miocardio.

Angina de pecho.

Elevación mínima de troponinas, sin anomalías diagnósticas en el ECG ni signos clínicos de infarto.

8.3. PARA ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Ataque isquémico transitorio.

Eventos cerebrovasculares debidos a trauma o infección.

Infartos lacunares que no cumplen con la definición de accidente cerebrovascular descrita previamente.

Hemorragia cerebral secundaria a una lesión cerebral preexistente.

Anormalidades en estudios de imagen sin síntomas clínicos claramente relacionados o signos neurológicos.

8.4. PARA INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL

Falla o insuficiencia renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento.

8.5. PARA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA (BYPASS CORONARIO)

a) Angioplastia coronaria, colocación de stents coronarios o cualquier procedimiento intra-arterial con base en catéteres.

Revascularización con láser.

Técnicas quirúrgicas que no requieran la apertura del tórax u otras cirugías cardíacas que no sean específicamente una cirugía de bypass coronario.

8.6. PARA CIRUGÍA DE LA AORTA

Cualquier procedimiento intraarterial con base en catéteres tales como colocación de stents o reparación endovascular.

Cirugía en ramas de la aorta.

8.7. PARA CIRUGÍA DE VÁLVULAS CARDÍACAS

Reparaciones valvulares mediante procedimientos intravasculares (uso de clips, dilatación con balón, prótesis de implantación intravascular)

8.8. PARA PARÁLISIS DE EXTREMIDADES

Condiciones o trastornos en los cuales la parálisis sea de naturaleza temporal.

Daños auto-infligidos.

Parálisis parcial.

8.9. PARA PÉRDIDA PROFUNDA DE LA VISIÓN O CEGUERA

Pérdida de la visión o ceguera que pueda ser corregida mediante tratamiento médico de cualquier tipo.

8.10. PARA PÉRDIDA PROFUNDA DE LA AUDICIÓN O SORDERA

Sordera que pueda ser corregida mediante tratamiento médico de cualquier tipo.

8.11. PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células.

Donante del órgano.

En el caso de trasplante de médula ósea, queda excluido cualquier otro diferente al mencionado trasplante de células madre.

ARTÍCULO 9° PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

En caso de haberse contratado esta Cláusula Adicional, la solicitud de cobertura deberá incluir los siguientes documentos sustentatorios:

- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado
- Historia Clínica completa (referida al diagnóstico), foliada y fedateada del Asegurado.
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Informe médico en el que se detalle el diagnóstico que evidencie la enfermedad Grave.
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado, relacionados con la Enfermedad.

Adicionalmente a lo antes referido, para los siguientes casos deberá de considerarse lo siguiente:

9.1. PARA CÁNCER

- Estudio histopatológico que confirme la presencia del cáncer
- Informe del oncólogo que especifique estadio del tumor, tratamiento, evolución clínica, resultados de los estudios practicados y pormenores del cáncer
- Resultados de los estudios de estadificación (radiografías, tomografías, etc.)

9.2. PARA INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

- Informe pormenorizado del médico tratante que especifique detalles de la evolución clínica
- Exámenes de laboratorio que demuestren la elevación de troponinas
- Electrocardiogramas obtenidos durante el evento agudo que muestren cambios compatibles con el infarto.
- Estudios practicados para la evaluación del infarto (ecocardiograma, estudios de medicina nuclear, etc.)

9.3. PARA ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

- Informe del médico que especifique evolución clínica, duración del episodio, tipo y causa del accidente cerebrovascular

- TAC o RM compatibles con accidente cerebrovascular agudo

9.4. PARA INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL

- Certificación de la necesidad de diálisis periódica por parte del nefrólogo o del médico tratante
- Informe clínico pormenorizado que incluya causa de la insuficiencia renal
- Estudios de laboratorio compatibles con insuficiencia renal crónica irreversible (determinación del filtrado, química sanguínea, ultrasonido, biopsias, etc.)

9.5. PARA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA (BYPASS CORONARIO)

- Informe del procedimiento quirúrgico
- Informe de la angiografía coronaria previa a la cirugía

9.6. PARA CIRUGÍA DE LA AORTA

- Informe quirúrgico
- Informe de los estudios de imagen (angiografía, TAC o RM) de la aorta.

9.7. PARA CIRUGÍA DE VÁLVULAS CARDÍACAS

- Informe quirúrgico
- Resultado de los estudios de gabinete (electrocardiograma, RM, etc.) que demuestren los defectos valvulares.

9.8. PARA PARÁLISIS DE EXTREMIDADES

- Informe del médico especialista que certifique la pérdida total o parcial de la capacidad de movimiento de una o más extremidades, con demostración fehaciente de la lesión cerebral o de la médula espinal que le ha dado origen.

9.9. PARA PÉRDIDA PROFUNDA DE LA VISIÓN O CEGUERA

- Informe del oftalmólogo
- Pruebas específicas demostrativas de la condición (prueba de Snellen, campimetría)

9.10. PARA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

- Informe clínico pormenorizado del médico tratante sobre la condición
- Resultados de los estudios diagnósticos practicados (RM, examen del líquido cefalorraquídeo, potenciales evocados, etc.)

9.11. PARA PÉRDIDA PROFUNDA DE LA AUDICIÓN O SORDERA

- Informe del otorrinolaringólogo.
- Pruebas específicas demostrativas de la condición (audiograma, potenciales evocados auditivos del tronco cerebral, registro de emisiones otoacústicas)

9.12. PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS

- Informe médico pormenorizado sobre el trasplante.
- Estudios confirmatorios de laboratorio y/o gabinete que proporcionen confirmación objetiva del deterioro crónico e irreversible de la función del órgano reemplazado.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación presentada referida a la comprobación del siniestro dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura del siniestro en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la documentación e información completa y necesaria para la liquidación del siniestro o del vencimiento de la prórroga que se hubiese solicitado de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.

LA COMPAÑÍA pagará el beneficio en el plazo máximo de treinta (30) días contados desde la emisión de su pronunciamiento de aprobación de cobertura o desde que haya sido consentido el siniestro.

Los BENEFICIARIOS podrá(n) solicitar las coberturas del seguro dentro del plazo de prescripción dispuesto por la Ley del Contrato de Seguro y demás normas que resulten aplicables.

No se aplican a la presente Cláusula Adicional, deducibles, franquicias, coaseguros y similares.

La relación de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias se encuentra detallada en la página web <https://seguros.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas>.

Queda expresamente convenido que EL ASEGURADO releva del secreto profesional a todo médico, clínica o establecimiento de salud con respecto a la información que requiera LA COMPAÑÍA con relación a su salud para efectos de la liquidación de la cobertura del Seguro.

ARTÍCULO 10° APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO:

En todo lo no precisado en la presente Cláusula Adicional, rige lo indicado en las Condiciones Generales del Producto, en las Condiciones Particulares y en las Cláusulas Generales de Contratación que correspondan

Contenido

CLÁUSULA ADICIONAL 006: ENFERMEDADES GRAVES.

ARTÍCULO 1° DEFINICIONES.

ARTÍCULO 2° OBJETO DEL SEGURO.

ARTÍCULO 3° PERIODO DE CARENCIA.

ARTÍCULO 4° CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD.

ARTÍCULO 5° PAGO DE PRIMAS.

ARTÍCULO 6° PLAZO DEL SEGURO.

ARTÍCULO 7° RESOLUCIÓN DE LA CLAUSULA ADICIONAL.

RTÍCULO 8° EXCLUSIONES.

ARTÍCULO 9° PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO.

ARTÍCULO 10° APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO.



 **MAPFRE** PERÚ

Avenida Armendáriz 345 Miraflores **Lima**, Perú **T** + 511.213.73.73 **F** +511.243.31.31 **Web** www.mapfre.com.pe

