

**COBERTURA ADICIONAL  
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE  
SEGURO MÚLTIPLE**

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante  
Resolución Administrativa APS/DS/N° 685-2013 con Código de Registro N° 209-934615-2012 06 002 1004

Forma parte integrante de la Póliza registrada en la APS bajo el Registro N° 209-934615-2012 06 002

Se acuerda y establece, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la Cobertura principal de la Póliza, que la Cobertura Adicional de Invalidez Total y Permanente por Accidente, se rige por lo establecido en el presente texto, de acuerdo a lo siguiente:

**PRIMERA: DEFINICIONES**

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

- **Accidente:** Se entiende por Accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran Accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo u otros denominados Accidentes médicos que sufra el ASEGURADO.
- **Miembro:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **Órgano:** Parte diferenciada del cuerpo que participa en la realización de una función. Es una entidad anatómicamente independiente y siempre específica.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.

**SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA**

LA COMPAÑÍA pagará el Beneficio, si el ASEGURADO sufre durante la vigencia, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente. Esto se cumplirá siempre y cuando la Invalidez ocurra antes de que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, el seguro principal esté vigente y la causa de la Invalidez no se encuentre dentro de las exclusiones de la presente Cobertura Adicional.

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

La Suma Asegurada será de seis (6) veces el Saldo Promedio de los últimos seis (6) meses, de la(s) cuenta(s) afiliada(s) al seguro, previos al Accidente, hasta un máximo de treinta mil 00/100 Dólares Americanos (US\$ 30.000) y un mínimo de un mil quinientos 00/100 Dólares Americanos (US\$ 1.500).

La edad máxima de permanencia es de setenta y cinco (75) años.

**TERCERA: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

A efectos de esta Cobertura se considera que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un accidente presenta una calificación de Invalidez, igual o superior al 60%, tomando en consideración tanto el dictamen de la Entidad Encargada de Calificar (EEC), como el de los peritos de LA COMPAÑÍA, en caso de que éste haya sido realizado. Si existiera una discrepancia significativa entre ambos dictámenes, la posición será dirimida por la EEC mediante un nuevo dictamen realizado según los procedimientos que éste último haya establecido al efecto.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por Muerte. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

#### **CUARTA: PAGO DEL BENEFICIO**

La obligación de pagar el beneficio, deberá ser cumplida por LA COMPAÑÍA en un solo acto luego de haber determinado la Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO y por su valor total, debiendo entregar el(los) cheque(s), el comprobante de transferencia o cualquier otro medio de pago convenido a EL TOMADOR para que este a su vez realice la entrega al(los) BENEFICIARIO(S). El pago de esta cobertura anula la cobertura de muerte natural o muerte accidental en cualquier evento.

#### **QUINTA: EXCLUSIONES**

La presente Cobertura Adicional excluye de su cobertura la invalidez del ASEGURADO que ocurra a consecuencia de:

- a) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario regular.
- b) Participación en acto delictivo.
- c) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- d) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el ASEGURADO hubiera participado como elemento activo.
- e) Participar en: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; parapente; artes marciales, boxeo u otros deportes o disciplinas de peleas; equitación; carreras de caballo. Asimismo, la participación del ASEGURADO como conductor o acompañante, profesionalmente o como aficionado, en competencias o ensayos de velocidad o resistencia, en cualquier clase de vehículo, terrestre, acuático o aéreo, a motor o no.
- f) Participar en: actos y riesgos políticos y/o terrorismo; atentar contra la propia vida y la de terceros al manipular armas corto punzantes, armas de fuego; o realizar actividades donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Asimismo, eventos en los que el ASEGURADO realice actividades que atenten contra su vida o la de terceros al encontrarse en estado de ebriedad o con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0,7 gramos/litro, salvo cuando el ASEGURADO hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su invalidez.
- g) Cuando el ASEGURADO esté bajo los efectos de drogas ilícitas.
- h) La participación del ASEGURADO en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- i) Daños autoinflingidos.
- j) Los ocasionados por los denominados "accidentes médicos", tales como: apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos.

#### **SEXTA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ**

LA COMPAÑÍA determinará la configuración de la invalidez en base a la documentación presentada, debiendo el ASEGURADO presentar a LA COMPAÑÍA los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que LA COMPAÑÍA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios. LA COMPAÑÍA, asumirá los gastos médicos necesarios para que sus peritos puedan determinar el grado de Invalidez.

El ASEGURADO deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que LA COMPAÑÍA solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar el grado de invalidez y efectividad de las lesiones originadas. El costo de esta verificación será asumido por LA COMPAÑÍA.

#### **SÉPTIMA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO**

LA COMPAÑÍA efectuará el pago correspondiente a esta cobertura, para lo cual EL TOMADOR deberá presentar, el Formulario de Declaración de Siniestro o Carta de Aviso de Siniestro, debidamente llenado presentando la siguiente documentación:

- a) Certificado Médico original indicando las causas del pronóstico.
- b) Fotocopia simple del Documento de Identidad
- c) Informe de la autoridad competente que certifique las circunstancias del Accidente (en caso que haya tomado acción en el siniestro) en copia legalizada.
- d) Examen toxicológico y/o de alcoholemia en copia legalizada.

Asimismo, el ASEGURADO proporcionará a LA COMPAÑÍA cualquier información que solicite para verificar la Invalidez y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.

Todos los demás términos y/o condiciones de la Póliza no se modifican y permanecen en pleno vigor.

**COBERTURA ADICIONAL POR EMERGENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE  
SEGURO MÚLTIPLE**

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante  
Resolución Administrativa APS/DS/N° 685-2013 con Código de Registro N° 209-934615-2012 06 002 1005

Forma parte integrante de la Póliza registrada en la APS bajo el Registro N° 209-934615-2012 06 002

Se acuerda y establece, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la Cobertura Principal de la Póliza, que la Cobertura Adicional de Emergencia Médica, se rige por lo establecido en el presente texto, de acuerdo a lo siguiente:

**PRIMERA: DEFINICIONES**

**Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento que afecte el organismo del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran Accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el ASEGURADO.

**Emergencia:** Asunto o suceso imprevisto que se debe solucionar con mucha rapidez. Es una situación fuera de control que se presenta por el impacto de un Accidente.

**SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA**

LA COMPAÑÍA rembolsa los Gastos Médicos y/o traslado en ambulancia derivados de un Accidente incurridos hasta las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a su ocurrencia y hasta el límite establecido como Suma Asegurada Máxima. No considerándose dentro de la misma aquellas que surjan en la internación del ASEGURADO

La cobertura se otorga sobre los gastos efectivamente incurridos. La Suma Asegurada Máxima será equivalente a una (1) vez el Saldo Promedio de los últimos seis (6) meses, previos al Accidente, de la(s) cuenta(s) afiliada(s) al seguro, hasta un tope de dos mil quinientos 00/100 Dólares Americanos (US\$ 2.500). Cuando el Saldo Promedio sea inferior a ciento cincuenta 00/100 Dólares Americanos (US\$ 150), se otorgará una Suma Asegurada mínima equivalente a los gastos incurridos hasta un tope de ciento cincuenta 00/100 Dólares Americanos (US\$ 150). Solo se consideran como gastos incurridos aquellos sustentados con facturas originales.

La edad máxima de permanencia es de setenta y cinco (75) años.

**TERCERA: EXCLUSIONES**

La presente Cobertura Adicional, excluye de su cobertura la emergencia médica del ASEGURADO que ocurra a consecuencia de

- a) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario regular.
- b) Participación en acto delictivo.
- c) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- d) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el ASEGURADO hubiera participado como elemento activo.
- e) Participar en: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; parapente; artes marciales, boxeo u otros deportes o disciplinas de peleas; equitación; carreras de caballos. Asimismo, la participación del ASEGURADO como conductor o acompañante, profesionalmente o como aficionado, en competencias o ensayos de velocidad o resistencia, en cualquier clase de vehículo, terrestre, acuático o aéreo, a motor o no.
- f) Participar en: actos y riesgos políticos y/o terrorismo; atentar contra la propia vida y la de terceros al manipular armas corto punzantes, armas de fuego; o realizar actividades donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

Asimismo, eventos en los que el ASEGURADO realice actividades que atenten contra su vida o la de terceros al encontrarse en estado de ebriedad o con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0,7 gramos/litro, salvo cuando el ASEGURADO hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo la Emergencia.

- g) Cuando el ASEGURADO esté bajo los efectos de drogas ilícitas.
- h) La participación del ASEGURADO en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- i) Daños autoinflingidos.
- j) Los ocasionados por los denominados "accidentes médicos", tales como: apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos.

#### **CUARTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO**

LA COMPAÑÍA efectuará el pago correspondiente a esta cobertura por cualquier medio de pago convenido, para lo cual EL TOMADOR deberá presentar, el Formulario de Declaración de Siniestro o Carta de Aviso de Siniestro, debidamente llenado presentando la siguiente documentación:

- a) Original o copia legalizada del informe médico indicando fecha del Accidente, causas y diagnóstico.
- b) Informe de la autoridad competente que certifique las circunstancias del Accidente (en caso que haya tomado acción en el siniestro) en copia legalizada.
- c) Factura(s) Original(es) que sustente(n) el(los) gasto(s) incurrido(s) por la atención médica exclusivamente.
- d) Fotocopia simple del documento de identidad.
- e) Examen toxicológico y/o de alcoholemia en copia legalizada.

Asimismo, el ASEGURADO proporcionará a LA COMPAÑÍA cualquier información que solicite para verificar la Emergencia Médica y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.

Todos los demás términos y/o condiciones de la Póliza no se modifican y permanecen en pleno vigor.

## COBERTURA ADICIONAL DE REMBOLSO POR GASTOS ONCOLÓGICOS SEGURO MÚLTIPLE

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante  
Resolución Administrativa APS/DS/N° 685-2013 con Código de Registro N° 209-934615-2012 06 002 1006

Forma parte integrante de la Póliza registrada en la APS bajo el Registro N° 209-934615-2012 06 002

Se acuerda y establece, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la Cobertura Principal de la Póliza, que la Cobertura Adicional de Rembolso por Gastos Oncológicos se rige por lo establecido en el presente texto, de acuerdo a lo siguiente:

### PRIMERA: DEFINICIONES

- **Cáncer:** Es un término que se emplea para un grupo de enfermedades que tienen un común denominador, la transformación de la célula normal en otra que se comporta de forma muy peligrosa para el cuerpo humano. Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales (invasión del tejido circundante y a veces metástasis).
- **Enfermedad:** Es un proceso y el estatus consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado de salud. El estado o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo. Es una alteración de la salud de un ser vivo.
- **Hospital:** Establecimiento público o privado para la estancia de personas enfermas o heridas, y de dependencias acondicionadas para el examen, diagnóstico y tratamiento de los pacientes que cuenta con las autorizaciones correspondientes para ejercer como tal.
- **Metástasis:** Es la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto de aquel en que se inició.
- **Tratamiento Médico:** Conjunto de cuidados y remedios que se aplican a una persona para curar una enfermedad. Medidas y acciones terapéuticas o higiénicas, que se ponen en práctica para la curación o el alivio de las enfermedades.
- **Oncología:** Es la especialidad médica que se encarga del estudio y tratamiento de los tumores benignos y malignos, con especial atención a los malignos. Se encarga del diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del cáncer. Se ocupa de los cuidados paliativos de pacientes con enfermedades en estado terminal, los aspectos éticos relacionados con la atención de los enfermos con cáncer y los estudios genéticos relacionados a los tumores.

### SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

LA COMPAÑÍA rembolsa los gastos incurridos por tratamiento médico y/u hospitalización a consecuencia de la enfermedad de cáncer diagnosticada por primera vez, durante el primer y segundo año de tratamiento y hasta el tope establecido como Suma Asegurada máxima. Sólo se consideran como gastos incurridos aquellos sustentados con facturas originales. Los gastos incurridos deberán estar de acuerdo al tarifario médico boliviano.

La Suma Asegurada máxima, durante el primer año de tratamiento, será de tres (3) veces el Saldo Promedio de los últimos seis (6) meses, previos al diagnóstico de cáncer, de la(s) cuenta(s) afiliadas al seguro, con un límite máximo de treinta mil 00/100 Dólares Americanos (US\$ 30.000). Se otorgará una Suma Asegurada mínima de los gastos incurridos hasta un límite de un mil quinientos 00/100 Dólares Americanos (US\$ 1.500).

Durante el segundo año de tratamiento, se rembolsará los gastos hasta un máximo de un mil quinientos 00/100 Dólares Americanos (US\$ 1.500).

No se rembolsarán los gastos realizados con posterioridad al segundo año. Si el tratamiento se prolonga por más de un (1) año, se rembolsará sólo por un (1) año adicional los gastos hasta un máximo de un mil quinientos 00/100 Dólares Americanos (US\$ 1.500).

Para determinar si procede la Cobertura, se tendrá en cuenta la fecha del diagnóstico de cáncer. Para determinar el periodo máximo de rembolso se considerará la fecha de inicio de gastos incurridos por tratamiento de cáncer.

La edad máxima de permanencia es de sesenta (60) años. Se contará con un período de carencia de treinta (30) días para contar con el beneficio.

### **TERCERA: EXCLUSIONES**

La presente Cobertura Adicional, tiene las siguientes exclusiones:

- a) Enfermedad grave y/o crónica preexistente al inicio del seguro, siempre que haya sido de conocimiento del ASEGURADO y se encuentre dentro del plazo de impugnación de acuerdo a la cláusula DECIMO NOVENA de las Condiciones Generales.
- b) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- c) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el ASEGURADO hubiera participado como elemento activo.
- d) Cáncer de piel (excepto melanoma maligno).
- e) Cáncer detectado antes del inicio del seguro.
- f) Cáncer no sustentado por un examen de anatomía patológica.
- g) Cáncer como consecuencia de acciones de guerra.

### **CUARTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO**

LA COMPAÑÍA efectuará el pago correspondiente a esta cobertura por cualquier medio de pago convenido, para lo cual EL TOMADOR deberá presentar, el Formulario de Declaración de Siniestro o Carta de Aviso de Siniestro, debidamente llenado presentando la siguiente documentación:

- a) Recetas Médicas.
- b) Factura(s) Original(es) que sustente(n) el(los) gasto(s) incurrido(s) por la atención médica exclusivamente.
- c) Examen Anatomopatológico.
- d) Fotocopia simple del Documento de Identidad.

Asimismo, el ASEGURADO proporcionará a LA COMPAÑÍA cualquier información que solicite para verificar los Gastos Oncológicos y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.

Todos los demás términos y/o condiciones de la Póliza no se modifican y permanecen en pleno vigor.

**COBERTURA ADICIONAL DE RENTA HOSPITALARIA  
SEGURO MÚLTIPLE**

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante  
Resolución Administrativa APS/DS/N° 685-2013 con Código de Registro N° 209-934615-2012 06 002 1007

Forma parte integrante de la Póliza registrada en la APS bajo el Registro N° 209-934615-2012 06 002

Se acuerda y establece, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la Cobertura Principal de la Póliza, que la Cobertura Adicional de Renta Hospitalaria se rige por lo establecido en el presente texto, de acuerdo a lo siguiente:

**PRIMERA: DEFINICIONES**

- **Hospital:** Establecimiento público o privado para la estancia de personas enfermas o heridas, y de dependencias acondicionadas para el examen, diagnóstico y tratamiento de los pacientes que cuenta con las autorizaciones correspondientes para ejercer como tal.
- **Hospitalización:** Ingreso a un Hospital de una persona enferma o herida para su examen, diagnóstico y/o tratamiento.
- **Renta diaria:** Es el monto o ingreso económico que recibe el ASEGURADO con una frecuencia diaria en caso este sea hospitalizado por un evento cubierto por la Póliza.

**SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA**

LA COMPAÑÍA otorga una renta diaria al ASEGURADO a partir del tercer día, en caso de hospitalización o internación ininterrumpida y por un periodo máximo de hasta cincuenta (50) días calendario. Los gastos incurridos deberán estar de acuerdo al tarifario médico boliviano.

La Suma Asegurada diaria será de diez por ciento (10%) del Saldo Promedio de los últimos seis (6) meses, previos a la fecha de inicio de la hospitalización, de la(s) cuenta(s) afiliadas al seguro, hasta un máximo de cincuenta 00/100 Dólares Americanos (US\$ 50) diarios y un mínimo de diez 00/100 Dólares Americanos (US\$ 10). Los primeros dos (2) días de hospitalización no estarán cubiertos.

La edad máxima de permanencia es de sesenta (60) años. Se contará con un período de carencia de treinta (30) días para contar con el beneficio.

**TERCERA: EXCLUSIONES**

La presente Cobertura Adicional, tiene las siguientes exclusiones:

- a) Enfermedad grave y/o crónica preexistente al inicio del seguro, siempre que haya sido de conocimiento del ASEGURADO y se encuentre dentro del plazo de impugnación de acuerdo a la cláusula DECIMO QUINTA de las Condiciones Generales de la Póliza..
- b) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario regular.
- c) Participación en acto delictivo.
- d) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- e) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el ASEGURADO hubiera participado como elemento activo.
- f) Participar en: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; parapente; artes marciales, boxeo u otros deportes o disciplinas de peleas; equitación; carreras de caballos. Asimismo, la participación del ASEGURADO como conductor o acompañante, profesionalmente o como aficionado, en competencias o ensayos de velocidad o resistencia, en cualquier clase de vehículo, terrestre, acuático o aéreo, a motor o no.

- g) Participar en: actos y riesgos políticos y/o terrorismo; atentar contra la propia vida y la de terceros al manipular armas corto punzantes, armas de fuego; o realizar actividades donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Asimismo, eventos en los que el ASEGURADO realice actividades que atenten contra su vida o la de terceros al encontrarse en estado de ebriedad o con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0,7 gramos/litro, salvo cuando el ASEGURADO hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo el siniestro.
- h) La participación del ASEGURADO en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- i) VIH/SIDA.
- j) Hospitalización por uso o adicción a drogas ilícitas, estupefacientes o alcohol.
- k) Embarazo y maternidad.
- l) Tratamiento de infertilidad, obesidad o esterilización.
- m) Cambio de sexo.
- n) Enfermedades contagiosas epidémicas que requieren aislamiento, chequeos médicos o despistajes.
- o) Cirugía estética o plástica con fines de embellecimiento.
- p) Curas de reposo.
- q) Surmenage y enfermedades emocionales.

#### **CUARTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO**

LA COMPAÑÍA efectuará el pago correspondiente a esta cobertura por cualquier medio de pago convenido, para lo cual EL TOMADOR deberá presentar, el Formulario de Declaración de Siniestro o Carta de Aviso de Siniestro, debidamente llenado presentando la siguiente documentación:

- a) Informe médico indicando las causas, diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de alta original o copia legalizada.
- b) Facturas originales que sustenten los gastos incurridos por la atención médica exclusivamente en donde se confirmen los días de hospitalización.
- c) Fotocopia simple del Documento de Identidad.

Asimismo, el ASEGURADO proporcionará a LA COMPAÑÍA cualquier información que solicite para verificar la Renta Hospitalaria y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.

Todos los demás términos y/o condiciones de la Póliza no se modifican y permanecen en pleno vigor.

**COBERTURA ADICIONAL DE ADELANTO POR ENFERMEDAD TERMINAL  
SEGURO MÚLTIPLE**

Registrada en Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) mediante  
Resolución Administrativa APS/DS/N° 685-2013 con Código de Registro N° 209-934615-2012 06 002 1008

Forma parte integrante de la Póliza registrada en la APS bajo el Registro N° 209-934615-2012 06 002

Se acuerda y establece, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la Cobertura Principal de la Póliza, que la Cobertura Adicional de Adelanto por Enfermedad Terminal, se rige por lo establecido en el presente texto, de acuerdo a lo siguiente:

**PRIMERA: DEFINICIONES:**

**Enfermedad:** Es un proceso y el estatus consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado de salud. El estado o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo. Es una alteración de la salud de un ser vivo.

**Enfermedad Terminal:** Enfermedad de Evolución Progresiva; Pronóstico de Supervivencia (médicamente establecida) inferior a seis (6) meses; Ineficacia Comprobada de los Tratamientos; Pérdida de la esperanza de recuperación.

**SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA Y SUMA ASEGURADA**

LA COMPAÑÍA otorga al ASEGURADO un adelanto de la cobertura de muerte, en caso de ser detectada alguna Enfermedad Terminal.

La Suma Asegurada será equivalente al veinte por ciento (20%) del Saldo Promedio de los últimos seis (6) meses, previos a la fecha de diagnóstico, de la(s) cuenta(s) afiliada(s) al seguro, hasta un máximo de un mil 00/100 Dólares Americanos (US\$ 1.000) y un mínimo de quinientos 00/100 Dólares Americanos (US\$ 500). Este adelanto será a cuenta del beneficio final a otorgarse por muerte natural.

La edad máxima de permanencia es de sesenta (60) años. Se contará con un período de carencia de treinta 30 días para contar con el beneficio.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de comprobar el estado de salud del ASEGURADO antes de otorgar este beneficio.

**TERCERA: EXCLUSIONES**

La presente Cobertura Adicional, tiene las siguientes exclusiones:

- a) Falsas declaraciones, omisión o reticencia del asegurado que puedan influir en la comprobación de su estado de invalidez.
- b) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- c) VIH/SIDA
- d) Enfermedades preexistentes y/o congénitas al inicio del seguro, y que hayan ocasionado menoscabos en la capacidad física del ASEGURADO antes del inicio del seguro, que sean de conocimiento del ASEGURADO y se encuentre dentro del plazo de impugnación de acuerdo a la normativa vigente.
- e) Daños autoinflingidos.

**CUARTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO**

LA COMPAÑÍA efectuará el pago correspondiente a esta cobertura por cualquier medio de pago convenido, para lo cual EL TOMADOR deberá presentar, el Formulario de Declaración de Siniestro o Carta de Aviso de Siniestro, debidamente llenado presentando la siguiente documentación:

- a) Certificado médico original (Formulario del Colegio Médico) detallando la enfermedad, evolución y pronóstico de la enfermedad expresando la expectativa de vida.

**Crediseguro S.A. Seguros Personales**  
**Póliza de Seguro Múltiple**

b) Fotocopia simple del Documento de Identidad.

Asimismo, el ASEGURADO proporcionará a LA COMPAÑÍA cualquier información que solicite para verificar la Enfermedad Terminal y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.

Todos los demás términos y/o condiciones de la Póliza no se modifican y permanecen en pleno vigor.