



CONDICIONES GENERALES SEGURO VIDA UNIVERSAL

ARTICULO 1: DESCRIPCION DE LA COBERTURA

En virtud de este seguro de vida, el monto asegurado se pagará al o a los beneficiarios, después del fallecimiento del asegurado, si éste ocurre durante el período de vigencia de la póliza, y habiéndose presentado la documentación requerida por la Compañía.

El monto asegurado a pagar se determinará según la opción elegida por el contratante, que aparece indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Opción A:

Bajo esta opción, el monto asegurado a pagar en caso del fallecimiento del asegurado, será el mayor valor entre, el capital asegurado por fallecimiento que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza y el Valor de la Póliza a la fecha del siniestro, incrementado en un 10%.

Opción B:

Bajo esta opción, el monto asegurado a pagar en caso de fallecimiento del asegurado, será la suma del capital asegurado por fallecimiento que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza, más el Valor de la Póliza a la fecha del siniestro.

ARTICULO 2: DEFINICIONES

Para efectos de la presente póliza se entenderá por:

Prima Proyectada: Es aquella prima que el contratante planea pagar en forma periódica. Su monto y forma de pago aparecen detallados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Prima de Primer Año: Es igual a la Prima Proyectada de acuerdo a la forma de pago, y la ésta debe ser pagada durante el primer año de vigencia de la póliza, la que de no pagarse en el monto y con la periodicidad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza producirá la terminación anticipada del seguro. La prima incluye el Derecho de Emisión que se menciona más abajo.

Prima Mínima: Es aquel monto definido en las Condiciones Particulares, que puede ser igual o mayor a la Prima de Primer Año, que se utiliza como valor de referencia para calcular las deducciones a las primas pagadas y el costo por rescate total.

Prima en Exceso de la Prima Mínima: Cualquier prima, una vez completado el pago de la prima mínima, que el contratante pague al asegurador durante el período de vigencia del seguro, ya sea en forma ocasional o periódica, con el propósito de incrementar el Valor de la Póliza.

Valor de la Póliza: Es el saldo de una cuenta que representa la obligación del asegurador con el contratante y con el beneficiario, en su caso. En dicha cuenta se abonará a favor del contratante una fracción de las primas pagadas y la rentabilidad otorgada a ésta, y se rebajarán de ella, el costo de las coberturas, los gastos del asegurador, y el monto de los rescates parciales, todo ello de acuerdo al procedimiento establecido en el Artículo 4.

El Valor de la Póliza pertenece al contratante, quien puede ejercer su derecho a él, a través de rescates parciales, del rescate total o préstamos, según se señala en los Artículos 6 y 7, respectivamente.

Monto Asegurado en Riesgo: Es la diferencia entre el monto asegurado definido en el Artículo 1 y el Valor de la Póliza determinado según lo señalado en el Artículo 4.

Costo de las Coberturas: El costo que mensualmente el asegurador rebajará del Valor de la Póliza para cubrir el riesgo de fallecimiento y los riesgos de las coberturas adicionales incluidas en la póliza. El costo de las coberturas será determinado sobre la base de las tasas mensuales que para cada edad actuarial alcanzada por el asegurado. Dichas tasas serán aplicadas a la diferencia entre el monto asegurado y el Valor de la Póliza para la cobertura de fallecimiento. Para las coberturas adicionales, las tasas se aplicarán sobre el capital asegurado en cada una de ellas. El asegurador podrá aplicar uniformemente, para determinar el costo de las coberturas, tasas inferiores a las tasas Máxima o Garantizadas para cada beneficio que aparecen detalladas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Gastos del Asegurador: El monto que mensualmente el asegurador rebajará del Valor de la Póliza para cubrir sus propios gastos. Estos gastos están expresados como un porcentaje del capital asegurado más un cargo fijo por póliza, según se detalla en las Condiciones Particulares de la póliza.

Derecho de Emisión: Es un cargo que el asegurador rebajará de la prima del primer año para cubrir los gastos propios de la emisión de la póliza. Este gasto es un monto fijo, según se detalla en las Condiciones Particulares de la póliza.

Modalidad de Inversión: Corresponde al o a los tipos de instrumentos financieros que la compañía tomará en consideración para determinar la rentabilidad que mensualmente aplicará sobre el Valor de la Póliza. Esta modalidad será indicada en las Condiciones Particulares de la póliza. El o los tipos de instrumentos financieros que se consideren serán sólo referenciales y no necesariamente corresponderán a tipos de instrumentos en los que invierta la compañía.

Rentabilidad Garantizada: Es aquella rentabilidad mínima que el asegurador se compromete a otorgar al Valor de la Póliza, si la modalidad de inversión señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, tiene definido este parámetro.

Cargo por Rescate Total: Un monto que será rebajado del Valor de la Póliza, en el caso de que el contratante solicite el rescate total de la póliza. El cargo por rescate total se calcula como un porcentaje de la Prima Mínima de acuerdo a la vigencia de la Póliza y el éste se detalla en las Condiciones Particulares de la póliza.

Cargo por Rescate Parcial: Un monto que será cobrado al contratante, en el caso de que éste solicite un rescate parcial de la póliza. El cargo por rescate parcial se detalla en las Condiciones Particulares de la póliza.

Edad Actuarial: La edad correspondiente al cumpleaños más próximo ya sea pasado o futuro, que en una determinada fecha tenga el asegurado.

ARTICULO 3: EXTENSION DE COBERTURA Y EXCLUSIONES

La cobertura que otorga esta póliza no impone restricciones al asegurado en cuanto a lugar de residencia, profesión, oficio, o actividad lícita en general, presente o futura, a menos que se indique específicamente en las Condiciones Particulares o en las Condiciones Generales. En los casos en que el asegurado declare realizar actividades o deportes calificados como peligrosos por el asegurador, éste podrá cubrir dichos riesgos previa aceptación por parte del contratante del mayor costo de cobertura que corresponda.

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado fuere causado por:

- a) Suicidio, auto mutilación o auto lesión. No obstante, la compañía aseguradora pagará el monto asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro, desde su rehabilitación o desde el aumento del capital asegurado. En este último caso el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital asegurado.**
- b) Realización de una actividad o deporte riesgoso, que las partes hayan acordado excluir de la cobertura, al no aceptar el contratante un recargo al costo de cobertura del riesgo. De dicha exclusión deberá dejarse constancia detallada en las Condiciones Particulares de la póliza.**
- c) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.**
- d) Por participación en cualquier acto delictivo o pena de muerte (en un país que aplique esta pena).**

De ocurrir el fallecimiento del asegurado en alguna de las circunstancias antes señaladas, se producirá el término del seguro, estando obligado el asegurador a pagar el Valor de Rescate de la Póliza al Contratante, salvo que éste sea la misma persona que el asegurado, en cuyo caso se pagará a los Beneficiarios.

ARTICULO 4: VALOR DE LA POLIZA

El Valor de la Póliza, que se determinará al término de cada mes, corresponderá al saldo de una cuenta donde mensualmente se abonarán o descontarán los siguientes conceptos:

- a) Se abonará en la cuenta una fracción de la prima pagada por el contratante en el mes. La cantidad a descontar de la prima pagada aparece detallada en las Condiciones Particulares de la póliza y dependerá si ella corresponde a prima básica o a prima en exceso de la mínima.
- b) Se descontará de la cuenta los costos de las coberturas y los cargos por concepto de gastos del asegurador correspondientes al mes, que aparecen detallados en las Condiciones Particulares de la póliza.
- c) Se abonará en la cuenta la rentabilidad obtenida por el Valor de la Póliza que será calculada sobre el valor de ésta al último día del mes anterior, menos cualquier rescate parcial pagado en el mes, más la rentabilidad proporcional del monto de cada rescate parcial pagado en el mes, durante el período comprendido entre el inicio del mes y la fecha en que éste fue pagado.
Los aumentos de la cuenta por concepto de prima pagada en el transcurso de un mes, devengarán rentabilidad en ese mismo mes, por el período comprendido entre la fecha que la compañía recibió la prima y el último día del correspondiente mes.
- d) Se descontará de la cuenta cualquier rescate parcial del Valor de la Póliza que efectúe el contratante, de acuerdo a lo señalado en el Artículo 7.
- e) Los cargos de administración según lo definido en el artículo 2, según Condiciones Particulares.

Todos los cargos serán aplicados en forma proporcional a los días vigentes de la póliza, es decir, para el primer mes los días a considerar serán aquellos comprendidos entre el día de inicio de vigencia de la póliza y el último día del mes. En ningún caso los cargos mencionados arriba podrán superar los cargos máximos detallados en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 5: MODALIDAD DE INVERSIÓN

La rentabilidad que será abonada al Valor Póliza corresponderá a la modalidad de rentabilidad garantizada, la cual será el equivalente mensual de la tasa de interés real garantizada que aparece expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza. El asegurador podrá aplicar en un determinado mes o período, una tasa de interés mayor a la anteriormente indicada, según lo permitan las condiciones financieras del mercado y el comportamiento de su cartera de inversiones.

ARTICULO 6: RESCATE TOTAL DEL VALOR DE LA POLIZA

El contratante tendrá el derecho a rescatar el Valor de la Póliza mediante una solicitud por escrito dirigida al asegurador y la presentación del contrato de póliza. A partir del momento en que el asegurador reciba la solicitud de rescate total, se producirá la terminación del seguro, cesando toda responsabilidad de la compañía con excepción de las del rescate del Valor de la Póliza.

El asegurador pagará al contratante el Valor de Rescate que se define como el saldo del Valor Póliza al momento en que el contratante solicite este beneficio menos el cargo por rescate correspondiente que figura en la Tabla del punto 4 de las Condiciones Particulares y el saldo adecuado a la Compañía por eventuales préstamos otorgados y no pagados. La Compañía podrá diferir el pago de este rescate en un período no mayor de 6 meses de haberse realizado la solicitud.

ARTICULO 7: RESCATES PARCIALES DEL VALOR DE LA POLIZA

Transcurrido el plazo señalado para estos efectos en las Condiciones Particulares de la póliza, el contratante tendrá derecho a efectuar rescates parciales del Valor de la Póliza, mediante una solicitud por escrito dirigida al asegurador y la presentación del contrato de póliza, quien pagará dicho rescate parcial. Del rescate parcial, se deducirá el cargo correspondiente.

Para otorgar un rescate parcial se deberá satisfacer las siguientes condiciones:

- a) El contratante podrá efectuar el número máximo de rescates parciales por mes y por año, que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.
- b) El monto de cada rescate parcial efectuado por el contratante, no podrá ser inferior a la cantidad que para estos efectos se señala en las Condiciones Particulares de la póliza, ni superior a la cantidad que para estos efectos se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.
- c) El monto total de los rescates parciales efectuados no podrá representar una proporción sobre el Valor de Rescate, mayor que la señalada en las Condiciones Particulares.
- d) El Valor de la Póliza remanente después de haberse otorgado un rescate parcial, no podrá ser menor al monto mínimo señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.
- e) Si el monto asegurado en la póliza corresponde a la opción A definida en el Artículo 1, al efectuarse el rescate parcial, el capital asegurado será recalculado para mantener constante el monto asegurado en riesgo, salvo que el asegurado presente a la compañía nuevas pruebas de asegurabilidad. El nuevo capital asegurado constará en el correspondiente endoso a la póliza que se entregará al contratante.

El capital asegurado remanente después de haberse otorgado un rescate parcial, no podrá ser inferior al monto mínimo de suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Cada rescate parcial tendrá un cargo fijo tal como está definido en las Condiciones Particulares de la póliza, que será descontado del monto a pagar.

La Compañía podrá diferir el pago de este rescate en un período no mayor de 6 meses de haberse realizado la solicitud.

ARTICULO 8: PRESTAMOS

El contratante del seguro podrá solicitar préstamos, mientras el seguro se encuentre vigente, siempre que hayan transcurrido a lo menos el número de meses de vigencia ininterrumpida de la póliza señalado en las Condiciones Particulares y se satisfagan las siguientes condiciones:

- a) El contratante podrá obtener el número máximo de préstamos por mes y por año, que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.
- b) El monto total de los préstamos vigentes que incluye los intereses devengados y no pagados no podrá exceder el porcentaje del Valor de Rescate definido en las Condiciones Particulares de la póliza.
- c) El monto de cada préstamo solicitado por el contratante, no podrá ser inferior a la cantidad que para estos efectos se señala en las Condiciones Particulares de la póliza, ni superior a la cantidad que para estos efectos se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.

El interés no pagado por el contratante en la fecha de vencimiento mensual se agregará al préstamo y devengará intereses sobre la misma tasa.

El préstamo se expresará en la misma moneda que el capital asegurado y quedará sujeto al interés y demás condiciones que se pacten en el respectivo contrato de Préstamo.

Todo préstamo quedará automáticamente garantizado por el Valor de Rescate y a la fecha del fallecimiento del asegurado se descontará de la indemnización del seguro, el saldo insoluto de los préstamos vigentes e intereses devengados, si los hubiere. Todo préstamo será descontado en caso de cancelación voluntaria por parte del cliente o en el caso mencionado en el punto b del presente artículo.

ARTICULO 9: PAGO DE PRIMAS Y PERIODO DE GRACIA

Las primas proyectadas de este seguro podrán ser mensuales, trimestrales, semestrales, anuales, o única, según se señale en las Condiciones Particulares de la póliza. El contratante pagará las primas en las oficinas del asegurador o en los lugares que éste designe. Todo ello, sin perjuicio de otros mecanismos de pago o descuento que el asegurador podrá poner a disposición del contratante para facilitar el pago.

Las primas proyectadas son pagaderas por el monto señalado en las Condiciones Particulares.

Adicionalmente, el contratante podrá pagar en cualquier momento primas no proyectadas en los montos que determine.

Si los pagos de primas proyectadas no se realizan en la forma prevista y no se realizan abonos por concepto de primas no proyectadas, esta póliza continuará vigente hasta que el Valor de la Póliza sea igual a cero. A excepción de lo estipulado en el punto f del artículo 10 del contrato.

A partir del momento en que el Valor de la Póliza sea igual a cero, se concede un período de gracia de 30 días, durante el cual la póliza permanecerá vigente. Una vez vencido este período de gracia, y de efectuarse cualquier pago a la Compañía, este hecho no afectará la terminación del contrato y la Compañía acuerda devolver dicho pago.

ARTICULO 10: SUSPENSION DE COBERTURA

Si la Compañía no recibe el pago de la prima antes de que el Período de Gracia expire, se entenderá que el Contratante y/o Asegurado ha incurrido en el incumplimiento del pago lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la póliza, hasta por 60 días. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse esta Póliza a partir de la fecha del pago de la prima dejada de pagar durante el período de suspensión o hasta que la Póliza sea cancelada.

ARTICULO 11: VIGENCIA DE LA POLIZA Y CAUSALES DE TERMINACION

El aviso de cancelación de la póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al contratante por escrito a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la Póliza que mantiene la Compañía con una anticipación de quince (15) días hábiles a la finalización del período de suspensión de la cobertura. Copia del aviso deberá ser enviada al corredor de seguros. Cualquier cambio de dirección del Contratante y/o Asegurado, deberá ser notificado a la Compañía, de lo contrario se tendrá por válido lo último que conste en el expediente de la póliza. Si el aviso no es enviado, el contrato seguirá vigente y se aplicará lo que al respecto dispone el artículo 998 del Código de Comercio.

El inicio de vigencia de este seguro, será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Este seguro terminará, en el momento que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) **Fallecimiento del asegurado.**
- b) **Solicitud de cancelación por parte del contratante.**
- c) **Cuando, transcurrido el período de gracia definido en el artículo 9.**
- d) **Cuando el asegurado cumpla los 99 años de edad, fecha en que la Compañía queda obligada a realizar el pago del Valor de Rescate de la Póliza.**
- e) **Cuando el valor total de los préstamos vigentes sea igual o mayores que el Valor Acumulado.**
- f) **Omisión o falsedad de información que, en caso de haberse conocido al momento de la emisión, la Compañía hubiese rechazado o recargado el riesgo.**

ARTICULO 12: REHABILITACION

El contratante puede optar mediante una notificación por escrito a la Compañía, por rehabilitar una póliza que ha terminado por la causa señalada en el punto c) y e) del Artículo 11. Ésta podrá ser rehabilitada en cualquier momento dentro del período señalado en las Condiciones Particulares, siguiente a la fecha de su término anticipado, de acuerdo a los siguientes requisitos:

- a) El asegurado debe ser asegurable de acuerdo con las reglas uniformes de la compañía, quedando a cargo del contratante los gastos que pudiera originar esta comprobación.
- b) Se deberá hacer efectivo el pago del monto adeudado por la cobertura otorgada durante el período de gracia, más una prima suficiente para mantener el Valor de la Póliza mayor a cero, por un período mínimo de seis meses.
- c) Toda rehabilitación debe ocurrir antes de la fecha de vencimiento de esta póliza.
- d) El contratante deberá reconocer cualquier préstamo sobre la póliza, con los intereses que se debe a partir de la fecha de terminación de esta póliza.

El plazo estipulado por la Ley para la impugnación del contrato por indisputabilidad (Artículo 25), como así también el período de carencia por suicidio que se detalla en el inciso a) del Artículo 3, comenzará a regir nuevamente desde el momento de la rehabilitación.

ARTICULO 13: MODIFICACION DEL CAPITAL ASEGURADO

El incremento del capital asegurado en la cobertura de fallecimiento o en cualquier cobertura adicional, o la inclusión de alguna de ellas, determinará un aumento en la prima mínima de la póliza. A este incremento de prima mínima se le aplicará las deducciones señaladas en el punto a) del Artículo 4, de la póliza.

Asimismo, se aplicarán los porcentajes para gastos del asegurador definidos en las Condiciones Particulares de la póliza, al incremento del capital asegurado.

La disminución del capital asegurado en la cobertura de fallecimiento o en cualquier cobertura adicional, o la eliminación de alguna de ellas, no implicará un cambio en las deducciones ya efectuadas a las primas pagadas, pero sí una disminución en la prima mínima de la póliza, que se considerará para efectuar las deducciones a las primas que sean pagadas con posterioridad a la disminución del capital asegurado.

Cualquier disminución (aumento) del capital asegurado podrá efectuarse después del primer año de vigencia de la póliza, siempre que la prima del primer año se encuentre pagada.

ARTICULO 14: MONEDA

Los capitales asegurados, el Valor de la Póliza, el cargo por rescate y las primas correspondientes a esta póliza están expresados en Balboas o en Dólares de los Estados Unidos.

ARTICULO 15: PROPIEDAD DE ESTA POLIZA

La propiedad de esta póliza corresponderá al contratante, y todos los derechos, privilegios y opciones conferidos en ella, estarán reservados al contratante, a menos que estuviesen concedidos específicamente a cualquier otra persona.

El contratante podrá ceder en favor del asegurado sus derechos sobre el total o parte del Valor de la Póliza, quedando registrada tal cesión en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los derechos del contratante cuando sea persona distinta al asegurado y falleciere estando esta póliza en vigor, pasarán al asegurado salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se haya designado a otra persona.

ARTICULO 16: CESION

El contratante podrá ceder a terceros la póliza de seguro, como garantía de una deuda u obligación. En este caso, el cesionario adquiere pleno derecho sobre todo o parte del Valor de la Póliza, sin perjuicio de los cargos por rescate que pudiera corresponder.

Si quedara un remanente en el Valor de la Póliza que no se hubiese cedido, pertenecerá al contratante, quien podrá disponer libremente de él. En caso de muerte el remanente pertenecerá a los beneficiarios designados en la póliza.

El cedente deberá notificar a través de carta certificada al asegurador respecto de la cesión que efectuará de su póliza la que deberá remitirle, a fin de registrar la cesión en sus Condiciones Particulares. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Contratante con terceros, no tendrán ningún valor para la Compañía.

El asegurador tendrá prioridad sobre cualquier cesión para rebajar del Valor de la Póliza los costos de las coberturas de fallecimiento y adicionales según lo que se señala en la letra b) del inciso primero del Artículo 4.

El contratante podrá dejar sin efecto la cesión pactada con un tercero en el momento que lo estime conveniente y siempre que el cesionario manifieste su conformidad. Ambos deberán comunicar el término de la cesión al asegurador a través de carta certificada junto con remitir la póliza correspondiente, a fin de anular en ella la cesión registrada con anterioridad.

ARTICULO 17: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El contratante podrá instituir, para cobrar el importe de este seguro en caso de fallecimiento del asegurado, a una o más personas, individualizándolas en las Condiciones Particulares de esta póliza. Si la relación entre el Contratante y el Asegurado fuera laboral, y el contrato fuera un beneficio al personal, el derecho de nombrar el o los Beneficiarios pasará a favor del Asegurado.

Designados varios beneficiarios sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales. El porcentaje asignado a cada beneficiario será detallado en las Condiciones Particulares.

A falta de beneficiarios instituidos por el contratante, el monto de la indemnización se pagará a los herederos testamentarios del asegurado, así declarados judicialmente, en los porcentajes establecidos en el testamento, o a falta de herederos testamentarios, a los herederos así declarados judicialmente.

En caso de que uno de los beneficiarios falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la cuota que le hubiera correspondido será distribuida entre los beneficiarios supérstites, acreciendo proporcionalmente la cuota parte previamente asignada, salvo figure lo contrario en las Condiciones Particulares que en caso de muerte de un Beneficiario sea reemplazado por una o varias personas.

El contratante podrá cambiar de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su consentimiento, manifestado por escrito a la compañía aseguradora. Toda revocación y nueva designación no tendrá validez a menos que sea presentada por escrito a la aseguradora.

Si el contratante cede, grava, cauciona o transfiere sus derechos con relación a la póliza, esto deberá ser notificado debidamente por escrito a la Compañía la que lo hará constar en la póliza por medio de un endoso. Sin el cumplimiento de estos requisitos, los convenios entre el contratante de la póliza y terceros no tendrán ningún valor para la Compañía.

La compañía aseguradora pagará a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

Un recibo por cualquier suma a pagar en caso de fallecimiento del Asegurado, firmado por el Beneficiario que tiene derecho a la suma a pagar de acuerdo con las disposiciones de esta póliza, será descargo correcto y válido para la Compañía, y será prueba definitiva y terminante de que tal suma ha sido debidamente pagada y recibida por la persona legalmente acreedora a la ella, y que todo reclamo o demanda contra la Compañía al respecto ha sido totalmente satisfecho.

ARTICULO 18: LIQUIDACION DE LA POLIZA Y PAGO DE BENEFICIOS

- a) Al vencimiento del seguro por fallecimiento del asegurado, los beneficiarios deberán presentar a la compañía todos los documentos por ella requerido para el pago del monto asegurado.

Si la edad comprobada excediese la declarada y aplicada de acuerdo con la tarifa señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, el asegurador pagará el monto asegurado reducido en proporción a los costos de las coberturas realmente deducidos. Si la edad fuese menor que la declarada, se pagará el monto asegurado y el exceso cobrado por concepto de costos de las coberturas, sin intereses. Con el pago del monto asegurado a los beneficiarios se extingue el derecho del Contratante sobre el Valor de la Póliza.

- b) Por término de la póliza según lo estipulado en la letra d) del artículo 11. En el aniversario de la póliza más próximo al día que el asegurado alcance la edad actuarial de 99 años, el asegurador pagará al contratante el Valor de la Póliza.

ARTICULO 19: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en la solicitud de seguro, en sus documentos accesorios y complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales del contrato de seguro. Cualquiera reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud y a su historia médica, ocupación, actividades y deportes riesgosos del asegurado, que pueda influir en la apreciación del riesgo, o de cualquiera circunstancia que conocida por el asegurador, pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta al asegurador para pedir la rescisión del contrato, en cuyo caso se devolverá al contratante o en defecto a los beneficiarios el valor de las primas percibidas sin intereses y con deducción de los gastos originados por la emisión de la póliza.

ARTICULO 20: EXTRAIVIO O DESTRUCCION DE LA POLIZA

En caso de extravío o destrucción de la póliza, el asegurador, a petición del contratante expedirá un duplicado del documento original. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del contratante. La nueva póliza anulará y reemplazará la anterior extraviada o destruida.

ARTICULO 21: INFORME ANUAL AL CONTRATANTE

El asegurador, al menos una vez al año, deberá enviar por correo una carta al domicilio del contratante registrado en la póliza, con información sobre los movimientos que hayan afectado el Valor de la Póliza, detallando las primas pagadas, la rentabilidad ganada, los costos de las coberturas y los gastos del asegurador.

ARTICULO 22: ARBITRAJE

Cualquier litigio o controversia proveniente de, o relacionados con este contrato, así como su interpretación, aplicación, ejecución o terminación, deberá resolverse por medio de arbitraje en derecho. El asegurado y la Compañía de Seguro convienen en que cualquier desacuerdo que surja entre ellos en relación con la ejecución o aplicación de este contrato será sometido a la jurisdicción de los tribunales de la República de Panamá. No obstante, a lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo someter sus controversias a arbitraje si así lo consideran conveniente a sus intereses.

ARTICULO 23: DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza. Las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en el presente contrato, se harán en forma expresa y fehacientemente en el domicilio de la otra parte. El contratante está obligado en informar al asegurador en caso de cambios de domicilio.

ARTICULO 24: CLAUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar la terminación o anulación anticipada de la póliza o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los endosos respectivos.

ARTICULO 25: INDISPUTABILIDAD

Esta póliza será indisputable cuando haya transcurrido dos (2) años completos desde su entrada en vigencia o su rehabilitación, salvo lo expresado en el Artículo 1000 del Código de Comercio de la República de Panamá. El Contratante de la Póliza tendrá derecho, si lo hubiera, al Valor de las primas pagadas menos gastos incurridos.

ARTICULO 26: MODIFICACION DEL CONTRATO

Cualquier modificación al contrato deberá ser solicitado por escrito y presentar el correspondiente contrato. Ésta deberá ser refrendada por los representantes autorizados de la Compañía, de lo contrario carecerá de todo valor.

BENEFICIO ADICIONAL DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Artículo 1: Riesgos Cubiertos

La Compañía concederá el beneficio que acuerdan estas Condiciones Generales Específicas, al Asegurado que se le diagnostique y padezca alguna o una combinación de las enfermedades catastróficas. Se entiende por Enfermedad Catastrófica a cualquier enfermedad seria o limitante que de alguna forma haya desmejorado la productividad y/o la calidad de vida del asegurado. Las Enfermedades Catastróficas cubiertas son las definidas en el Artículo 4° de estas Condiciones Generales Específicas - "Enfermedades Cubiertas", siempre y cuando tal diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez, con posterioridad a la fecha de inicio indicada en el Artículo 11° de estas Condiciones Generales Específicas y antes de la fecha en que el Asegurado alcance los 65 años de edad. Se consideran asegurables a los efectos de incluir esta cláusula adicional, las personas que posean entre 18 y 60 años de edad.

Artículo 2: Beneficio

La Compañía, una vez recibida la documentación probatoria detallada en el Artículo 7° de estas Condiciones Generales Específicas - "Requisitos para la Validez del Diagnóstico y Plazo de Prueba" y luego de verificado el diagnóstico y cumplido el "Período de sobrevivencia" establecido en el Artículo 8°, acuerda otorgar un pago equivalente a un monto fijo que será hasta el 25% de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica de Vida con un máximo de B/. 200.000.00

Artículo 3: Carácter del beneficio

El beneficio previsto en estas Condiciones Generales Específicas es adicional e independiente de la cobertura básica y, en consecuencia, la Compañía no hará por este concepto deducción alguna del beneficio a pagar por la cobertura principal.

El presente Beneficio se cancela una vez que se haga algún reclamo, aunque la misma u otras enfermedades cubiertas se manifiesten con posterioridad.

Artículo 4: Enfermedades cubiertas

La Compañía concederá el beneficio acordado por esta cláusula, en caso de diagnosticarse al Asegurado alguna de las siguientes enfermedades:

Infarto de miocardio

Primera ocurrencia de un infarto miocárdico definido como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo al miocardio. El diagnóstico debe estar basado en los siguientes tres criterios que deben complementarse en forma conjunta:

- Historia de dolor torácico típico y
- Nuevos cambios electrocardiográficos que confirmen el infarto y Elevación significativa de las enzimas cardíacas.

Exclusiones:

- **Angina de pecho.**
- **Micro infartos con sólo una elevación mínima de la Troponina-T u otras enzimas y sin anormalidad diagnóstica en el trazo del ECG o signos clínicos.**

Puente aortocoronario (by-pass), cirugía de las arterias coronarias

Es la cirugía a corazón abierto que se realiza para la corrección de estenosis significativa o bloqueo de una o más arterias coronarias con injertos arteriales o venosos. El diagnóstico debe ser efectuado por coronariografía y la Indicación quirúrgica debe ser considerada médicamente necesaria por un cardiólogo.

Exclusiones:

- **Angioplastia de balón.**
- **Cualquier técnica intraarterial basada en catéteres.**
- **Procedimientos con láser.**

Accidente cerebrovascular (ACV)

Cualquier accidente cerebrovascular incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneal y embolia de una fuente extracraneal que produzca déficit neurológico permanente por más de seis meses. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en TAC (tomografía axial computerizada) y/o RNM (resonancia magnética nuclear).

Exclusiones:

- **Infarto de tejido cerebral o hemorragia intracraneal como resultado de traumatismo externo**
- **Accidente isquémico transitorio (AIT)**

Cáncer

Tumor maligno caracterizado por crecimiento y expansión incontrolados de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal. El cáncer debe ser diagnosticado y confirmado como maligno por un oncólogo o patólogo a través de análisis histológicos. Se incluyen: leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de médula ósea y cáncer de piel metastásico.

Exclusiones:

- **"Carcinoma in situ", displasia cervical, cáncer de cérvix CIN I, II y III y todas las situaciones de premalignidad o cánceres no invasivos.**
- **Cáncer de próstata temprano T1 (según clasificación TNM) incluyendo T1a y T1b u otra clasificación equivalente.**
- **Melanomas de piel estadio 1A ($\leq 1\text{mm}$, nivel II o III, sin ulceración)- de acuerdo a la nueva clasificación de la AJCC de 2002,**
- **Hiperqueratosis o carcinomas de células basales de piel**
- **Carcinomas de células escamosas de piel salvo que exista metástasis.**
- **Sarcoma de Kaposi y todo tumor en presencia de infección por VIH (salvo adquirida médicamente* y/o en ocasión del trabajo).**
- **Carcinoma ductal in situ de mama.**

* Resultado de un pinchazo accidental por aguja durante el desempeño de su ejercicio profesional como médico, dentista, enfermera, paramédico, bombero o policía. Cualquier accidente que pueda provocar una reclamación debe producirse durante la vigencia de la póliza y debe comunicarse al asegurador dentro de los siete (7) días siguientes y presentar una prueba de anticuerpos VIH negativo realizado después del accidente. La seroconversión a infección VIH debe producirse dentro de los seis (6) meses posteriores al accidente.

Trasplante de órganos

La garantía cubre únicamente al asegurado como receptor del trasplante de cualquier órgano de los mencionados a continuación o la inclusión en una lista oficial de espera para trasplante de los siguientes órganos:

- Corazón, pulmón, hígado, riñón; páncreas, o
- Médula ósea humana utilizando células hematopoyéticas progenitoras precedido por ablación total de médula ósea

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

Exclusiones:

- **Otro diferente al mencionado trasplante de tronco de células.**

Insuficiencia renal

Etapas terminal de una enfermedad renal manifestado por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, que requiera la realización periódica de diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o la necesidad de un trasplante renal.

Exclusiones:

- **Falla renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento**

Artículo 5: Costo de esta cobertura

El costo mensual de esta cobertura estará incluido en las deducciones mensuales, siempre y cuando esta cláusula adicional se encuentre vigente.

Artículo 6: Comunicación al Asegurado

Una vez aprobada la documentación probatoria del diagnóstico de la enfermedad o de la prescripción de la cirugía según corresponda, la Compañía abonará al Asegurado el beneficio establecido bajo esta cláusula adicional. Cuando la Compañía decidiera rechazar el otorgamiento del beneficio, deberá comunicarlo al Contratante.

Artículo 7: Requisitos para la validez del diagnóstico y plazo de prueba

Para que la notificación del siniestro sea considerada como válida, se requiere la presentación de un informe escrito con el diagnóstico del especialista que asistió al Asegurado, acompañado con documentación que respalde el diagnóstico, originada en estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio. Tal documentación deberá ser presentada dentro de los 30 días de la fecha de determinación del diagnóstico definitivo en las oficinas de la Compañía; salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. La Compañía se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos adicionales que serán realizados por un médico designado por la Compañía y los gastos estarán a cargo de ésta.

Artículo 8: Periodo de sobrevivencia

Se establece un período de sobrevivencia de 60 días, contados desde la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave cubierta, durante el cual, en caso de fallecimiento del asegurado La Compañía únicamente pagará la suma asegurada por muerte.

Artículo 9: Valuación de peritos

En caso de sobrevenir alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, la misma será sometida a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 días. En caso de divergencia, ambos médicos designaran dentro de los 8 días, un tercer perito médico, el que deberá expedirse dentro de un plazo de 15 días a ser contados desde la fecha de su designación.

Si una de las partes omitiese designar un médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer médico no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente -previa intimación a la otra- procederá a su designación. Los honorarios y gastos médicos serán soportados en el orden causado; los honorarios del tercer facultativo deben ser pagado por ambas partes, mitad y mitad.

Artículo 10: Riesgos no cubiertos

Quedan excluidas de la cobertura brindada por esta cláusula, las dolencias causadas directa o indirectamente por:

- **Enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las que el Asegurado padeciere con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta cláusula adicional conocida por el cliente. Las mismas se especificarán en las condiciones particulares de póliza.**
- **Lesiones provocadas Intencionalmente por el propio asegurado, suicidio o intento de él ya sean a consecuencia de trastornos mentales o no.**
- **Abuso de alcohol, drogas, narcóticos, estupefacientes, enervantes, estimulantes o similares.**
- **Acto de guerra civil o internacional declarada o no, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el asegurado participe como elemento activo.**
- **Participación en actos criminales.**
- **Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.**
- **Ocupaciones o deportes peligrosos como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas, y deportes profesionales, así como también competencias de automovilismo o en justas hípicas.**
- **Vuelo u otra actividad aérea, excepto cuando el Asegurado viaje como pasajero en una línea aérea comercial.**

- **Cualquier enfermedad que sea consecuencia directa o indirecta del Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) incluyendo el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y cualquier mutación, variación o derivación de tal enfermedad.**
- **Radiaciones atómicas, nucleares y derivadas de éstas.**

Artículo 11: Inicio y terminación de la cobertura

Se define como fecha de inicio de esta cobertura, al día posterior a la fecha de finalización del período de espera de 90 días. El plazo de espera se contará desde la fecha de emisión de la presente Cláusula Adicional. Si la enfermedad catastrófica fuese detectada dentro del período de espera, la Compañía procederá a la acreditación en la Cuenta Individual, de las extraprimas deducidas en concepto de la presente cobertura durante el período de espera.

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

- Cuando se pague por primera vez el beneficio provisto en esta cláusula adicional.
- Por cualquiera de las causas de terminación de la cobertura básica
- A partir de la fecha en que el Asegurado alcance los sesenta y cinco (65) años de edad para el seguro.
- Por solicitud expresa del Contratante de la cancelación de esta cobertura adicional. La misma deberá ser presentada por escrito en las oficinas de la Compañía.
- Si la póliza cubre el Beneficio Adicional de Invalidez Total y Permanente - Exención del pago de la prima del riesgo de vida por muerte natural, a partir de la fecha en que el Asegurado queda comprendido en sus beneficios, salvo que la Invalidez Total y Permanente haya sido producida a consecuencia de una de las enfermedades cubiertas por esta cláusula adicional.

Artículo 12: Rehabilitación

La cláusula de rehabilitación de la póliza principal aplicará a este endoso.

Artículo 13: Pago de Primas

Las primas para este endoso están incluidas en las primas de la póliza básica. El total de la prima es pagadero con primas de la póliza principal y de acuerdo al modo de pago de primas que se haya escogido.

Artículo 14: Incremento e Inclusión del beneficio

En caso de solicitar incremento de Suma Asegurada o inclusión de este beneficio, el asegurado deberá presentar las pruebas de asegurabilidad requeridas por la Compañía. Los gastos surgidos de estas pruebas de asegurabilidad correrán por cuenta del asegurado. El monto de tal incremento o inclusión estará sujeto a un período de espera de 90 días a partir de la fecha de la aceptación del Incremento.

Artículo 15: Determinación de la Cobertura

Con esta cobertura se consolida la cobertura adicional con la póliza a la cual se adjuntó indicando que queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la misma.

EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Artículo 1: Riesgos Cubiertos

La Compañía concederá al Asegurado el beneficio que acuerdan estas Condiciones Generales Específicas cuando su estado de invalidez total y permanente por enfermedad o lesiones corporales no le permita desempeñar tres o más de las seis funciones esenciales de la vida tales como comer, vestirse, desplazarse, etc. sin la ayuda de otra persona o desempeñar cualquier trabajo lucrativo para el cual se encuentre capacitado, o dedicarse a alguna actividad u ocupación de la que pueda derivar algún ingreso, y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido de total y permanente, y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de 6 meses consecutivos o y se hubiera iniciado durante la vigencia de esta cobertura y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal. En las notificaciones de invalidez, la Compañía procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el Artículo 6° de estas Condiciones Generales Específicas, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez total y permanente. No obstante, la Compañía reconocerá como incapacidad total y permanente sin excepciones, la parálisis producida por lesión de la columna vertebral, o la pérdida total e irrecuperable de la vista de ambos ojos, o la pérdida por inhabilitación funcional total y definitiva o por la amputación de ambas manos arriba de las muñecas o de ambos pies arriba de los tobillos.

Por Funciones esenciales de la vida se entiende lo siguiente:

- a) Lavarse: la capacidad de lavarse en una tina o una ducha (incluyendo el entrar o salir de ellas) o de bañarse con otros medios.
- b) Vestirse y desvestirse: la capacidad de ponerse y quitarse de manera segura y sin cerrar todo tipo de indumento, y de ser el caso, brazos o pies artificiales, etc.
- c) Ingerir comida: la capacidad de ingerir comida preparada.
- d) Aseo: la capacidad de utilizar el baño o controlar las funciones del intestino y de la vejiga para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal.
- e) Desplazarse: la capacidad de desplazarse dentro de la casa, de habitación y habitación sobre una superficie plana.
- f) Levantarse y acostarse: la capacidad de moverse sin ayuda de la cama a una silla a rueda o una silla común, y viceversa.

Artículo 2: Beneficio

La Compañía una vez comprobada la invalidez, acordará la exención del costo del seguro de vida previsto en la Cobertura Básica, así como del cargo de administración mensual, el costo de la "cobertura del seguro temporal adicional" sobre la vida del asegurado o de asegurados adicionales, si se hubiesen contratados estas coberturas adicionales. A su vez, quedan automáticamente eliminados a consecuencia de dicha incapacidad los beneficios de muerte accidental, enfermedades catastróficas y el costo de la cobertura de niños. Se deja expresamente establecido que, una vez otorgado el beneficio previsto en estas Condiciones Generales Específicas, el Contratante no podrá efectuar modificaciones en el Capital Asegurado de las Coberturas descriptas anteriormente. El beneficio previsto en estas Condiciones Generales Específicas tendrá efecto a partir de la fecha de la notificación. No obstante, el monto del beneficio de exención del costo del seguro previsto corresponderá a las coberturas-vigentes a la fecha de ocurrencia del hecho invalidante. La fecha de ocurrencia del hecho invalidante será aquella que un médico en ejercicio de su profesión, aprobado o designado por la Compañía determine como fecha efectiva de la invalidez. Todo incremento en los Capitales Asegurados de la Cobertura Básica o de la Cobertura Adicional Temporal, efectuado con posterioridad a la fecha de ocurrencia del hecho invalidante será considerado nulo a los efectos del otorgamiento de este beneficio.

Artículo 3: Costo de esta cobertura

El costo mensual de esta cobertura estará incluido en las deducciones mensuales, siempre y cuando esta cláusula adicional se encuentre vigente.

Artículo 4: Peligros No Cubiertos

Quedan excluidas de la cobertura de estas Condiciones Generales Específicas las consecuencias de:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero autorizado, en una línea aérea o servicio chárter autorizados.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas.
- e) Guerra declarada o no.
- f) Si el asegurado se enlistare en el servicio militar, naval o aéreo de cualquier país.
- g) Tentativa de suicidio o lesión corporal infringida a sí mismo intencionalmente y por su voluntad.
- h) Participación en empresa criminal.
- i) Acontecimientos catastróficos originados en la energía nuclear, fenómenos sísmicos e inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
- j) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o escalamiento de montañas, o práctica de paracaidismo o aladeltismo.
- k) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiere participado como elemento activo.
- l) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos.
- m) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- n) Participación en duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa.
- o) Embarazo Normal o incapacidad producido por parto
- p) La práctica, profesional o no, de deportes particularmente peligrosos, por ejemplo: acrobacia, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de potros o de otros animales no domesticados y de fieras, u otras actividades de análogas características.
- q) La dedicación profesional al armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, doma de potros u otros animales, conducción de personal como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos, tareas en fábricas o usinas o laboratorios con exposición de radiaciones atómicas, u otras profesionales, ocupaciones o actividades de análogas características.

Artículo 5: Agravación del Riesgo

El Contratante o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía, antes de que se produzca, cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad del Asegurado, que agrave el riesgo asumido por ésta. Si el cambio de profesión, ocupación o actividad del Asegurado agravare el riesgo -de modo tal que, de existir en el momento de la contratación de esta cobertura, no hubiere sido otorgada- la Compañía, dentro de los 30 días de recibida la comunicación del Contratante o el Asegurado, podrá rescindirla.

Artículo 6: Procedimiento en caso de Reclamo

Una vez ocurrido el accidente o notificada la enfermedad, el contratante, el asegurado, o su representante, debe presentar a la compañía dentro de los diez (10) días siguientes, un informe completo del médico tratante, indicando lo ocurrido, condición que se encontraba el asegurado al momento de ser atendido por tal causa, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Corresponde al Contratante, al Asegurado o a su representante:

- a) Notificar la existencia de la invalidez.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 7: Continuidad de la Invalidez

No obstante haberse reconocido como total y permanente la invalidez del Asegurado al acordarse el beneficio correspondiente, éste sólo continuará mientras subsista ese estado. La Compañía podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por año, las pruebas que estime necesarias para evaluar la persistencia de la invalidez, incluso un examen médico por uno de sus facultativos con gastos a su cargo. Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los treinta (30) días de haberlas pedido en forma, salvo que se acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, o si el Asegurado dificultara su verificación, o si la invalidez hubiera dejado de ser total, la Compañía suspenderá desde ese momento el beneficio acordado.

Artículo 8: Valuación por Peritos

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la fecha de ocurrencia del hecho invalidante o sobre la apreciación acerca del estado de invalidez del Asegurado, se recurrirá al juicio de dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercer facultativo deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días. Si una de las partes omitiera designar un médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer médico no fuere electo en el plazo establecido en el primer párrafo, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación. cada parte pagará los honorarios del médico que designo y los correspondientes gastos médicos; los honorarios del tercer facultativo se pagarán por ambas partes, mitad y mitad.

Artículo 9: Terminación del Beneficio

El beneficio aportado por esta cobertura cesará:

Por las circunstancias previstas en el Artículo 4° de estas Condiciones Generales Específicas

Por la liquidación o anulación de la póliza por cualquier causa.

Al finalizar el periodo de gracia para el pago de cualquiera prima mensual adeudada por la póliza o el contrato,

Artículo 10: Inicio y terminación de la Cobertura

La cobertura que conceden las presentes Condiciones Generales Específicas rige desde la fecha señalada en las Condiciones Particulares y termina en la primera de la fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Si la póliza dejare de hallarse en pleno vigor, o se rescindiere.
- b) Si se rescindiere la presente cobertura adicional.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.

Artículo 11: Determinación de la Cobertura

Con esta cláusula se consolida la cobertura adicional con la póliza a la cual se adjunta indicando que queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la misma.

Artículo 12: Rehabilitación

La cláusula de rehabilitación de la póliza principal· aplicará a este endoso.

Artículo 13: Pago de Primas

Las primas para este endoso están incluidas en las primas de la póliza básica. El total de la prima es pagadero con primas de la póliza principal y de acuerdo al modo de pago de primas que se haya escogido.

BENEFICIO ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Artículo 1: Riesgos Cubiertos

La Compañía concederá al Asegurado el beneficio que acuerdan estas Condiciones Generales Específicas cuando su estado de invalidez total y permanente por enfermedad o lesiones corporales no le permita realizar tres o más de las seis funciones esenciales de la vida tales como comer, vestirse, desplazarse, etc. sin la ayuda de otra persona o desempeñar cualquier trabajo lucrativo para el cual se encuentre capacitado, o dedicarse a alguna actividad u ocupación de la que pueda derivar algún ingreso, y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido de total y permanente, y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de 6 meses consecutivos y se hubiere iniciado durante la vigencia de la cobertura y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal. El Capital Asegurado, para los efectos de los beneficios en esta cláusula, figurará en las Condiciones Particulares bajo la denominación: "Capital Asegurado del Beneficio Adicional por Invalidez Total y Permanente". El mismo nunca podrá ser superior al capital Asegurado de la Cobertura Básica con un máximo de B/. 500.000. En las notificaciones de invalidez, la Compañía procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el Artículo 7º, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez total y permanente del asegurado. No obstante, la Compañía reconocerá como incapacidad total y permanente sin excepciones, la parálisis producida por lesión de la columna vertebral, o la pérdida total e irrecuperable de la vista de ambos ojos, o la pérdida por inhabilitación funcional total y definitiva o por la amputación de ambas manos arriba de las muñecas o de ambos pies arriba de los tobillos.

Por Funciones esenciales de la vida se entiende lo siguiente:

- a) Lavarse: la capacidad de lavarse en una tina o una ducha (incluyendo el entrar o salir de ellas) o de bañarse con otros medios.
- b) Vestirse y desvestirse: la capacidad de ponerse y quitarse de manera segura y sin cerrar todo tipo de indumento, y de ser el caso, brazos o pies artificiales, etc.
- c) Ingerir comida: la capacidad de ingerir comida preparada.
- d) Aseo: la capacidad de utilizar el baño o controlar las funciones del intestino y de la vejiga para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal.
- e) Desplazarse: la capacidad de desplazarse dentro de la casa, de habitación y habitación sobre una superficie plana.
- f) Levantarse y acostarse: la capacidad de moverse sin ayuda de la cama a una silla a rueda o una silla común, y viceversa.

Artículo 2: Beneficio

La Compañía, una vez comprobada la Invalidez total y permanente acordará pagar al Asegurado el beneficio equivalente al capital Asegurado de Cláusula de Beneficio Adicional por Invalidez Total y Permanente. El beneficio previsto en estas Condiciones Generales Específicas tendrá efecto a partir de la fecha de la notificación. No obstante, el monto del beneficio corresponderá a aquel Capital Asegurado vigente a la fecha de ocurrencia del hecho invalidante. La fecha de ocurrencia del hecho invalidante será aquella que un médico en ejercicio de su profesión, aprobado o designado por la Compañía determine como fecha efectiva de la invalidez. Todo incremento en el capital Asegurado de este Beneficio efectuado con posterioridad a la fecha de ocurrencia del hecho invalidante será considerado nulo a los efectos del otorgamiento de este beneficio.

Artículo 3: Carácter del Beneficio

El beneficio previsto en estas Condiciones Generales Específicas es adicional e independiente de la cobertura básica y, en consecuencia, la Compañía no hará por este concepto deducción alguna del beneficio a pagar por la cobertura principal. No obstante, en caso de haberse contratado, la presente cobertura adicional y la cobertura de Muerte Accidental, en caso de producirse un siniestro que corresponda ser pagado por ambas coberturas adicionales mencionadas, la Compañía solo pagará el monto que resulte superior de ambos beneficios.

Artículo 4: Costo de esta cobertura

El costo mensual de esta cobertura estará Incluido en las deducciones mensuales, siempre y cuando esta cláusula adicional se encuentre vigente.

Artículo 5: Peligros No Cubiertos

Quedan excluidas de la cobertura de estas Condiciones Generales Específicas las consecuencias de:

- a) Participación como conductor o Integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones automóviles u. otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero autorizado, en una línea aérea o servicio chárter autorizados.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas.
- e) Guerra declarada o no.
- f) Si el asegurado se enlistare en el servicio militar, naval o aéreo de cualquier país.
- g) Tentativa de suicidio o lesión corporal infringida a sí mismo intencionalmente y por su voluntad.
- h) Participación en empresa criminal.
- i) Acontecimientos catastróficos originados en la energía nuclear, fenómenos sísmicos e inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
- j) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o escalamiento de montañas, o práctica de paracaidismo o aladeltismo.
- k) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiere participado como elemento activo.
- l) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos.
- m) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- n) Participación en duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa.
- o) Embarazo Normal o incapacidad producido por parto.
- p) La práctica, profesional o no, de deportes particularmente peligrosos, por ejemplo: acrobacia, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de potros o de otros animales no domesticados y de fieras, u otras actividades de análogas características.
- q) La dedicación profesional al armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, doma de potros u otros animales, conducción de personal como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos, tareas en fábricas o usinas o laboratorios con exposición de radiaciones atómicas, u otras profesionales; ocupaciones o actividades de análogas características.

Artículo 6: Agravación del Riesgo

El Contratante o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía, antes de que se produzca, cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad del Asegurado, que agrave el riesgo asumido por ésta. Si el cambio de profesión, ocupación o actividad del Asegurado agravare el riesgo de modo tal que, de existir en el momento de la contratación de esta cobertura, no hubiere sido otorgada la Compañía, dentro de los 30 días de recibida la comunicación del Contratante o el Asegurado, podrá rescindirla.

Artículo 7: Procedimiento en caso de Reclamo

Una vez ocurrido el accidente o notificada la enfermedad, el contratante, el asegurado, o su representante, debe presentar a la compañía dentro de los diez (10) días siguientes, un informe completo del médico tratante, Indicando lo ocurrido, condición que se encontraba el asegurado al momento de ser atendido por tal causa, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, Corresponde al Contratante, al Asegurado o a su representante:

- a) Notificar la existencia de la Invalidez.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 8: Liquidación del Beneficio

El pago se hará desde el cumplimiento de los requisitos a que se refiere el artículo 7. Cuando la Compañía decidiera rechazar el otorgamiento del beneficio, deberá comunicarlo al Tomador. En caso que se haya designado a un acreedor como beneficiario para la cobertura principal, y si se produce y aprueba el pago del beneficio de esta cobertura adicional, se pagará a dicho acreedor hasta completar el monto de este beneficio, y en caso de existir remanente se pagará al asegurado. En caso que no se presentase la figura del acreedor beneficiario, se pagará al asegurado.

Artículo 9: Valuación por Peritos

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la fecha de ocurrencia del hecho invalidante o sobre la apreciación acerca del estado de Invalidez del Asegurado, se recurrirá al juicio de dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su Informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercer facultativo deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días. Si una de las partes omitiera designar un médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer médico no fuere electo en el plazo establecido en el primer párrafo, la parte más diligente previa Intimación a la otra, procederá a su designación. cada parte pagará los honorarios del médico que designo y los correspondientes gastos médicos; los honorarios del tercer facultativo se pagarán por ambas partes, mitad y mitad.

Artículo 10: Inicio y terminación de la Cobertura

La cobertura que conceden las presentes Condiciones Generales Específicas rige desde la fecha señalada en las Condiciones Particulares y cesa en caso que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) **Por la liquidación o anulación de la póliza por cualquier causa.**
- b) **Por las circunstancias previstas en los artículos 5 de estas condiciones generales específicas.**
- c) **Al finalizar el periodo de gracia para el pago de deducción mensual adeudada por la póliza o el contrato.**
- d) **A partir de la fecha en que el asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.**

Artículo 11: Determinación de la Cobertura

Con esta cláusula se consolida la cobertura adicional con la póliza a la cual se adjunta indicando que queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la misma.

Artículo 12: Rehabilitación

La cláusula de rehabilitación de la póliza principal aplicará a este endoso.

Artículo 13: Pago de Primas

Las primas para este endoso están incluidas en las primas de la póliza básica. El total de la prima es pagadero con primas de la póliza principal y de acuerdo al modo de pago de primas que se haya escogido.

Artículo 14: Incremento e Inclusión del beneficio

En caso de solicitar incremento de Suma Asegurada o inclusión de este beneficio, el asegurado deberá presentar las pruebas de asegurabilidad requeridas por la Compañía. Los gastos surgidos de estas pruebas de asegurabilidad correrán por cuenta del asegurado.

BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

Artículo 1: Riesgos Cubiertos

La Compañía pagará el beneficio establecido en el Artículo 2° de estas Condiciones Generales Específicas en el caso que el Asegurado sufiere antes de, haber cumplido los 65 años de edad un accidente que fuere la causa de su muerte. A los efectos de estas Condiciones Generales Específicas, se considera accidente a toda lesión corporal producida directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del Asegurado, descartándose, por lo tanto, las enfermedades e infecciones. El Capital Asegurado, a los efectos de los beneficios en esta cláusula, figurará en las Condiciones Particulares bajo la denominación: "Capital Asegurado de la Cláusula de Beneficio Adicional por Muerte Accidental". El mismo nunca podrá ser superior al Capital Asegurado de la Cobertura Básica sujeto a un máximo de B/. 300.000. Modificaciones posteriores en el Capital Asegurado de la Cobertura Básica provocarán automáticamente modificaciones de igual proporción en el Capital Asegurado de esta Cláusula, salvo expreso pedido en contrario por parte del Contratante. El Capital Asegurado no será nunca superior al máximo establecido al momento de la modificación.

Artículo 2: Nivel de los Beneficios

La Compañía, comprobado el accidente y aprobado el siniestro, abonará a los beneficiarios instituidos el Capital Asegurado de la Cláusula de Beneficio Adicional por Muerte Accidental que figura en las Condiciones Particulares de Póliza, equivalente a un porcentaje del Capital Asegurado de la Cobertura Básica vigente al inicio del mes de ocurrencia del accidente que da origen al hecho cubierto por esta cláusula. El porcentaje referido se halla detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Dicho porcentaje, en ningún momento podrá ser superior al 100%.

Artículo 3: Carácter del Beneficio

El beneficio previsto en estas Condiciones Generales Específicas es adicional e independiente de la cobertura básica y, en consecuencia, la Compañía no hará por este concepto deducción alguna del beneficio a pagar por la cobertura principal.

Artículo 4: Costo de esta cobertura

El costo mensual de esta cobertura estará incluido en las deducciones mensuales, siempre y cuando esta cláusula adicional se encuentre vigente.

Artículo 5: Riesgos No Cubiertos

Quedan expresamente exceptuados de la cobertura que otorga la Compañía los accidentes ocurridos como consecuencia directa o indirecta, total o parcialmente de:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero autorizado, en una línea aérea o servicio de chárter autorizados.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas.
- e) Participación en deportes peligrosos.
- f) Lesiones que el asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión civil o militar, insurrección, riñas o actos delictuosos en que el asegurado participe por culpa grave del mismo o de los beneficiarios.
- g) Lesiones causadas por el asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o tentativa de suicidio, así como lesiones causadas (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) al asegurado intencionalmente por los beneficiarios de la póliza.
- h) Participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear, fenómenos sísmicos e inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
- j) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o escalamiento de montañas, o práctica de paracaidismo o aladeltismo.

- k) Cualquier enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la póliza.
- l) Accidentes ocasionados por ataques cardíacos o epilépticos, síncope y los que se produzcan en estado de embriaguez, o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de las drogas o en estado de sonambulismo.
- m) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- n) Participación en duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa.

Artículo 6: Comprobación del Accidente

Para tener derecho al beneficio adicional que contemplan estas Condiciones Generales Específicas, se requiere que el accidente sea informado a la Compañía dentro de los 10 días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito o fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia; que el fallecimiento se produzca dentro de 90 días del accidente; que se suministren a la Compañía las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del accidente la forma en que se produjo, reservándose ésta el derecho y la oportunidad de exhumar el cadáver y practicar la autopsia con asistencia de un facultativo designado por ella. Comprobado el accidente, la Compañía procederá a pagar el beneficio acordado por estas Condiciones Generales Específicas.

Artículo 7: Valuación por peritos

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la apreciación del accidente, la misma será analizada por dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercer facultativo deberá expedirlo dentro de un plazo de quince (15) días. Si una de las partes omitiere designar un médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo estipulado en el primer párrafo, la parte más diligente, previa intimación a la otra, procederá a su designación. Los honorarios y gastos médicos serán soportados en el orden causado; los honorarios del tercer facultativo quedarán a cargo de la parte cuyas pretensiones sean rechazadas.

Artículo 8: Agravación del riesgo

El Contratante o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía, antes de que se produzca, cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad del Asegurado, que agrave el riesgo asumido por ésta.

Si el cambio de profesión, ocupación o actividad del Asegurado agravare el riesgo -de modo tal que, de existir en el momento de la contratación de esta cobertura, no hubiere sido otorgada- la Compañía, dentro de los 30 días de recibida la comunicación del Contratante o el Asegurado, podrá rescindirla.

Artículo 9: Inicio y terminación de la Cobertura

La cobertura que conceden las presentes Condiciones Generales Específicas inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares y la misma terminará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Por la liquidación o anulación de la póliza por cualquier causa.
- b) Al finalizar el periodo de gracia para el pago de cualquier deducción anual adeudada por la póliza o el contrato.
- c) Si se rescindiere la presente cobertura adicional.
- d) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad.
- e) Si la póliza cubre el riesgo de invalidez total y permanente, a partir de la fecha en que el Asegurado queda comprendido en sus beneficios.

Artículo 10: Determinación de la Cobertura

Con esta cláusula se consolida la cobertura adicional con la póliza a la cual se adjunta indicando que queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la misma.

Artículo 11: Rehabilitación

La cláusula de rehabilitación de la póliza principal aplicará a este endoso.

Artículo 12: Pago de Primas

Las primas para este endoso están incluidas en las primas de la póliza básica. El total de la prima es pagadero con primas de la póliza principal y de acuerdo al modo de pago de primas que se haya escogido.

Artículo 13: Incremento e Inclusión del beneficio

En caso de solicitar incremento de Suma Asegurada o inclusión de este beneficio, el asegurado deberá presentar las pruebas de asegurabilidad requeridas por la Compañía. Los gastos surgidos de estas pruebas de asegurabilidad correrán por cuenta del asegurado.

BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL OTRO ASEGURADO

Artículo 1: Riesgos Cubiertos

La Compañía pagará el beneficio establecido en el Artículo 2° de estas Condiciones Generales Específicas en el caso que el Asegurado sufre -antes de haber cumplido los 65 años de edad- un accidente que fuere la causa de su muerte. A los efectos de estas Condiciones Generales Específicas, se considera accidente a toda lesión corporal producida directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del Asegurado, descartándose, por lo tanto, las enfermedades e infecciones. El capital Asegurado, a los efectos de los beneficios en esta cláusula, figurará en las Condiciones Particulares bajo la denominación: "capital Asegurado de la Cláusula de Beneficio Adicional por Muerte Accidental Otro Asegurado". El mismo nunca podrá ser superior al Capital Asegurado de la Cobertura Básica sujeto a un máximo de B/. 300.000. Modificaciones posteriores en el capital Asegurado de la Cobertura Básica provocarán automáticamente modificaciones de igual proporción en el capital Asegurado de esta Cláusula, salvo expreso pedido en contrario por parte del Contratante. El capital Asegurado no será nunca superior al máximo establecido al momento de la modificación.

Artículo 2: Nivel de los Beneficios

La Compañía, comprobado el accidente y aprobado el siniestro, abonará a los beneficiarios instituidos el capital Asegurado de la Cláusula de Beneficio Adicional por Muerte Accidental Otro Asegurado que figura en las Condiciones Particulares de Póliza, equivalente a un porcentaje del capital Asegurado de la Cobertura Básica vigente al inicio del mes de ocurrencia del accidente que da origen al hecho cubierto por esta cláusula. El porcentaje referido se halla detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Dicho porcentaje, en ningún momento podrá ser superior al 100%.

Artículo 3: Carácter del Beneficio

El beneficio previsto en estas Condiciones Generales Específicas es adicional e independiente de la cobertura básica y, en consecuencia, la Compañía no hará por este concepto deducción alguna del beneficio a pagar por la cobertura principal.

Artículo 4: Costo de esta cobertura

El costo mensual de esta cobertura estará incluido en las deducciones mensuales, siempre y cuando esta cláusula adicional se encuentre vigente.

Artículo 5: Riesgos No Cubiertos

Quedan expresamente exceptuados de la cobertura que otorga la Compañía los accidentes ocurridos como consecuencia directa o indirecta, total o parcialmente de:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero autorizado, en una línea aérea o servicio de chárter autorizados.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas.
- e) Participación en deportes peligrosos.
- f) Lesiones que el asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión civil o militar, insurrección, riñas o actos delictuosos en que el asegurado participe por culpa grave del mismo o de los beneficiarios.
- g) Lesiones causadas por el asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o tentativa de suicidio, así como lesiones causadas (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) al asegurado intencionalmente por los beneficiarios de la póliza.
- h) Participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear, fenómenos sísmicos e inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
- j) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o escalamiento de montañas, o práctica de paracaidismo o aladeltismo.

- k) **Cualquier enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la póliza.**
- l) **Accidentes ocasionados por ataques cardíacos o epilépticos, síncope y los que se produzcan en estado de embriaguez, o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de las drogas o en estado de sonambulismo**
- m) **Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.**
- n) **Participación en duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa.**

Artículo 6: Comprobación del Accidente

Para tener derecho al beneficio adicional que contemplan estas Condiciones Generales Específicas, se requiere que el accidente sea informado a la Compañía dentro de los 10 días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito o fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia; que el fallecimiento se produzca dentro de 90 días del accidente; que se suministren a la Compañía las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del accidente la forma en que se produjo, reservándose ésta el derecho y la oportunidad de exhumar el cadáver y practicar la autopsia con asistencia de un facultativo designado por ella. Comprobado el accidente, la Compañía procederá a pagar el beneficio acordado por estas Condiciones Generales Específicas.

Artículo 7: Valuación por peritos

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la apreciación del accidente, la misma será analizada por dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercer facultativo deberá expedirlo dentro de un plazo de quince (15) días. Si una de las partes omitiere designar un médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo estipulado en el primer párrafo, la parte más diligente, previa intimación a la otra, procederá a su designación. Los honorarios y gastos médicos serán soportados en el orden causado; los honorarios del tercer facultativo quedarán a cargo de la parte cuyas pretensiones sean rechazadas.

Artículo 8: Agravación del riesgo

El Contratante o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía, antes de que se produzca, cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad del Asegurado, que agrave el riesgo asumido por ésta.

Si el cambio de profesión, ocupación o actividad del Asegurado agravare el riesgo de modo tal que, de existir en el momento de la contratación de esta cobertura, no hubiere sido otorgada la Compañía, dentro de los 30 días de recibida la comunicación del Contratante o el Asegurado, podrá rescindirla.

Artículo 9: Inicio y terminación de la Cobertura

La cobertura que conceden las presentes Condiciones Generales Específicas inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares y la misma terminará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) **Por la liquidación o anulación de la póliza por cualquier causa.**
- b) **Al finalizar el periodo de gracia para el pago de cualquier deducción anual adeudada por la póliza o el contrato.**
- c) **Si se rescindiere la presente cobertura adicional.**
- d) **A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad.**
- e) **Si la póliza cubre el riesgo de invalidez total y permanente, a partir de la fecha en que el Asegurado queda comprendido en sus beneficios.**

Artículo 10: Determinación de la Cobertura

Con esta cobertura se consolida la cobertura adicional con la póliza a la cual se adjuntó indicando que queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la misma.

Artículo 11: Rehabilitación

La cláusula de rehabilitación de la póliza principal aplicará a este endoso.

Artículo 12: Pago de Primas

Las primas para este endoso están incluidas en las primas de la póliza básica. El total de la prima es pagadero con primas de la póliza principal y de acuerdo al modo de pago de primas que se haya escogido.

Artículo 13: Incremento e Inclusión del beneficio

En caso de solicitar incremento de Suma Asegurada o inclusión de este beneficio, el asegurado deberá presentar las pruebas de asegurabilidad requeridas por la Compañía. Los gastos surgidos de estas pruebas de asegurabilidad correrán por cuenta del asegurado.

COBERTURA DE SEGURO A TERMINO SOBRE EL ASEGURADO ADICIONAL

La prima de este Beneficio está incluida en la prima de la Póliza principal y será deducida en las épocas y en el modo allí especificados. En este Beneficio el Otro Asegurado se llama "Otro Asegurado" como está indicado en la solicitud y en la hoja de Características Principales para Otro Asegurado o en el endoso respectivo si lo ha solicitado posteriormente a la emisión de la Póliza. La persona Asegurada en la Póliza se llama "El Asegurado de la Póliza". El dueño de la Póliza se llama "El Dueño de la Póliza". A menos que se estipule de otra manera, el control de todos los privilegios pertenece al Dueño de la Póliza, excepto por los derechos del Otro Asegurado de acuerdo con el Privilegio de Conversión del Sobreviviente según se indica abajo. La Fecha de Efectividad de este beneficio es la Fecha de la Póliza si la misma se adjunta a la Póliza al emitirse ésta. Si se añade luego, la Fecha de Efectividad y el Monto Inicial del Seguro se Indicarán por medio de un endoso. La Compañía pagará el Monto del Seguro en vigor a su Beneficiario tan pronto se reciba prueba fehaciente de la muerte si se produjo mientras este beneficio estaba en vigor. El Beneficiario del Otro Asegurado se indica en la Solicitud para este Beneficio, a menos que se cambie el mismo. Los Beneficios se pagarán de acuerdo con la designación en efecto en el momento de la muerte. Si ningún Beneficiario está vivo entonces, a menos que se estipule de otra manera, se hará el pago al Dueño de la Póliza. La consideración para este Beneficio es la Solicitud y el pago de la Prima Inicial. Se debe pagar una Suma mensualmente, como se indica bajo "Deducción Mensual" a continuación.

Deducción mensual

El pago mensual para este Beneficio se deducirá del Valor Efectivo de la Póliza en cada Fecha Aniversario Mensual. El costo mensual de la tarifa de seguro está basado en la edad alcanzada, la tarifa y clasificación personal. En este caso, la Edad Alcanzada significa la edad más cercana al próximo cumpleaños en la fecha del Aniversario del Contrato inmediato anterior. Las tarifas para el costo mensual del seguro serán determinadas por la Compañía; basadas en nuestras probabilidades en lo que se refiere a la experiencia de mortalidad futura. Cualquier cambio en las tarifas del costo del seguro se aplicará a todas las personas que tengan la misma clasificación personal. Bajo ninguna circunstancia las tarifas del costo del seguro serán más altas que las tarifas del costo máximo garantizado. Esas tarifas se basan en la Tabla Normal de Mortalidad Commission Standart Ordinary 1980, a la Edad del Cumpleaños más cercano.

Cambio en el Monto del Seguro

En cualquier momento después del primer Aniversario del Beneficio, el Otro Asegurado podrá solicitar un cambio en el Monto del Seguro por escrito a la Compañía, con el consentimiento del Dueño de la Póliza. Cualquier aumento se debe pedir en el formulario de Solicitud de la Compañía. Entonces, el Asegurado deberá ser asegurable de acuerdo con las reglas de la Compañía. Cualquier aumento aprobado por la Compañía está sujeto a la deducción del primer pago mensual y entonces entrará en vigor. La Compañía puede limitar el número de aumentos en el Seguro bajo este Beneficio a uno por cualquier período de 12 meses. Cualquier disminución en el Monto del Seguro en vigor se hará efectiva según se indique en el Endoso correspondiente.

Las disminuciones se aplican:

a) Aumento más reciente; entonces b) Sucesivamente, a cada aumento anterior, entonces (c) Al Monto del Seguro Inicial.

La suma que queda en vigor tendría que ser por lo menos el mínimo requerido para el Beneficio.

Privilegio de conversión del sobreviviente

Si el Asegurado Principal muere mientras este Beneficio esté en vigor y antes de que el Otro Asegurado haya cumplido 65 años de edad, el Otro Asegurado puede convertir este beneficio por un nuevo Plan de Seguro permanente. No se necesita ninguna prueba de asegurabilidad.

La nueva Póliza se emitirá conforme a estas reglas:

- a) El valor nominal no debe ser mayor que el Monto del Seguro en vigor en el momento del cambio.
- b) Puede tener cualquier nuevo plan que las reglas de emisión de la Compañía permitan por el Monto del Seguro solicitado.
- c) La nueva Póliza tendrá como fecha de emisión la fecha que se efectúa el cambio.
- d) La nueva prima estará basada en la clasificación más alta utilizada en este Beneficio para la edad cumplida.

- e) La primera prima para la nueva Póliza se debe pagar una vez emitida la póliza. Si el Otro Asegurado muere dentro de 30 días después del Asegurado Principal y ninguna Prima ha sido pagada, la Compañía pagará el Monto del Seguro en vigor bajo este Beneficio, menos la prima adeudada.

Indisputabilidad

Este Beneficio será indisputable por parte de la Compañía, excepto por falta de los pagos mensuales correspondientes, después de que el mismo haya estado en vigor por un período de dos años, durante la vida del Otro Asegurado con respecto al Monto del Seguro Inicial en la fecha efectiva de este Beneficio.

Cualquier aumento en el monto del seguro aprobado después de esta fecha efectiva del Beneficio será indisputable por parte de la Compañía después de que el mismo haya estado en vigor durante la vida del Otro Asegurado por un periodo de dos años a la fecha efectiva de tal aumento. Es disputable solamente con respecto a la solicitud suplementaria para el aumento.

Rehabilitación

Si esta Póliza y este Beneficio vencen, este Beneficio puede rehabilitarse dentro de dos años, siempre que:

- a) Se rehabilite también la Póliza Principal.
- b) Sea asegurable de acuerdo con las reglas de la Compañía.
- c) Se pague la prima suficiente para mantener esta Póliza y este Beneficio en vigor por un período de dos meses.

Suicidio

En caso de suicidio, estando en su cabal juicio o no dentro de dos años después de la Fecha de Efectividad del Beneficio, la Compañía será responsable únicamente de la devolución de los pagos mensuales por este Beneficio. En caso de suicidio, estando en su cabal juicio o no, más de dos años después de la Fecha de Efectividad de cualquier aumento conforme a este Beneficio, la única responsabilidad de la Compañía será la devolución del total de los pagos mensuales hechos por tal aumento.

Declaración errónea de la edad

Si la edad ha sido indicada erróneamente, la Compañía ajustará todos los beneficios conforme a este Beneficio a la cantidad que hubiera sido provisto por la edad correcta. La cantidad pagadera, si la hubiere, será ajustada por la diferencia entre los cargos mensuales deducidos, en comparación con los cargos mensuales que tuvieran que haber sido deducidos, acumulada a la tasa de Interés que fueran acreditadas al Valor en Efectivo de esta Póliza.

Disposiciones de la Póliza

Este Beneficio y su(s) solicitud (es) forman parte de la Póliza adjunta. A menos que se disponga de otra manera en este Beneficio, el mismo está sujeto a todas las disposiciones de la Póliza. Los Valores de Préstamo de la Póliza no se cambian por este Beneficio.

Terminación

Este Beneficio terminará:

- a) **En el primer Aniversario de la Póliza en que su edad alcance los 95 años.**
- b) **Al final del periodo de gracia para el pago de cualquier deducción mensual que se deba sobre esta Póliza o Beneficio.**
- c) **Cuando esta Póliza termine o se rescate.**
- d) **Cuando se cambie este Beneficio por una nueva Póliza.**
- e) **Cuando muera el otro Asegurado.**
- f) **Mediante pedido por escrito del Contratante de la Póliza, con la Póliza adjunta para su endoso. La terminación entonces será en el Próximo día aniversario mensual, luego de recibir su pedido.**

Lo primero que suceda.

Si luego de la terminación, se le dedujera al Valor Efectivo de la Póliza, un cargo por este Beneficio, esto no releva la terminación. La Compañía acuerda volver a acreditar tales deducciones al Valor en Efectivo de la Póliza.

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA A TERMINO SOBRE EL ASEGURADO PRINCIPAL

La prima de este Beneficio está incluida en la prima de la Póliza principal y será deducida en las épocas y en el modo allí especificados. La Fecha de Efectividad de este Contrato es la Fecha de la Póliza si la misma se adjunta a la Póliza al emitirse ésta. Si se añade luego, la Fecha de Efectividad y el Monto Inicial del Seguro se Indicarán por medio de un endoso. La Compañía pagará el Monto del Seguro en vigor a su Beneficiario tan pronto se reciba prueba fehaciente de la muerte si se produjo mientras este Contrato estaba en vigor. Los Beneficiarios de esta cobertura serán los mismos que han sido designados para la cobertura principal. Se entiende en esta cláusula que los cambios de beneficiarios que se efectúen en la cobertura principal aplican para este beneficio.

Deducción mensual

El pago mensual para este Contrato se deducirá del Valor Efectivo de la Póliza en cada Fecha Aniversario Mensual. El costo mensual de la tarifa de seguro está basado en la edad alcanzada, la tarifa y clasificación personal. En este caso, la Edad Alcanzada significa la edad más cercana al próximo cumpleaños en la fecha del Aniversario del Contrato inmediato anterior. Las tarifas para el costo mensual del seguro serán determinadas por la Compañía; basadas en nuestras probabilidades en lo que se refiere a la experiencia de mortalidad futura. Cualquier cambio en las tarifas del costo del seguro se aplicará a todas las personas que tengan la misma clasificación personal. Bajo ninguna circunstancia las tarifas del costo del seguro serán más altas que las tarifas del costo máximo garantizado. Esas tarifas se basan en la Tabla Normal de Mortalidad Commission Standart Ordinary 1980, a la Edad del Cumpleaños más cercano.

Cambio en el Monto del Seguro

En cualquier momento después del primer Aniversario del Contrato, el Asegurado Principal puede solicitar un cambio en el Monto del Seguro por escrito a la Compañía. Cualquier aumento se debe pedir en el formulario de Solicitud de la Compañía. Entonces, el Asegurado deberá ser asegurable de acuerdo con las reglas de la Compañía. Cualquier aumento aprobado por la Compañía está sujeto a la deducción del primer pago mensual y entonces entrará en vigor. La Compañía puede limitar el número de aumentos en el Seguro bajo este Contrato a uno por cualquier período de 12 meses. Cualquier disminución en el Monto del Seguro en vigor se hará efectiva según se Indique en el Endoso correspondiente.

Las disminuciones se aplican:

- a) Aumento más reciente; entonces
- b) Sucesivamente, a cada aumento anterior, entonces
- c) Al Monto del Seguro Inicial. La suma que queda en vigor tendría que ser por lo menos el mínimo requerido para el plan de seguros solicitado.

Indisputabilidad

Este Contrato será indisputable por parte de la Compañía, excepto por falta de los pagos mensuales correspondientes, después de que el mismo haya estado en vigor por un período de dos años, durante la vida del Asegurado con respecto al Monto del Seguro inicial en la fecha efectiva de este Contrato. Cualquier aumento en el monto del seguro aprobado después de esta fecha efectiva del Contrato será indisputable por parte de la Compañía después de que el mismo haya estado en vigor durante la vida del Asegurado por un período de dos años a la fecha efectiva de tal aumento. Es disputable solamente con respecto a la solicitud suplementaria para el aumento.

Rehabilitación

Si esta Póliza y este Contrato vencen, este Contrato puede rehabilitarse dentro de dos años, siempre que:

- a) Se rehabilite también la Póliza Principal.
- b) Sea asegurable de acuerdo con las reglas de la Compañía.
- c) Se pague la prima suficiente para mantener esta Póliza y este Contrato en vigor por un período de dos meses.

Suicidio

En caso de suicidio, estando en su cabal juicio o no dentro de dos años después de la Fecha de Efectividad del Contrato, la Compañía será responsable únicamente de la devolución de los pagos mensuales por este Contrato. En caso de suicidio, estando en su cabal juicio o no, más de dos años después de la Fecha de Efectividad de cualquier aumento conforme a este Contrato, la única responsabilidad de la Compañía será la devolución del total de los pagos mensuales hechos por tal aumento.

Declaración errónea de la edad

Si la edad ha sido indicada erróneamente, la Compañía ajustará todos los beneficios conforme a este Contrato a la cantidad que hubiera sido provisto por la edad correcta. La cantidad pagadera, si la hubiere, será ajustada por la diferencia entre los cargos mensuales deducidos, en comparación con los cargos mensuales que tuvieran que haber sido deducidos, acumulada a la tasa de interés que fueran acreditadas al Valor en Efectivo de esta Póliza.

Disposiciones de la Póliza

Este Contrato y su(s) solicitud (es) forman parte de la Póliza adjunta. A menos que se disponga de otra manera en este Contrato, el mismo está sujeto a todas las disposiciones de la Póliza. Los Valores de Préstamo de la Póliza no se cambian por este Contrato.

Terminación

Este Beneficio terminará:

- a) **En el primer Aniversario de la Póliza en que su edad alcance los 95 años.**
- b) **Al final del período de gracia para el pago de cualquier deducción mensual que se deba sobre esta Póliza o Contrato.**
- c) **Cuando esta Póliza termine o se rescate.**
- d) **Cuando muera el Asegurado.**
- e) **Mediante pedido por escrito del Contratante de la Póliza, con la Póliza adjunta para su endoso. La terminación entonces será en el Próximo día aniversario mensual, luego de recibir su pedido.**

Lo primero que suceda.

Si luego de la terminación, se le dedujera al Valor Efectivo de la Póliza, un cargo por este Contrato, éste no relevaría la terminación. La Compañía acuerda volver a acreditar tales deducciones al Valor en Efectivo de la Póliza.

COBERTURA ADICIONAL A TÉRMINO NIÑOS

La prima de este Beneficio está incluida en la prima de la Póliza principal y será deducida en las épocas y en el modo allí especificados. En este Beneficio el Niño se llama "Niño" y se define como cada niño de por lo menos 30 días de haber nacido y de menos de 21 años de edad, procreado o legalmente adoptado por el asegurado de la póliza; cuyo(s) nombre(s) esta(n) indicado(s) en la solicitud y en la hoja de Características Principales para Niños o en el endoso respectivo si lo ha' solicitado posteriormente a la emisión de la Póliza. La persona Asegurada en la Póliza se llama "El Asegurado de la Póliza". El dueño de la Póliza se llama "El Dueño de la Póliza". A menos que se estipule de otra manera, el control de todos los privilegios pertenece al Dueño de la Póliza, excepto por los derechos del Niño de acuerdo con el Privilegio de Conversión del Sobreviviente según se indica abajo. La Fecha de Efectividad de este beneficio es la Fecha de la Póliza si la misma se adjunta a la Póliza al emitirse ésta. Si se añade luego, la Fecha de Efectividad y el Monto Inicial del Seguro se Indicarán por medio de un endoso. La Compañía pagará el Monto del Seguro en vigor a su Beneficiario tan pronto se reciba prueba fehaciente de la muerte si se produjo mientras este beneficio estaba en vigor. El Beneficiario del Niño se Indica en la Solicitud para este Beneficio, a menos que se cambie el mismo. Los Beneficios se pagarán de acuerdo con la designación en efecto en el momento de la muerte. Si ningún Beneficiario está vivo entonces, a menos que se estipule de otra manera, se hará el pago al Dueño de la Póliza. La consideración para este Beneficio es la Solicitud y el pago de la Prima Inicial. Se debe pagar una Suma mensualmente, como se Indica bajo "Deducción Mensual" a continuación.

Deducción mensual

El pago mensual para este Beneficio se deducirá del Valor Efectivo de la Póliza en cada Fecha Aniversario Mensual. El costo mensual de la tarifa de seguro está basado en la edad alcanzada, la tarifa y-clasificación personal. En este caso, la Edad Alcanzada significa la edad más cercana al próximo cumpleaños en la fecha del Aniversario del Contrato inmediato anterior. Las tarifas para el costo mensual del seguro serán determinadas por la Compañía; basadas en nuestras probabilidades en lo que se refiere a la experiencia de mortalidad futura. Cualquier cambio en las tarifas del costo del seguro se aplicará a todas las personas que tengan la misma clasificación personal. Bajo ninguna circunstancia las tarifas del costo del seguro serán más altas que las tarifas del costo máximo garantizado. Esas tarifas se basan en la Tabla Normal de Mortalidad Commission Standart Ordinary 1980, a la Edad del Cumpleaños más cercano.

Cambio en el Monto del Seguro

En cualquier momento después del primer Aniversario del Beneficio, el Asegurado de la Póliza podrá solicitar un cambio en el Monto del Seguro por escrito a la Compañía. Cualquier aumento se debe pedir en el formulario de Solicitud de la Compañía. Entonces, el Asegurado deberá ser asegurable de acuerdo con las reglas de la Compañía. Cualquier aumento aprobado por la Compañía está sujeto a la deducción del primer pago mensual y entonces entrará en vigor. La Compañía puede limitar el número de aumentos en el Seguro bajo este Beneficio a uno por cualquier período de 12 meses. Cualquier disminución en el Monto del Seguro en vigor se hará efectiva según se indique en el Endoso correspondiente.

Las disminuciones se aplican:

- a) Aumento más reciente; entonces
- b) Sucesivamente, a cada aumento anterior, entonces Al Monto del Seguro Inicial.
- c) La suma que queda en vigor tendría que ser por lo menos el mínimo requerido para el Beneficio.

Conversión

Al expirar este endoso, el seguro sobre cada Niño, puede ser convertido. Además, mientras este endoso este en vigor, el seguro sobre Niños podrá ser convertido cuando el Niño cumpla 21 años de edad. La conversión podrá realizarse para el cualquier plan de seguros, excepto seguros a término, que emita la Compañía en la fecha de conversión.

El monto de la nueva suma asegurada no podrá ser:

- a) de menos de B/.10,000, ni
- b) de más de 5 veces el monto específico de Niños

Todos los planes de seguros disponibles al efectuarse la conversión están sujetos a los requisitos de esos planes. No se exigirá, prueba de asegurabilidad para la conversión. Cuando termina el seguro sobre un Niño, el derecho a conversión podrá ser ejercido durante los próximos 31 días. Si el niño muere dentro de ese periodo de 31 días, la Compañía pagará Indemnización por muerte del Niño.

Indisputabilidad

Este Beneficio será Indisputable por parte de la Compañía, excepto por falta de los pagos mensuales correspondientes, después de que el mismo haya estado en vigor por un período de dos años, durante la vida del Niño con respecto al Monto del Seguro inicial en la fecha efectiva de este Beneficio.

Cualquier aumento en el monto del seguro aprobado después de esta fecha efectiva del Beneficio será indisputable por parte de la Compañía después de que el mismo haya estado en vigor durante la vida del Niño por un período de dos años a la fecha efectiva de tal aumento. Es disputable solamente con respecto a la solicitud suplementaria para el aumento.

Rehabilitación

Si esta Póliza y este Beneficio vencen, este Beneficio puede rehabilitarse dentro del período estipulado en las condiciones particulares de póliza, siempre que:

- a) Se rehabilite también la Póliza Principal.
- b) Sea asegurable de acuerdo con las reglas de la Compañía.
- c) Se pague la prima suficiente para mantener esta Póliza y este Beneficio en vigor por un período de dos meses.

Cesión

No se puede ceder el beneficio que otorga este endoso.

Suicidio

En caso de suicidio, estando en su cabal juicio o no dentro de dos años después de la Fecha de Efectividad del Beneficio, la Compañía será responsable únicamente de la devolución de los pagos mensuales por este Beneficio.

En caso de suicidio, estando en su cabal juicio o no, más de dos años después de la Fecha de Efectividad de cualquier aumento conforme a este Beneficio, la única responsabilidad de la Compañía será la devolución del total de los pagos mensuales hechos por tal aumento.

Disposiciones de la Póliza

Este Beneficio y su(s) solicitud (es) forman parte de la Póliza adjunta. A menos que se disponga de otra manera en este Beneficio, el mismo está sujeto a todas las disposiciones de la Póliza. Los Valores de Préstamo de la Póliza no se cambian por este Beneficio.

Terminación

Este Beneficio terminará:

- a) Cuando el niño haya alcanzado los 21 años de edad.
- b) Al final del periodo de gracia para el pago de cualquier deducción mensual que se deba sobre esta Póliza o Beneficio.
- c) Cuando esta Póliza termine o se rescate.
- d) Cuando se cambie este Beneficio por una nueva Póliza.
- e) Cuando muera el Niño.
- f) Mediante pedido por escrito del Asegurado Principal, con la Póliza adjunta para su endoso. La terminación entonces será en el Próximo día aniversario mensual, luego de recibir su pedido.

Lo primero que suceda.

Si luego de la terminación, se le dedujera al Valor Efectivo de la Póliza, un cargo por este Beneficio, esto no relevaría la terminación. La Compañía acuerda volver a acreditar tales deducciones al Valor en Efectivo de la Póliza.

BENEFICIO ADICIONAL DE ADELANTO DE CAPITAL PARA ATENCION DEL ASEGURADO

1. Disposiciones Generales:

Este Beneficio se otorga, sin cargo alguno, en base a la solicitud de seguro y sujeta a las limitaciones y exclusiones de las Condiciones Generales de la póliza a la que forma parte.

2. Definiciones

La Compañía: En adelante se refiere a la **Cía. Internacional de Seguros, S.A.**

Fecha efectiva: Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Asegurado: Se refiere a cada persona nombrada en la solicitud, y que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza. Suma Asegurada: Es el Monto de Seguro sobre la vida del Asegurado, cubierta por la Póliza acordado en las Condiciones Particulares.

Adelanto de Capital par a Atención del Asegurado: Es el pago de cualquier parte del Monto del Seguro, antes de la fecha de muerte del Asegurado, bajo las provisiones de este contrato.

El monto del adelanto será igual al monto que el Contratante elija recibir en efectivo menos cualquier prima adeudada o interés que el Contratante pida que se pague de la Suma Asegurada.

Monto Máximo del Adelanto del Capital para Atención del Asegurado: Es igual a la cantidad que resulte menor entre B/. 100,000 ó el 50% de la cantidad de Suma Asegurada libre de cesión, menos el total de cualquier préstamo sin cobrar sobre la Póliza.

Médico: Es un individuo con licencia para practicar la medicina, en el territorio de la República de Panamá, en el cual el tratamiento se recibe y que actúe dentro del área de dicha licencia. Médico no incluye al Asegurado, al Contratante ni a ningún ce-habitante o familiar inmediato.

Familiar Inmediato: Incluye al cónyuge, hijos, hermanos, padres o abuelos del Asegurado o del Contratante.

Enfermedad Terminal: Es una condición de salud irreversible que se diagnosticó al menos 90 días después de la fecha efectiva de este Contrato y que, con seguridad médica razonable, resultará en la muerte del Asegurado dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha del diagnóstico del médico.

Prueba de Enfermedad Terminal: Es una declaración firmada por un médico aceptable por la Compañía con el Historial Clínico del Asegurado (antecedentes, la fecha del diagnóstico y pronóstico médico).

Se presenta en un formulario de Reclamo completado apropiadamente, en cualquier momento después de que el asegurado desarrolle una Enfermedad Terminal.

La Compañía puede solicitar información médica adicional del Médico que presenta la declaración.

3. Beneficios

La Compañía pagará el Monto del Adelanto de Capital para Atención del Asegurado en una suma total si el Asegurado desarrolla una Enfermedad Terminal, sujeto a las disposiciones de este Contrato.

El pago de Adelanto de Capital para la Atención del Asegurado resulta del establecimiento de un gravamen previo y principal contra la Suma Asegurada de esta Póliza, establecido bajo la condición de Monto Máximo de Adelanto del Capital para Atención del Asegurado.

El gravamen total será igual al valor del Monto Máximo de Adelanto del Capital para Atención del Asegurado menos cualquier préstamo previamente otorgado sobre la Póliza y no pagado, menos cualquier monto previamente adelantado o pagado, o retirado por el Contratante.

El pago del Monto Adelantado estará sujeto a las siguientes condiciones:

- a. Esta Póliza debe estar vigente con Valores Efectivos Acumulados que garanticen que la póliza permanecerá en vigor por lo menos un año.
- b. En caso de rehabilitación de esta póliza, este Beneficio no estará vigente hasta noventa (90) días después de la fecha efectiva de Rehabilitación de esta Póliza.
- c. La Compañía debe recibir las pruebas del padecimiento de la enfermedad terminal que considere satisfactorias.
- d. Al utilizar este beneficio la póliza será cesionada a la Compañía como seguridad del gravamen. La Compañía debe recibir una carta de cesión nombrando a la Compañía cesionario de esta Póliza por el valor del Adelanto de Capital para Atención del Asegurado.
- e. La Compañía debe recibir el consentimiento de cesión de todos los beneficiarios irrevocables.
- f. No se otorgará ningún beneficio si la Enfermedad Terminal es resultado de lesiones intencionalmente causadas a sí mismo.

4. Efecto de los Beneficios en los Valores de la Póliza

Después de otorgado el Adelanto de Capital para Atención del Asegurado, el acceso del Contratante al valor de Rescate de esta Póliza, mediante préstamo o rescates parciales, están limitados al exceso de valor neto de rescate después de la resta del adelanto.

El Contratante puede pagar voluntariamente toda o una porción del gravamen contra la Suma Asegurada. En las siguientes circunstancias el gravamen debe ser inmediatamente repagado:

- a. Enteramente, en la muerte del Asegurado, deduciendo el total del Adelanto del producto de la Suma Asegurada.
- b. Enteramente, al momento de pago o adelanto de cualquier parte de la Suma Asegurada como un beneficio bajo cualquier provisión de esta Póliza, que no sea este Beneficio.
- c. Parcialmente, en cuanto haya alguna reducción en la Suma Asegurada que cause que la suma asegurada restante (luego del Adelanto de Capital para Atención del Asegurado) sea menor al total de la deuda.

5. Reclamos

Una carta de solicitud de beneficio del asegurado, en cualquier momento después de que éste desarrolle una Enfermedad Terminal, junto con la Prueba de Enfermedad Terminal, como se definió anteriormente, será suministrada a la Compañía.

Una vez presentada la Prueba de Enfermedad Terminal, la Compañía se reserva el derecho de hacer que un Médico designado por ella examine al Asegurado antes de pagar el Adelanto de Capital para Atención del Asegurado. En el caso de que el Médico designado presente un diagnóstico diferente, la Compañía se reserva el derecho de servirse de este diagnóstico para negar o aprobar el Adelanto.

Este beneficio adicional ha sido autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para la comercialización entre el público consumidor mediante la Resolución N° DRL-001 del 2 de enero de 2015.

BENEFICIO ADICIONAL DE ADELANTO PARA GASTOS FUNERARIOS

1. Disposiciones Generales

En caso de muerte del Asegurado antes de la fecha final de la póliza, indicada en las Condiciones Particulares, la Compañía Internacional de Seguros se compromete a pagar hasta B/. 2,000.00 de la suma asegurada, según se define ésta en las Condiciones Generales de la póliza, al recibo de las debidas pruebas de muerte del asegurado, en concepto de adelanto de gastos funerarios.

2. Tarifa

La compañía otorga esta cobertura sin cargo alguno.

3. Excepciones

La compañía no pagará el porcentaje de suma asegurada acordado en las disposiciones generales, si la muerte del Asegurado ocurre por causas naturales dentro de los primeros seis (6) meses a partir de la fecha de emisión de la póliza o si la muerte es causada directa o indirectamente por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el complejo relacionado con el virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), durante los primeros dos (2) años a partir de la fecha de emisión.

4. Aumentos de Suma Asegurada

Todo aumento de la suma asegurada, que se efectúe después de la emisión de esta póliza, tendrá valides para el cálculo del porcentaje pagado por esta cobertura a partir de los dos (2) años contados desde la fecha de tales ajustes.

5. Terminación

Esta cobertura finalizará cuando el Asegurado alcance los setenta (70) años de edad o al terminar el contrato póliza.

Este beneficio adicional ha sido autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para la comercialización entre el público consumidor mediante la Resolución N° DRL-001 del 2 de enero de 2015.