

Seguro de Desgravamen

Cláusula Adicional Cobertura para el Cónyuge

INTRODUCCION Esta **Cláusula** forma parte integrante de la **Póliza** y se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las **Condiciones Generales** del seguro.

ARTICULO 1: DESCRIPCIÓN DEL SEGURO Y COBERTURAS En los términos y condiciones de la presente **Póliza**, la **Suma Asegurada**, indicada en las **Condiciones Particulares** por una cualquiera de las coberturas por muerte natural, muerte accidental, será pagada por la **Compañía** a los **Beneficiarios del Asegurado Dependiente (Cónyuge o conviviente)** después de acreditarse el siniestro respectivo del **Cónyuge o conviviente declarado**, si ocurre durante la vigencia de la **Póliza**. La cobertura de invalidez total y permanente por accidente o enfermedad será pagada, según sea el caso, al **Beneficiario del Asegurado Dependiente** o al mismo **Asegurado Dependiente**, salvo que no pueda recibirlo por causa de su invalidez, en cuyo caso se pagará a sus **Beneficiarios**.

ARTÍCULO 2: TERMINACIÓN La cobertura de la presente **Cláusula** terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. Por terminación anticipada de la **Póliza** o de la presente **Cláusula**.
- b. A la ocurrencia del siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en el presente contrato.
- c. Al vencimiento del plazo de vigencia de la **Póliza**
- d. A la cancelación o término del plazo del crédito, cancelación de la tarjeta de crédito o línea de crédito.
- e. Al cumplir el **Asegurado** y/o el **Asegurado Dependiente (Cónyuge o conviviente)** el límite de edad de permanencia.

Seguro de Desgravamen

Cláusula Adicional Adelanto de Suma Asegurada por Quemaduras Graves

INTRODUCCION Esta **Cláusula** forma parte integrante de la **Póliza** y se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las **Condiciones Generales** del seguro.

ARTÍCULO 1: DESCRIPCIÓN DEL SEGURO Y COBERTURAS Adelanto de Suma Asegurada por Quemaduras Graves:

La Compañía indemnizará a los Beneficiarios la Suma Asegurada, indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, por esta cobertura si el Asegurado sufre un accidente que dé lugar a quemaduras de tercer grado (espesor completo de la piel) que afecten por lo menos el porcentaje de la superficie corporal del Asegurado, conforme con la Regla de los Nueve o la Carta de Superficie Corporal de Lund Browder.

Las quemaduras son lesiones que producen alteraciones orgánicas de intensidad variable. Van desde alteraciones a nivel general o sistémico que generan muerte y disfunción celular, hasta alteraciones locales, que están determinadas por el tipo de herida que provocan y la forma en que el proceso de cicatrización responde a la injuria.

La indemnización por esta cláusula representa un adelanto de la Suma Asegurada. Por lo tanto, una vez ocurrido el siniestro, la Compañía descontará de la cobertura del seguro, el monto adelantado.

El monto adelantado corresponderá al Monto Inicial o Saldo Insoluto del crédito otorgado al Asegurado y el límite máximo indemnizable por esta cobertura será el señalado en el Certificado de Seguro. Si el Saldo Insoluto al momento del siniestro fuera mayor al señalado, el seguro permanecerá vigente.

Si el Saldo Insoluto al momento del siniestro fuera mayor al señalado en el Certificado no cesará la obligación del Contratante de pagar las primas siguientes para continuar con la cobertura del seguro.

ARTÍCULO 2: BENEFICIARIO ADICIONAL Para efectos de la presente cláusula, el **Beneficiario Adicional** es el mismo **Asegurado** afectado.

ARTÍCULO 3: TERMINACIÓN La cobertura de la presente **Cláusula** terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. Por terminación anticipada del seguro de la **Póliza** o de la presente **Cláusula**.
- b. A la ocurrencia del siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en el presente contrato.
- c. Al vencimiento del plazo de vigencia de la Póliza
- d. Al cumplir el **Asegurado** el límite de edad de permanencia establecido en las **Condiciones Particulares**.
- e. A la cancelación o término del plazo del crédito, cancelación de la tarjeta de crédito o línea de crédito.

ARTÍCULO 4: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el **Contratante, Asegurado o Beneficiario** deberá dar aviso del siniestro a la **Compañía** dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del **Beneficio del Seguro**.

Posteriormente al aviso del siniestro, el **Contratante, Asegurado o Beneficiario** deberá solicitar la cobertura a la **Compañía**, y presentar en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) los siguientes documentos:

- a. **Documento de Identidad del Asegurado.**
- b. **Informe médico indicando el diagnóstico, la localización y extensión de la quemadura, las cuales determinarán la causa y las circunstancias del siniestro.**
- c. **Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito por parte de la entidad financiera, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro.**
- d. **Documentación que acredite la fecha y lugar en que se produjo el siniestro.**

La **Compañía** podrá solicitar la Historia Clínica del **Asegurado**, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros. Para tal efecto, el **Asegurado**, mediante la suscripción de la Póliza, autoriza expresamente a la **Compañía**, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Una vez que el **Contratante o Beneficiario(s)** hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la **Compañía**, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del siniestro comunicar su aprobación o rechazo.

En caso la **Compañía** requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el **Contratante o Beneficiario(s)**, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del siniestro; lo que suspenderá el plazo hasta que el **Contratante o Beneficiario** cumpla con presentar la documentación e información correspondiente.

Si la **Compañía** no se pronuncia sobre la aceptación o rechazo del siniestro dentro del plazo señalado, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que se presente la solicitud de prórroga señalada. Una vez consentido el Siniestro, la **Compañía** tendrá un plazo adicional de treinta (30) días para proceder al pago de la Suma Asegurada al(los) **Beneficiario(s)**.

Seguro de Desgravamen

Cláusula Adicional Adelanto de Suma Asegurada por Hospitalización por Accidente Grave

INTRODUCCION Esta **Cláusula** forma parte integrante de la **Póliza** y se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las **Condiciones Generales** del seguro.

ARTÍCULO 1: DESCRIPCIÓN DEL SEGURO Y COBERTURAS Adelanto de Suma Asegurada por Hospitalización por Accidente Grave:

La Compañía indemnizará al Beneficiario Principal la Suma Asegurada, indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, por esta cobertura si el Asegurado sufre un accidente grave por el que debe ser internado en un establecimiento hospitalario, por cualquier causa derivada de dicho accidente, cuando supere el plazo mínimo de días de hospitalización señalado en las condiciones particulares de la póliza.

Se entiende por Accidente Grave a 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 manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes, que le impidan el desplazamiento por sus propios medios.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

La indemnización por esta cláusula representa un adelanto de la Suma Asegurada. Por lo tanto, una vez ocurrido el siniestro, la Compañía descontará dicho monto adelantado de la cobertura del seguro.

El monto adelantado corresponderá al Monto Inicial o Saldo Insoluto del crédito otorgado al Asegurado, según corresponda y el límite máximo indemnizable por esta cobertura será el señalado en el Certificado de Seguro. Si el Saldo Insoluto al momento del siniestro fuera mayor al señalado, el seguro permanecerá vigente y no cesará la obligación del Contratante de pagar las primas siguientes para continuar con la cobertura del seguro.

Para los efectos del cómputo del plazo mínimo de hospitalización, sólo se considerará el número de días en que el Asegurado permanezca efectivamente internado, de manera continua e ininterrumpida, en un establecimiento hospitalario. Si la hospitalización tuviere un plazo de duración inferior al plazo mínimo de hospitalización no operará esta cobertura.

La cobertura que otorga esta Cláusula no operará tratándose de hospitalizaciones que provengan de condiciones preexistentes, es decir, accidentes cuyas fechas de diagnóstico u ocurrencia fueren anteriores a la fecha de inicio de vigencia de esta Cláusula.

ARTÍCULO 2: BENEFICIARIO ADICIONAL Para efectos de la presente cláusula, el **Beneficiario Adicional** es el mismo **Asegurado**.

ARTÍCULO 3: TERMINACIÓN La cobertura de la presente **Cláusula** terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. Por terminación anticipada del seguro de la **Póliza** o de la presente **Cláusula**.
- b. A la ocurrencia del siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en el presente contrato.
- c. Al vencimiento del plazo de vigencia de la Póliza.
- d. Al cumplir el **Asegurado** el límite de edad de permanencia establecido en las **Condiciones Particulares**.
- e. A la cancelación o término del plazo del crédito, cancelación de la tarjeta de crédito o línea de crédito.

ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES La presente cláusula no otorga cobertura a los siniestros ocurridos como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a. **Exclusiones establecidas en la póliza.**
- b. **Hospitalizaciones que provengan de condiciones preexistentes o accidentes cuyas fechas de ocurrencia fueren anteriores a la fecha de inicio del seguro.**
- c. **Anomalías congénitas y patológicas derivadas o resultantes de las mismas.**
- d. **Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.**
- e. **Consecuencias no accidentales de embarazos o partos.**
- f. **Consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza física, mental o nerviosa.**

ARTÍCULO 5: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el **Contratante, Asegurado o Beneficiario** deberá dar aviso del siniestro a la **Compañía** dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del Beneficio del Seguro.

Posteriormente al aviso del siniestro, el **Contratante, Asegurado o Beneficiario** deberá solicitar la cobertura y presentar en la **Compañía**, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

- a. Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico que determinen la causa y las circunstancias del siniestro.
- c. Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito por parte de la entidad financiera, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro.
- d. Documentación que acredite la fecha y lugar en que se produjo el siniestro.

La **Compañía** podrá solicitar la Historia Clínica del **Asegurado**, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros. Para tal efecto, el **Asegurado**, mediante la suscripción de la Póliza, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Una vez que el **Contratante** o **Beneficiario(s)** hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del siniestro comunicar su aprobación o rechazo.

En caso la **Compañía** requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el **Contratante** o **Beneficiario(s)**, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del siniestro; lo que suspenderá el plazo hasta que el **Contratante** o **Beneficiario** cumpla con presentar la documentación e información correspondiente.

Si la **Compañía** no se pronuncia sobre la aceptación o rechazo del siniestro dentro del plazo señalado, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que se presente la solicitud de prórroga señalada. Una vez consentido el Siniestro, la **Compañía** tendrá un plazo adicional de treinta (30) días para proceder al pago de la Suma Asegurada al(los) **Beneficiario(s)**.

Seguro de Desgravamen

Cláusula Adicional Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad

INTRODUCCION Esta **Cláusula** forma parte integrante de la **Póliza** y se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las **Condiciones Generales** del Seguro.

ARTÍCULO 1: DESCRIPCION DEL SEGURO Y COBERTURAS Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad:

La Compañía indemnizará al Beneficiario la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, por esta cobertura si a causa de un accidente o enfermedad el Asegurado sufre una Incapacidad Temporal, que le impida al Asegurado ejercer total o parcialmente su trabajo, comercio o actividad económica.

Se considera una Incapacidad Temporal, a aquella situación señalada por un profesional médico colegiado en la que indique que el Asegurado se encuentra imposibilitado de trabajar como consecuencia de un accidente o enfermedad por un periodo superior al número de días señalado en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, siempre y cuando el accidente o enfermedad no sea preexistente al inicio de la vigencia del seguro.

Los límites de cobertura o sumas aseguradas, las cuotas máximas cubiertas y su forma de pago, y el periodo de carencia, se encuentran expresamente detallados en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

En caso el Asegurado sufra nuevamente de una Incapacidad Temporal por accidente o enfermedad, debe haber transcurrido un plazo de un año desde el término de la Incapacidad Temporal indemnizada, para que la cobertura se encuentre nuevamente activa. Asimismo, debe ser ocasionada por una causa distinta y no originada por la enfermedad o accidente que originó la primera Incapacidad Temporal indemnizada.

La presente cobertura podrá ser activada para cubrir el riesgo de Incapacidad Temporal como máximo hasta en el número de eventos señalado en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, durante la vigencia del seguro.

ARTÍCULO 2: BENEFICIARIO Para efectos de la presente cláusula, el **Beneficiario** es el **Contratante** de la **Póliza**.

ARTÍCULO 3: TERMINACION La cobertura de la presente **Cláusula** terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. Por terminación anticipada del seguro de la **Póliza** o de la presente **Cláusula**.
- b. A la ocurrencia del siniestro o de los siniestros que den lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en la **Póliza**, detalladas en las **Condiciones Particulares** de la misma. En caso se hubiese indemnizado la cobertura de **Adelanto de Indemnización por Hospitalización por Accidentes**

Graves y el **Asegurado**, mantenga un saldo insoluto pendiente y se encuentre con una Incapacidad Temporal, la **Compañía** indemnizará la **Suma Asegurada**, considerando el nuevo cronograma de pagos del crédito, el cual debe ser emitido por el **Contratante**.

c. Al vencimiento del plazo de vigencia de la **Póliza**.

d. Al cumplir el **Asegurado** el límite de edad de permanencia establecido en las **Condiciones Particulares**.

e. A la cancelación o término del plazo del crédito, cancelación de la tarjeta de crédito o línea de crédito.

ARTÍCULO 4: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el **Contratante, Asegurado o Beneficiario** deberá dar aviso del siniestro a la **Compañía** dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del Beneficio del Seguro.

Posteriormente al aviso del siniestro, el **Contratante, Asegurado o Beneficiario** deberá solicitar la cobertura en la Compañía, y presentar en original o en reproducción notarial (antes copia legalizada) de lo siguiente:

a. Documento de Identidad del **Asegurado**.

b. Certificado Médico emitido por Essalud, Ministerio de Salud, Hospital o Clínica debidamente autorizada por el Ministerio de Salud, en el que se detalle el número de días requeridos de reposo por Incapacidad Temporal y que determine la causa y las circunstancias del siniestro., indicando lo siguiente:

- Causas de la Incapacidad

- Diagnóstico Definitivo

- Tratamiento Realizado

- Pronóstico

- Días de Descanso

- Número de Historia Clínica

- Médico Tratante

- Fecha de Atención por emergencia o consulta médica.

c. Información formal de las cuotas mensuales del crédito vigente a la fecha de inicio de la Incapacidad Temporal, según cronograma de pago del crédito.

d. Cualquier documentación que acredite la fecha y lugar en que se produjo el siniestro, en caso corresponda.

La **Compañía** podrá solicitar la Historia Clínica del **Asegurado**, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros. Para tal efecto, el Asegurado, mediante la suscripción de la **Póliza**, autoriza expresamente a la **Compañía**, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta **Póliza**, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Una vez que el **Contratante o Beneficiario(s)** hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la **Compañía**, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del siniestro comunicar su aprobación o rechazo.

En caso la **Compañía** requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el **Contratante o Beneficiario(s)**, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del siniestro; lo que suspenderá el plazo hasta que el **Contratante o Beneficiario** cumpla con presentar la documentación e información correspondiente.

Si la **Compañía** no se pronuncia sobre la aceptación o rechazo del siniestro dentro del plazo señalado, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que se presente la solicitud de prórroga señalada. Una vez consentido el Siniestro, la **Compañía** tendrá un plazo adicional de treinta (30) días para proceder al pago de la **Suma Asegurada** al(los) **Beneficiario(s)**.

ARTÍCULO 5: EXCLUSIONES La presente cláusula no otorga cobertura a los siniestros ocurridos como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a. Fallecimiento del Asegurado.
- b. Enfermedades o condiciones médicas preexistentes a la contratación del seguro.
- c. Accidentes anteriores al inicio del seguro.
- d. Tratamientos médicos electivos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas como consecuencia de un accidente.
- e. Lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del uso de estimulantes, excepto si fueron prescritos por un médico.
- f. Enfermedades o dolencias a consecuencia de problemas de la columna vertebral.
- g. Enfermedades psíquicas o mentales.
- h. Incapacidad temporal por embarazo, sus consecuencias y causas relacionadas.
- i. La incapacidad temporal debida a la misma enfermedad o accidente por el cual el Asegurado ha recibido una indemnización por esta misma Póliza.
- j. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuera la causa de que provengan.
- k. Consecuencias de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia del seguro.
- l. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- m. Tratamiento médico realizado por personas no autorizadas para ejercer la medicina o por médicos que no se encuentren habilitados en el Colegio Médico del Perú, así como en Instituciones Médicas o Clínicas que no cuenten con la licencia de funcionamiento y la autorización de las entidades competentes. También están excluidos los tratamientos de medicina no convencionales o no aprobados por la OMS.

Seguro de Desgravamen

Cláusula Adicional para el Asegurado Adicional

INTRODUCCION Esta **Cláusula** forma parte integrante de la **Póliza** y se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las **Condiciones Generales** del seguro.

ARTICULO 1: DESCRIPCIÓN DEL SEGURO Y COBERTURAS En los términos y condiciones de la presente **Póliza**, la **Suma Asegurada**, indicada en las **Condiciones Particulares** por una cualquiera de las coberturas por muerte natural, muerte accidental, será pagada por la **Compañía** a los **Beneficiarios** del **Asegurado Adicional** después de acreditarse el siniestro respectivo del **Asegurado Adicional** declarado, si ocurre durante la vigencia de la **Póliza**. La cobertura de **Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad** será pagada al mismo **Asegurado Adicional**, salvo que no pueda recibirlo por causa de su invalidez, en cuyo caso se pagará a sus **Beneficiarios**.

ARTÍCULO 2: TERMINACIÓN La cobertura de la presente **Cláusula** terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. Por terminación anticipada de la **Póliza** o de la presente **Cláusula**.
- b. A la ocurrencia del siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en el presente contrato.
- c. Al vencimiento del plazo de vigencia de la **Póliza**
- d. A la cancelación o término del plazo del crédito, cancelación de la tarjeta de crédito o línea de crédito.
- e. Al cumplir el **Asegurado** y/o el **Asegurado Adicional** el límite de edad de permanencia.

Seguro de Desgravamen

Cláusula Adicional Desamparo Súbito Familiar

INTRODUCCION CLAUSULA ADICIONAL

DESAMPARO SUBITO FAMILIAR

Esta **Cláusula Adicional** forma parte integrante de la **Póliza** y se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las **Condiciones Generales** del seguro.

ARTICULO 1: DESCRIPCION DEL SEGURO Y COBERTURAS Desamparo Súbito Familiar: La Compañía indemnizará a los hijos menores de 18 años y/o los hijos mayores de 18 años incapacitados de manera total y permanente, del Asegurado y su Cónyuge o conviviente, la Suma Asegurada, si el Asegurado y su Cónyuge o conviviente sufren un mismo accidente, en un mismo evento, amparado por la Póliza, que dé lugar al fallecimiento de ambos. El beneficio será indemnizado siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo a los términos y condiciones pactadas en ella.

El límite máximo indemnizable por esta cobertura es de S/ 20,000 Soles o su equivalente en Dólares Americanos.

ARTÍCULO 2: BENEFICIARIO PRINCIPAL Para efectos de la presente cláusula, el (los) **Beneficiario(s) Principal(es)** son los hijos menores de 18 años y/o hijos mayores de 18 años incapacitados de manera total y permanente.

ARTÍCULO 3: TERMINACION La cobertura de la presente **Cláusula Adicional** terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. Por terminación anticipada de la **Póliza** o de la presente **Cláusula Adicional**.
- b. A la ocurrencia del siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en el presente contrato.
- c. Al vencimiento del plazo de vigencia de la Póliza
- d. Al cumplir el **Asegurado** el límite de edad de permanencia establecido en las **Condiciones Particulares**.
- e. A la cancelación o término del plazo del crédito, cancelación de la tarjeta de crédito o línea de crédito.

ARTÍCULO 4: AVISO DEL SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el **Contratante** o **Beneficiario** deberá dar aviso del siniestro a la **Compañía** dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del Beneficio. El **Contratante** o **Beneficiario** deberá solicitar la cobertura y presentar en original o copia con certificación notarial (antes copia legalizada) los siguientes documentos:

- a. Acta o Partida de Defunción y Certificado Médico de Defunción del **Asegurado** y su **Cónyuge** o **Conviviente**.
- b. Documento de Identidad o Partida de Nacimiento de los hijos menores de 18 años y/o mayores de 18 años incapacitados de manera total y permanente.
- c. Atestado Policial, si lo hubiere.
- d. Protocolo de Necropsia del **Asegurado** y su **Cónyuge** o su **Conviviente** que determinen la causa y las circunstancias del siniestro, si lo hubiere.
- e. Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito por parte de la entidad financiera, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro.

La **Compañía** podrá solicitar la Historia Clínica del **Asegurado**, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del siniestro. Para tal efecto, el Asegurado, mediante la suscripción de la Póliza, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Cláusula Adicional, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Una vez que el **Contratante** o **Beneficiario(s)** hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la **Compañía**, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del siniestro y comunicar su aprobación o rechazo.

En caso la **Compañía** requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el **Contratante** o **Beneficiario(s)**, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del siniestro; lo que suspenderá el plazo hasta que el **Contratante** o **Beneficiario** cumpla con presentar la documentación e información correspondiente.

Si la **Compañía** no se pronuncia sobre la aceptación o rechazo del siniestro dentro del plazo señalado, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya presentado una solicitud de prórroga. Una vez consentido el Siniestro, la **Compañía** tendrá un plazo adicional de treinta (30) días para proceder al pago de la Suma Asegurada al(los) **Beneficiario(s)**.