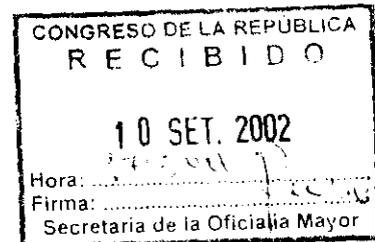


# **COMUNICACIONES**



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 10 de setiembre de 2002

**OFICIO N°002-02/SCIDC138-CP-CR**

Señor  
**HUGO ROVIRA ZAGAL**  
Director General Parlamentario  
Encargado de la Oficialía Mayor  
Congreso de la República  
Presente.-

De mi consideración:

Por medio del presente, me es grato saludarlo y me permito adjuntar la notificación y anexos para el señor **CESAR SAUCEDO SANCHEZ**, con relación a la Denuncia Constitucional N°138, a fin de que se sirva indicar a quien corresponda, se le haga llegar a su domicilio a la brevedad, ya que de acuerdo a los plazos establecidos, el señor Saucedo debe recibir esta documentación antes de las 12 del mediodía de mañana.

Agradeciéndole por su gentil atención al presente, quedo

Atentamente,

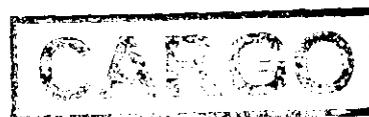


**LUIS IBERICO NUÑEZ**  
Presidente  
Subcomisión Investigadora de la  
Denuncia Constitucional N°138



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

2780

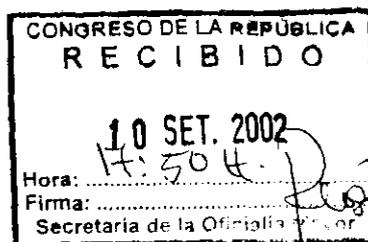


Lima, 10 de setiembre de 2002

*EL*

*11:40*

Señor  
**CESAR SAUCEDO SANCHEZ**  
ex Ministro del Interior  
Presente.-



**OFICIO N°001-02/SCIDC138-CP-CR**

De mi consideración:

Me dirijo a usted en mi calidad de Presidente de la Subcomisión Investigadora de la Denuncia Constitucional N°138, presentada por la Fiscal de la Nación, Dra. Nelly Calderón Navarro por la presunta comisión del delito de enriquecimiento ilícito en agravio del Estado, ilícito penal previsto y penado por el artículo 401 del Código Penal, contra usted.

De conformidad con lo que dispone el inciso e.3 del artículo 89° del Reglamento del Congreso de la República, por medio de este oficio notifico a usted adjuntándole copia de la Denuncia Constitucional N°138 y los anexos presentados, a efecto de que en el plazo de 5 días útiles presente su descargo por escrito y presente u ofrezca las pruebas que considere necesarias.

Solicitándole fijar un domicilio donde hacerle llegar las comunicaciones de la subcomisión, quedo de usted,

Atentamente,

*[Signature]*  
**LUIS IBERICO NUÑEZ**  
Congresista de la República



*RECIBIDO*  
*[Signature]*

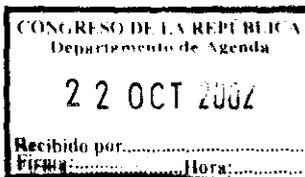
*Cesar Saucedo S*  
*11 Set 2002*  
*0940 hrs*

Jr. Azángaro 468 - Of. 1001  
Lima  
Telf. 311-7494

08 SOBRES HANU



CONGRESO DE LA REPÚBLICA



**URGENTE**



Lima, 22 de octubre de 2002

**OFICIO N°010-02/SCIDC138-CP-CR**

Señor Doctor  
**CARLOS FERRERO COSTA**  
 Presidente  
 Congreso de la República  
 Presente.-

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted a fin de solicitarle se sirva someter al pleno de la Comisión Permanente la ampliación del plazo otorgado a la Subcomisión Investigadora de la Denuncia Constitucional N° 138, en 30 días útiles adicionales, a fin de concluir con la investigación encomendada.

Agradeciéndole por su gentil atención al presente, quedo

Atentamente,

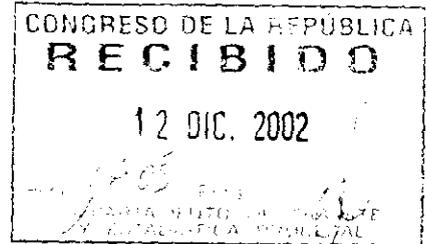
  
**LUIS IBERICO NUÑEZ**  
 Presidente  
 Subcomisión Investigadora de la  
 Denuncia Constitucional N°138





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

2732



Lima, 12 de diciembre de 2002

OFICIO N°041-02/SCIDC138-CP-CR

Señor Doctor  
**CARLOS FERRERO COSTA**  
Presidente  
Congreso de la República  
Presente.-

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted a fin de solicitarle se sirva someter al pleno de la Comisión Permanente la ampliación del plazo otorgado a la Subcomisión Investigadora de la Denuncia Constitucional N° 138, hasta el 13 de diciembre, a fin de concluir con la investigación encomendada.

Agradeciéndole por su gentil atención al presente, quedo

Atentamente,

  
**LUIS IBERICO NUÑEZ**  
Presidente  
Subcomisión Investigadora de la  
Denuncia Constitucional N°138





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

15 DIC 2002

Lima, 16 de diciembre de 2002

**OFICIO N°044-02/SCIDC138-CP-CR**

Señor Doctor  
**CARLOS FERRERO COSTA**  
Presidente  
Congreso de la República  
Presente.-

De mi consideración:

Me dirijo a usted para saludarlo y hacerle llegar el Informe Final de la Denuncia Constitucional N°138, suscrito por unanimidad por los Congresistas Víctor Manuel Noriega Toledo, Manuel Merino de Lama y por mi persona, acompañado de sus respectivos anexos.

Agradeciéndole por su gentil atención al presente, quedo

Atentamente,

  
**LUIS IBERICO NUÑEZ**  
Presidente  
Subcomisión Investigadora de la  
Denuncia Constitucional N° 138





CONGRESO DE LA REPÚBLICA

2784

16 DIC 2002

Lima, 16 de diciembre de 2002

**OFICIO N°041-02/SCIDC138-CP-CR**

Señor Doctor  
**CARLOS FERRERO COSTA**  
Presidente  
Congreso de la República  
Presente.-

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted a fin de solicitarle se sirva someter al pleno de la Comisión Permanente la ampliación del plazo otorgado a la Subcomisión Investigadora de la Denuncia Constitucional N° 138, hasta el 16 de diciembre, a fin de concluir con la investigación encomendada.

Agradeciéndole por su gentil atención al presente, quedo

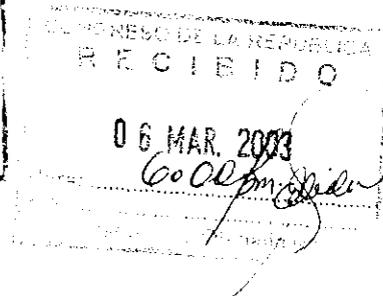
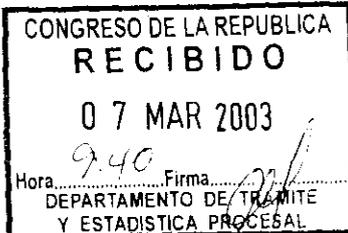
Atentamente,

  
**LUIS IBERICO NUÑEZ**  
Presidente  
Subcomisión Investigadora de la  
Denuncia Constitucional N°138





CONGRESO DE LA REPÚBLICA



2735

Lima, 06 de marzo de 2003

**OFICIO N° 036-03/LIN-CO**

Señor Doctor  
**JOSE ELICE NAVARRO**  
Oficial Mayor  
Congreso de la República  
Presente.-

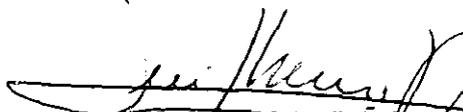
De mi consideración:

Por medio del presente, expreso a usted mi cordial saludo, y me permito comunicarle que debido a que me encontraré fuera del país desde el Viernes 8 hasta el Viernes 14 del presente, no me será posible sustentar la Denuncia Constitucional N° 138 programada para la Comisión Permanente del viernes 7.

Me permito adjuntar copia de mi oficio dirigido al Dr. Carlos Ferrero solicitando licencia sin goce de haber por esos días.

Agradeciéndole su gentil atención al presente, quedo

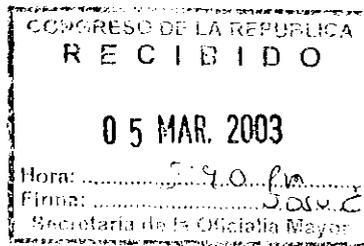
Muy atentamente,

  
**LUIS IBERICO NUÑEZ**  
Congresista de la República





CONGRESO DE LA REPÚBLICA



2786

Lima, 04 de marzo de 2003

**OFICIO N° 035-03/LIN-CO**

Señor Doctor  
**CARLOS FERRERO COSTA**  
Presidente  
Congreso de la República  
Presente. -

De mi consideración:

Por medio del presente, expreso a usted mi cordial saludo, y me permito informarle que estaré fuera del país desde el viernes 7 al viernes 14 de marzo del pte., por motivos estrictamente personales, por lo que agradeceré se sirvan considerarlo como **licencia sin goce de haber**.

Agradeciéndole su gentil atención al presente, quedo

Muy atentamente,

  
**LUIS IBERICO NÚÑEZ**  
Congresista de la República



**DENUNCIA      CONSTITUCIONAL**  
**No. 138**

**SEÑOR CARLOS FERRERO COSTA**  
**PRESIDENTE DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA**  
**Y DE LA COMISION PERMANENTE**  
**PRESENTE.-**

**JORGE CARRERA CALMELL**, Abogado del General ® César Saucedo Sánchez, en la Denuncia Constitucional presentada por la Fiscal de la Nación, a usted atentamente digo:

Que, mi patrocinado ha sido invitado para asistir a la Sesión que la Comisión Permanente del Congreso celebrará el día Viernes 7 de los corrientes a las 5.00 pm para debatir y votar el Informe de la Sub-Comisión Investigadora de la Denuncia Constitucional No. 138 presentada en su contra.

Conjuntamente con la invitación, se le ha hecho llegar el Informe Final, sin fecha, de la Sub-Comisión Investigadora de la Denuncia Constitucional No. 138, el mismo que se objeta por contener afirmaciones sin sustento alguno y errores que han sido cometidos en cuanto a la interpretación real de la documentación acompañada en el Peritaje de Parte presentado por mi patrocinado en el Escrito de fecha 17 de Septiembre del 2002 por el cual formula descargos y ofrece pruebas.

A continuación desarrollamos lo anteriormente expuesto:

**1.- DIFERENCIA ENTRE EL FLUJO DE INGRESOS Y EGRESOS Y EL PERITAJE DE PARTE.-**

JORGE CARRERA CALMELL  
ABOGADO  
C.A.L. 2121

Según aparece del Informe final, es preciso aclarar los ingresos y egresos consignados en el Flujo de Ingresos y Egresos presentado el 10 de Julio del 2001 ante la Dirección contra el Terrorismo de la Policía Nacional (pag. 11), que difiere de los ingresos y egresos declarados en el Peritaje de Parte practicado por el Perito Contable C.P.C., Orlando Vilca Morato.

Sobre el particular, debemos repetir lo mencionado en el Escrito de fecha 11 de Noviembre del 2002 cursado al señor Congresista, Luis Iberico Núñez, Presidente de la Sub-Comisión Investigadora, en la que se precisa que el Peritaje de Parte practicado por el Perito Contable C.P.C. Orlando Vilca Morato, ha sido realizado por los Ingresos y Egresos durante el período 1990/2000, mientras que el Flujo de Ingresos y Egresos, corresponde al período 1992/2000.

En ese mismo escrito, por encargo expreso de mi patrocinado, se hicieron muchas precisiones que no han sido tomadas en cuenta en el Informe de la Sub-Comisión Investigadora. ¿Por qué surge la diferencia, según el Informe Final de la Sub-Comisión, entre el Flujo y los Ingresos considerados en el Peritaje, de US\$66,788.22? Por la sencilla razón que en el estudio practicado por la Sub-Comisión no se han considerado los siguientes ingresos:

- Auxilio Cooperativo Militar de Retiro

Por fallecimiento de su esposa (Pag. 6  
del Informe, Anexo 7)

US\$ 1,526.07

- Indemnización por Cesación

(Pag. 9 del Informe, Anexo 15)

589.53

- Asignación de Viaje

(Pag. 8 del Informe, Anexo 13)

52.72

- Remuneración Compensatoria

JORGE CARRERA CALMELL  
ABOGADO  
C.A.L. 2121

(Pag. 18 del Informe, Anexo 16) 401.29

- Intereses del Depósito a Plazo Fijo  
en el Banco de Crédito Overseas Ltd.

(Pag. 11 del Informe, Anexo 20) y Anexo  
Adicional)

66.306.79

**TOTAL DE INGRESOS NO CONSIDERADOS US\$ 68,876.40**

**EN SU INFORME FINAL**

Con lo anteriormente expuesto, queda superada la observación en este extremo.

**2.- DOTACION DE COMBUSTIBLE AÑO 1990/2000**

En el Punto B) (Pag. 14) se cuestiona la dotación de combustible que mi patrocinado ha percibido en su condición de Oficial del Ejército desde el año 1990 al 2000, la misma que asciende a la suma de US\$71,738.30.

Es público y notorio que durante muchos años los miembros de los Institutos Armados recibían vales de gasolina, los mismos que vendían en el mercado.

Para regularizar esta situación, que era, como repito, público y notorio, a partir del año 2001 esta entrega se hace en efectivo y se abona a una cuenta de ahorros.

Pretender desconocer que los miembros de los Institutos Armados y Fuerzas Policiales percibían y vendían estos vales, y pretender que esta forma de recibir un salario constituye un negocio habitual, y que en consecuencia está sujeto a que se declare como ingresos en la renta de 5ta. Categoría para

que sea aceptado como tal, es cuestionar sin sustento un pago que le han realizado de manera legal.

Consideramos temeraria la aseveración de ingreso dudoso los US\$71,738.30 que mi patrocinado ha recibido desde el año 1990 al 2000 como dotación de combustible, por cuanto está poniendo en duda todas las entregas efectuadas a todos los miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales durante decenas de años por concepto de dotación de combustible y que, lejos de ser reparada, observada o cuestionada esta forma de pago, fue regularizada la forma por el Ejecutivo ordenando su pago en efectivo, a partir del año 2001.

### **3.- VENTA DE RELOJES, JOYAS, PINTURAS, CUBIERTOS DE PLATA Y OTROS USADOS:**

Se le observa a mi patrocinado el importe de US\$130,825.00 que está considerado como ingresos sustentados en la aparente compra-venta con simples recibos. ....".Y LOS CONTRATOS, APARENTEMENTE, HABRÍAN SIDO PARA SUSTENTAR INGRESOS INEXISTENTES"

Sobre el particular, debemos manifestar que las ventas son reales y se han realizado de manera esporádica, no existiendo en este caso la habitualidad que la Sub-Comisión pretende darle a las ventas realizadas al extremo de indicarse que se ha debido constituir un negocio.

### **4.- PRESTAMO DE HERMANO**

Las apreciaciones formuladas en este punto por la Sub-Comisión, totalmente subjetiva, no tienen asidero alguno y como lo indica la propia Sub-Comisión, si esta operación de préstamo debió generar un interés presunto a cargo del prestamista, ello no implica desconocer la operación en sí y, en todo caso si

hay alguna falta tributaria por parte del prestamista, no es prueba suficiente para desconocer el contrato de préstamo. Asimismo, debemos precisar que el contrato presentado no requirió de mayor formalidad por cuanto se trataba de una operación entre hermanos.

#### **5.- VENTA DE CAMIONETA.-**

Realmente llama la atención este punto del Informe Final de la Sub-Comisión. Es una muestra clara que no ha existido un análisis profundo de la documentación presentada en el Peritaje de Parte.

En efecto, conforme se ha acreditado con la documentación acompañada en el Peritaje de Parte que obra como Anexo 19), figura el contrato de compra-venta suscrito por mi patrocinado, César Saucedo Sánchez como vendedor y el señor Julio Iván Rejas Corrales como comprador, mediante el cual se vende la camioneta rural Toyota de Placa de Rodaje RGI-199 por la suma de US\$12,500.00, contrato fechado en Lima a los 30 días del mes de Marzo del año 2000 y no como equivocadamente se consigna en las conclusiones de la Sub-Comisión Investigadora, como que “el contrato no tiene fecha”.

El citado contrato de compra-venta fue expedido con todas las formalidades de Ley ya que cuenta con la legalización notarial de las firmas y asimismo existe el Comprobante de Caja por pago con Cheque emitido por NISSAN MAQUINARIAS S.A. a la orden de César Saucedo Sánchez por la suma de US\$12,500.00 pagados con el Cheque No. 00001882 del Banco de Crédito y por último también se acompañó copia de la Tarjeta de Propiedad expedida

JORGE CARRERA CALMELL  
ABOGADO  
C.A.L. 2121

por la Superintendencia Nacional de Registro Vehicular a nombre del comprador.

Se debe indicar que con la documentación presentada, se acreditaba de manera indubitable la legalidad de la transferencia vehicular y llama poderosamente la atención que se pretenda desconocer el importe de la venta , como un ingreso patrimonial de mi defendido alegando hechos falsos, como el indicar que el contrato no tiene fecha. También es falso el extremo que señala que “la Tarjeta de Propiedad está a nombre de Julio Rejas en el año 1993”, ya que de la simple apreciación de la copia de la Tarjeta de Propiedad que obra en autos (Anexo 19 del Peritaje), se puede observar claramente que el año de fabricación de la camioneta es 1993, pero la fecha de propiedad del señor Rejas es el 15 de Mayo del 2000.

#### **6.- GASTOS GENERALES US\$134,000.00**

El Informe Final de la Sub-Comisión observa los gastos personales por cuanto están contenidos en una Declaración Jurada sin acreditar documentadamente el detalle de consumos deomésticos, de los gastos de educación de hijos en colegios y universidades, gastos de consumo personal y de su familia, gastos de viaje de mi patrocinado y sus familiares y detalle de gastos personales por tarjeta de crédito.

Indudablemente que en este punto, por cuanto de los anteriores no se puede concluir que existe un desbalance patrimonial de mi patrocinado, el ingrediente político aparece en esta observación.

JORGE CARRERA CALMELL  
ABOGADO  
C.A.L. 2121

En efecto, no se puede solicitar al común de los ciudadanos que lleve documentación que en este momento exige la Sub-Comisión Investigadora. Cómo se puede pretender que tenga detalle de consumos domésticos, que sería el detalle de lo que gastó mi patrocinado en super mercados, farmacias, restaurantes, etc. En lo que respecta a la educación de sus hijos, ellos estudiaron en el Colegio Pedro Ruiz Gallo y el costo de la pensión mensual era de S/10.00 por cada uno de ellos.

Si se cuestionan los gastos del General Saucedo Sánchez, significa que su patrimonio se ha incrementado en US\$134,000.00. Sin embargo, esto no es así. Durante todos estos años, mi patrocinado ha tenido un gasto promedio de US\$1,000.00 mensuales incluyendo los años 1990 y 1991 que estuvo en el extranjero, por cuanto en el extranjero también tuvo que efectuar gastos personales, o es que en el extranjero uno deja de tener gastos personales?

#### **7.- POLIZA DE SEGURO DE VIDA**

A pesar de encontrarse acreditado de manera fehaciente que a raíz del fallecimiento de la señora Rossmari Lucila Linares de Saucedo, esposa de mi patrocinado, acontecido el 28 de Julio de 1995, se solicitó el pago de la Póliza de Seguro de Vida contratada en la Compañía National Western Life Insurance Company, Compañía que pagó el siniestro el 17 de Diciembre de 1997 mediante Cheque No. 729134 por la suma de US\$271,500.00. Es preciso aclarar en este extremo que el monto de la Póliza era de US\$200,000.00 pero por el reclamo efectuado por la demora en el pago, la Compañía de Seguros pagó además del capital asegurado la suma de US\$71,500.00, lo que hace un total de US\$271,500.00 que fueron

JORGE CARRERA CALMELL  
ABOGADO  
C.A.L. 2121

depositados el 15 de Enero de 1998 en el Banco de Crédito Overseas Limited -- Nassau- Bahamas.

Este depósito fue incrementado por el General Saucedo el 4 de Febrero de 1999 en la suma de US\$50,000.00 y posteriormente el 24 de Febrero del 2000 en la suma de US\$56,448.83. Tanto al capital inicial como al adicionado, se le abonaron los intereses hasta la fecha del retiro (9 de Octubre del 2000), lo que hizo un total de US\$444,255.62, suma que le pagó el Banco de Crédito a César Saucedo Sánchez el 16 de Noviembre del 2000 a través del Banco Atlantic Security Bank, Gran Caimán.

Acompañamos copia de la Póliza de Seguro emitida por la Compañía National Western Life Insurance Company, la misma que lleva el No. 0100817057, así como copia de los recibos de pago emitidos por la Compañía de Seguros con fecha 28 de Noviembre de 1994 y 15 de Enero de 1995, así como un resumen del movimiento bancario con relación a este pago y sus incrementos posteriores.

Llama poderosamente la atención que la Sub-Comisión Investigadora haya emitido un Informe Final, por cuanto de la lectura del mismo se desprende que tienen duda sobre la documentación presentada por parte del General Saucedo y en la página 13 transcribimos esta inquietud “surge una diferencia entre el Flujo y los Ingresos considerados en el Peritaje de US\$66,788.22 pensamos que los ingresos considerando los mismos conceptos, deberían ser iguales por lo que sería conveniente que se aclare”.

JORGE CARREPA CALMELL  
ABOGADO  
C.A.L. 2121

“La Declaración Jurada de Renta del año 1997 por el prestamista, sería importante para verificar dichos fondos y corroborar lo afirmado en un simple papel” (Pag. 15 del Informe Final).

“No existe la factura o documento formal de venta”(Pag. 16)

“Se considera importante esta aclaración para observar el origen de los depósitos posteriores y la evaluación de los depósitos que demuestren el cálculo de los intereses” (Pag. 17 del Informe Final)

Como se puede apreciar de lo anteriormente expuesto, la Sub-Comisión Investigadora no puede llegar a la conclusión de que “técnicamente no existe documentación fehaciente que demuestre la improcedencia de los reparos observados, tampoco los habría desvirtuado el General Saucedo en la exposición de sus descargos o declaraciones.”.

Cómo puede la Sub-Comisión Investigadora llegar a la conclusión si mi patrocinado ha tomado conocimiento de los reparos observados, al momento en que ha sido notificado para concurrir a la presente invitación. Es más, al carecer de fundamentos que acrediten un desbalance patrimonial, la Sub-Comisión únicamente ha realizado “reparos” y solicitado aclaraciones y documentos para, finalmente, de manera vaga e imprecisa, señalar en incondicional “existiría un desbalance patrimonial no justificado”; lo cual evidentemente no puede servir de sustento para formular una denuncia tan grave, como la de enriquecimiento ilícito. Se dice en la misma conclusión que tampoco los habría desvirtuado el General Saucedo en la exposición de

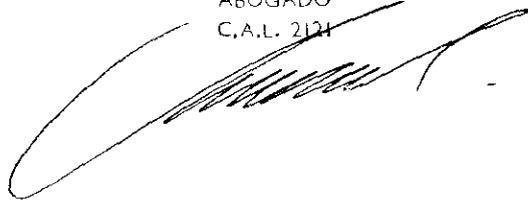
sus descargos o declaraciones, si no ha existido citación alguna para que mi patrocinado efectúe los descargos a los reparos.

Es preciso señalar que el Informe Final de la Sub-Comisión Investigadora no tiene fecha.

Por lo expuesto, solicitamos a usted, Señor Presidente de la Comisión Permanente del Congreso, se sirva merituar lo expuesto en el presente escrito y archivar por inconsistente el Informe Final de la Sub-Comisión Investigadora de la Denuncia Constitucional No. 138 y, por los claros fundamentos fácticos y jurídicos contenidos en los escritos de descargo y pruebas ofrecidas y actuadas, se declare la inocencia de mi patrocinado, General ® César Saucedo Sánchez.

**Lima, 7 de Marzo del 2003.**

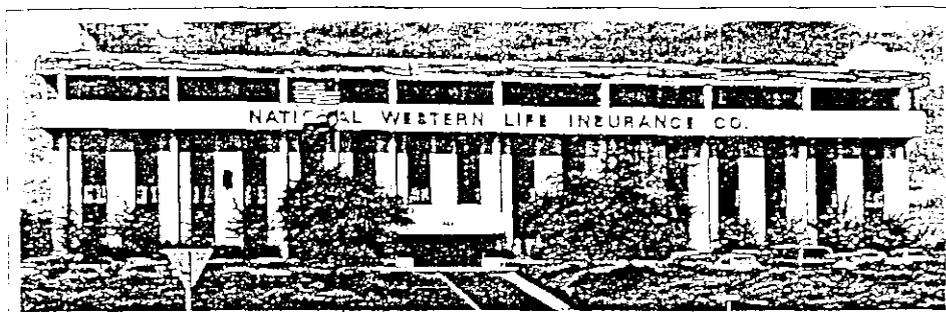
JORGE CARRERA CALMELL  
ABOGADO  
C.A.L. 2121



## Póliza de Seguro de Vida en el Exterior

- 27.10.1994 Rossmari Lucila Linares de Saucedo se asegura en la Cia. NATIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY.
  - Poliza de Seguro N° 0100817057  
Beneficio por Seguro de Vida US\$ 100.000,= y adicionalmente US\$ 100.000,= en caso de muerte accidental. Total US\$ 200.000,=.
  - El 28.07.1995 fallece la asegurada y la compañía entrega US\$ 271.500,= el 17.12.1997 mediante cheque N° 729134; monto de la póliza US\$ 200.000,= más intereses por la demora ante reclamo del pago de Siniestro US\$ 71.500,= total US\$ 271.500,=.
  - Este dinero lo depositó a plazo en el Banco de Crédito Overseas Limited - Nassau Bahamas a partir del 15.01.98.

## SU PÓLIZA DE NATIONAL WESTERN LIFE



Bienvenido a la familia de asegurados de National Western Life. Los empleados, gerentes y la fuerza productora de National Western Life han estado trabajando por cerca de 40 años para proveer con seguros de vida y anualidades a nuestros asegurados.

National Western Life ofrece una carrera completa de productos de seguros de vida en 43 estados de los Estados Unidos y en numerosos países extranjeros. Nuestras estrategias de inversiones conservadoras fueron diseñadas con su seguridad en mente.

Le adjuntamos su póliza de National Western Life. Si tiene alguna pregunta acerca de dicha póliza o de nuestra compañía, por favor comuníquese con su agente o directamente con National Western Life a: 850 East Anderson Lane • Austin, Texas 78752-1602.

Ross Moody, Presidente

# NATIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY

Una Compañía por Acciones  
Oficina Ejecutiva, Austin, Texas  
Oficina Principal, Denver, Colorado

ASEGURADO	ROSMAPI LINARES DE SAUCEDO	010087087	NUMERO DE LA POLIZA
FECHA DE LA POLIZA	OCTUBRE 27, 1994	48	EDAD A LA FECHA DE EMISION
DUENO	EL ASEGURADO		

MONTO DE POLIZA - \$100,000.00 OCTUBRE 27, 2043 FECHA DE EXPIRACION

LA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA NATIONAL WESTERN se denomina "Nosotros". Nosotros pagaremos el beneficio por muerte al beneficiario cuando recibamos prueba fehaciente del fallecimiento del Asegurado, mientras esta póliza esté en vigor, sujeto a los términos y estipulaciones de la misma.

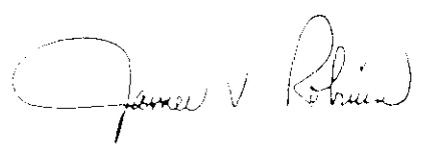
### EL CONTRATO

En consideración a la solicitud y al pago de la prima como es requerido, se emite este contrato. La póliza y la solicitud forman el contrato. Una copia de la solicitud se adjunta. Las declaraciones en la solicitud son representaciones y no evidencias ciertas. Ninguna declaración sera usada por Nosotros para defender una reclamación o para anular esta póliza, a no ser que se especifique en la solicitud firmada. Solamente los funcionarios ejecutivos de esta compañía pueden cambiar esta póliza o renunciar al ejercicio de un derecho o la exigencia de un requisito. Ningún agente tiene autoridad para hacer esto. Dicho cambio o renuncia tiene que ser por escrito.

Nosotros firmamos este contrato en nuestra oficina en Austin, Texas en la Fecha de la Póliza.

### DERECHO DE CANCELAR

Usted puede cancelar esta póliza, ya sea entregando personalmente o enviando por correo un aviso por escrito o un telegrama notificándonos al efecto, a Austin, Texas 78752-1902, o al agente a través de quien usted la compró. Usted tiene que devolvernos la póliza, ya sea a Nosotros o al agente a quien se la compró, antes de la medianoche del décimo día después de la fecha en que usted la recibió. Nosotros tenemos que reembolsar todas las primas pagadas por esta póliza dentro de los diez días después de recibir el aviso de cancelación y la póliza.



Secretario



Presidente

### LEA SU POLIZA CUIDADOSAMENTE

POLIZA DE SEGURO DE VIDA CON PRIMA FLEXIBLE AJUSTABLE. BENEFICIO DE MUERTE FLEXIBLE. VALOR DE RESCATE PAGADERO EN LA FECHA DE VENCIMIENTO. BENEFICIO POR MUERTE PAGADERO AL FALLECIMIENTO QUE OCURRA ANTES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO. PRIMAS FLEXIBLES PAGADERAS DURANTE LA VIDA DEL ASEGURADO HASTA LA FECHA DE VENCIMIENTO. SIN DIVIDENDOS.

Esta póliza es un contrato legal entre usted y Nosotros.

### RESUMEN DE LA POLIZA

Este contrato de seguro de vida ajustable y con prima flexible provee seguro de vida mientras la póliza este en vigor, pero nunca después de la edad de 95 años. El monto de la cobertura del seguro de vida es ajustable según lo estipulado en este contrato. El mismo puede ser aumentado o reducido a opción del Asegurado. (Cualquier aumento en la cobertura está sujeto a evidencia de asegurabilidad). El Saldo de la Cuenta se acumula como resultado del pago de las primas, las cuales pueden ser pagadas en varias ocasiones y en varias cantidades. (Ver PRIMAS para detalles). Cada mes, el interés se acredita al Saldo de la Cuenta. También son deducibles del Saldo de la Cuenta los cargos mensuales por la protección del seguro, gastos y cualquier otro cargo por suplementos adjuntos. El valor de rescate (Ver VALOR DE RESCATE para detalles) está disponible para el rescate completo, rescate parcial y préstamos contra la póliza.

Esta es solo una descripción breve. El seguro se describe totalmente en las distintas provisiones de la póliza

### CONTENIDO

	Página		Página
Saldo de la Cuenta	7	Especificaciones de la Póliza	3
Beneficiario	6	Fecha de la Póliza	3
Beneficio por Muerte	6	Fecha Efectiva	6
Bonificación Especial	7	Indisputabilidad	10
Cambio de Plan	10	Limitaciones	13
Cambios en el Beneficio por Muerte	6	Opciones de Liquidación	11, 12
Cargo por Aumento del Monto de la Cobertura	7, 14	Periodo de Gracia	8
Cargo por Rescate	8	Préstamos sobre la Póliza	3 e
Cesión	10	Primas	6
Clase de Prima	3	Rehabilitación	10
Continuación del Seguro	9	Reporte Anual	8
Costo del Seguro	8	Rescate	9
Crédito por Persistencia	7	Rescate Parcial	10
Declaración Errónea de Edad o Sexo	10	Suicidio	8
Deducción Mensual	7	Tasa de Interés	6
Dueño	8	Terminación	3
		Valor de Rescate	3
		Vencimiento	5

### DEFINICIONES

**ANIVERSARIO DE LA POLIZA** significa el mes y día según aparece en la página 3 en la fecha de la póliza para cada año después de la emisión.

**ANIVERSARIO MENSUAL** significa el día según aparece en la página 3 en la fecha de la póliza para cada mes después de la emisión.

**FECHA DE VENCIMIENTO** significa el día, mes y año según aparece en la página 3.

**PRIMA NETA** significa la cantidad remanente de cada prima después de que hayamos descontado el porcentaje del cargo sobre la prima.

El porcentaje máximo garantizado del cargo sobre la prima esta mostrado en la página 3.

ESPECIFICACIONES DE LA POLIZA

ASEGURADO ROSMARI L. LINARES DE SAUCEDO  
 NUMERO DE LA POLIZA 0100817057  
 EDAD EN LA FECHA DE EMISION 46  
 FECHA DE LA POLIZA OCTUBRE 27, 1994  
 FECHA DE EXPIRACION OCTUBRE 27, 2043  
 MONTO DE POLIZA \$100,000.00  
 DUEÑO EL ASEGURADO  
 BENEFICIARIO SEGUN HA SIDO DESIGNADO EN LA SOLICITUD PARA LA POLIZA, A MENOS QUE SE CAMBIASE SEGUN SE ESTIPULA EN ESTA POLIZA

ESCALA DE PRIMAS	ANUAL	SEMESTRAL	TRIMESTRAL	MENSUAL	MENSUAL ESPECIAL
PLANEADA		\$778.00			

CLASIFICACION DE PRIMA STANDARD  
 FORMA DE PAGO DE PRIMAS SEMESTRAL  
 LA PRIMA TOTAL INCLUYE EL COSTO POR BENEFICIOS ADICIONALES

FORMULARIO	DESCRIPCION DE LOS BENEFICIOS	CANTIDAD DE LOS BENEFICIOS	ANOS A SER PAGADOS	PRIMAS CANTIDAD ANUAL
202710 108/94	BENEFICIO FLEXIBLE DE VIDA - INICIAL CARGO MAXIMO GARANTIZADO MENSUAL POR GASTOS - 56.00 PORCENTAJE MAXIMO DEL CARGO POR PRIMAS - 5.0% DE CADA PRIMA PAGADA CANTIDAD DEL BENEFICIO POR MUERTE - 1 PRIMA MINIMAL MENSUAL - \$ 123.90 INTERES SOBRE DE PRESTAMOS DE POLIZA - 9.00% EL CREDITO POR PRIMAS DE ESTA POLIZA ES DE \$ 7,225.00 LA CANTIDAD MINIMA DE COBERTURA PARA ESTA POLIZA ES \$75,000 PORCENTAJE PARA EL BONO ESPECIAL - 5.00% CANTIDAD BASICA PARA EL BONO ESPECIAL - \$ 1,487	\$100,000.00		FLEXIBLE
304816	MUERTE ACCIDENTAL	100,000.00	VER SUPLEMENTO	VER SUPLEMENTO
300916	SUPLEMENTO DE BENEFICIO EN VIDA		VER SUPLEMENTO	VER SUPLEMENTO

NOTA: LA FECHA DE EXPIRACION ES ELEGIDA POR EL DUEÑO, ES POSIBLE QUE LA COBERTURA CESA ANTES DE LA FECHA DE EXPIRACION MENCIONADA CUANDO LAS PRIMAS NO SON PAGADAS DESPUES DEL PAGO DE LA PRIMA INICIAL O CUANDO LAS PRIMAS POSTERIORES NO SON SUFICIENTES PARA CONTINUAR LA COBERTURA HASTA TAL FECHA. SI LA COBERTURA CONTINUA HASTA LA FECHA DE EXPIRACION, EXISTIRA O NO UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE VALORES ACUMULADOS PAGADEROS SI LOS VALORES ACTUALES CAMBIASEN, ESTO TAMBIEN AFECTARIA LA COBERTURA

FORMULARIOS ADICIONALES ENVIAR (VER TABLA)

COSTO MENSUAL GARANTIZADO DEL SEGURO

PARA FORMA 01-2027

END DE TARIFA PAR CADA POLIZA \$1000.00

1	34417
2	36750
3	39250
4	42083
5	45250
6	48567
7	52583
8	57000
9	61500
10	66250
11	71083
12	75750
13	80500
14	85833
15	92083
16	99633
17	106417
18	121167
19	134417
20	148750
21	163567
22	178867
23	194417
24	2111750
25	232333
26	257333
27	287917
28	324567
29	367000
30	414250
31	465500
32	520416
33	579916
34	643333
35	712916
36	787416
37	867188
38	951916
39	1042500
40	1139416
41	1243968
42	13573916
43	14741499
44	15915916
45	17029332
46	1806562
47	19135082
48	2004632
49	21152915

BASE EN LAS TARIFAS DEL COSTO MENSUAL GARANTIZADO DEL SEGURO Y VALORES DE RESCATE MINIMOS PER. 1980 C.S.D. (C.D. ORDINARY NS MORTALITY, A U.S.

SURRENDER CHARGES

YEAR	CHARGE
1	3,644.15
2	3,553.26
3	3,482.35
4	3,401.45
5	3,320.55
6	3,239.65
7	3,158.75
8	3,077.85
9	2,996.95
10	2,915.32
11	2,832.26
12	1,749.19
13	1,166.13
14	583.08
15 & THEREAFTER	.00

NATIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY

SUPLEMENTO DEL BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL

BENEFICIO

Nosotros pagaremos el beneficio por muerte accidental al beneficiario cuando recibamos debida prueba que el Asegurado falleció como consecuencia de una lesión corporal accidental ocurrida mientras este beneficio estaba en vigor, siempre y cuando el Asegurado muera dentro de los 90 días después del accidente. A no ser que se haya provisto de otra manera por un endoso a esta póliza, la cantidad del beneficio por muerte accidental está mostrada en la página 3.

EXCEPCIONES

Este beneficio no será pagado si la muerte resulta directa o indirectamente por razón de:

1. suicidio, ya sea cometido en estado de demencia o estando sano mentalmente;
2. sofocación, estrangulación, asfixia, envenenamiento o inhalación de gas o humos, sea voluntaria o involuntariamente;
3. herida física infligida o producida intencionalmente por otra persona;
4. la comisión de un crimen o asalto por o contra el asegurado;
5. guerra o cualquier acto incidental a la misma, sea o no declarada la guerra;
6. participación o acción en algún motin o insurrección;
7. servicio en las fuerzas militares, policíacas, navales o aéreas de cualquier país, combinación de países o organización internacional;
8. operando, viajando en, descendiendo o cayendo de o con cualquier clase de aeronave, excepto en calidad de pasajero, sin deberes de ninguna clase, en alguna nave aérea civil volada por un piloto con licencia;
9. indisposición corporal o mental, o enfermedad o tratamiento médico o quirúrgico de la misma;
10. infección bacterial, excepto las que resulten por una herida externa accidental;
11. cualquier actividad de naturaleza criminal o ilegal o por la asociación con personas involucradas en actividades de este tipo;
12. participación en cualquier actividad ilegal con productos químicos, drogas o sustancias, o cuando los mismos estén controlados.

TERMINACION DEL SUPLEMENTO

Este suplemento terminará:

1. En el aniversario de la póliza cuando el Asegurado cumpla 65 años de edad.

2. Cuando usted nos escriba enviando también su póliza para ser endosada y solicitando que nosotros cancelemos este suplemento; o
3. Cuando esta póliza termine o se venza.

FECHA EFECTIVA

A no ser que esté provisto de otra manera por un endoso a esta póliza, la fecha efectiva de este suplemento será la fecha efectiva de la póliza.

COSTO DEL SUPLEMENTO

Nosotros proveemos cobertura bajo este suplemento a cambio del pago por el costo del suplemento. El costo del suplemento será incluido en las deducciones mensuales, mientras este suplemento esté en vigor. El costo mensual del suplemento es:

1. La cantidad del beneficio por muerte accidental al principio del mes de la póliza, multiplicada por
2. el costo mensual del suplemento a la edad alcanzada por el Asegurado.

El costo mensual del suplemento por cada \$1,000 del beneficio está mostrado en la tabla siguiente:

Edad Alcanzada	Costo Mensual	Edad Alcanzada	Costo Mensual	Edad Alcanzada	Costo Mensual
0-41	\$ .0800	49	\$ 1.000	57	\$ 1.200
42	.0925	50	1.025	58	1.225
43	.0950	51	1.050	59	1.250
44	.0675	52	1.075	60	1.300
45	.0900	53	1.100	61	1.350
46	.0925	54	1.125	62	1.400
47	.0950	55	1.150	63	1.500
48	.0975	56	1.175	64	1.600

Si nosotros incluyéramos el costo del suplemento en las deducciones mensuales una vez que el suplemento termina, nuestra única responsabilidad será la devolución de las cantidades deducidas, más el interés que dichas cantidades hubieran devengado en la póliza.

DISPUTABILIDAD

Nosotros podremos disputar los beneficios bajo este suplemento en cualquier momento.



Presidente

19  
2875

NATIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY  
SUPLEMENTO DE BENEFICIO EN VIDA

**Consideración:** Este Suplemento se adjunta y forma parte de esta póliza. A no ser que este Suplemento las cambie, todas las provisiones, exclusiones y limitaciones de esta póliza, serán las mismas y se aplicarán a este Suplemento. La prima para este Suplemento, si la hubiese, está incluida en la prima para la póliza.

**Asegurado del Beneficio en Vida:** Es la persona nombrada como el asegurado en la página de Especificaciones de esta Póliza. En el caso de una póliza mancomunada, el primer asegurado que someta una reclamación y que satisfaga los requisitos para este beneficio, será el Asegurado del Beneficio en Vida y el otro asegurado mancomunado no tendrá derecho a este beneficio. Cualquier otra persona que esté asegurada bajo esta póliza, además del asegurado o el asegurado mancomunado, tendrá derecho a este beneficio.

**Beneficio Elegible por Muerte:** Este es el beneficio por muerte para el Asegurado del Beneficio en Vida menos cualquier préstamo sobre la póliza que no haya sido satisfecho, o cualquier reclamo válido sobre esta póliza.

**Beneficio en Vida:** Un pago al dueño de la póliza, antes de la muerte del Asegurado del Beneficio en Vida, podrá hacerse si todos los requisitos se han cumplido. Este pago no podrá ser mayor del 25% del Beneficio Elegible por Muerte o una cantidad máxima en U.S. dólares, como se describe a continuación, menos el cargo por interés cuyo porcentaje no podrá ser mayor de (a) el interés anual vigente de un Bono de 90 días de la Tesorería de los Estados Unidos o (b) la tasa de interés actual máxima estatutoria ajustable para préstamo de pólizas tal como haya sido asignada por el estado en el cual la compañía este domiciliada, menos un cargo por procesar el reclamo. El cargo por procesar el reclamo será una cantidad no mayor que US\$800 aumentados a partir de la fecha efectiva de este suplemento con una tasa de interés del 5% compuesto anualmente hasta la fecha del reclamo del Beneficio en Vida. El cargo exacto por interés y la cuota para el procesamiento para el reclamo, serán establecidos periódicamente por la Junta Directiva de la Compañía.

**Pago Máximo en Dólares:** Durante los primeros doce meses a partir de la fecha efectiva de este Suplemento, el pago máximo será de US\$50,000. Si este Suplemento ha estado en vigor por un período mayor de 12 meses pero menor de 24 meses, el pago máximo será de US\$100,000. Si el Suplemento ha estado en vigor por un período mayor de 24 meses, el pago máximo será de US\$150,000. Esta sección establece el valor máximo en dólares. El 25% máximo sigue siendo aplicable.

**Requerimientos:** El pago del Beneficio en Vida únicamente se hará si los siguientes requisitos se han cumplido: 1) El Asegurado del Beneficio en Vida deberá haber sido diagnosticado con razonable certeza médica por lo menos por dos doctores médicos titulados independientes, con respecto al Asegurado nombrado en esta póliza y entre ellos y uno por lo menos uno de ellos sea un especialista en ese campo de la medicina y ambos médicos sean aceptables para Nosotros; de padecer de una enfermedad terminal que resultará en su muerte dentro de un período de 12 meses desde la fecha de la solicitud del Beneficio en Vida; 2) Prueba para elegibilidad del Beneficio en Vida como se especifica en esta sección, deberá enviarse por escrito a la compañía; 3) El costo para obtener los reportes médicos deberá ser pagado por el dueño de la póliza y los reportes médicos originales deberán ser recibidos por la compañía para su inspección con suficiente anticipación antes de que se procese el pago del Beneficio en Vida. El pago de cualquier reclamo bajo este Suplemento durante el período de disputabilidad de esta póliza, que se determine, únicamente se hará al vencimiento del período de disputabilidad.

**Primas para la Póliza:** El pago del Beneficio en Vida no afectará el pago de primas futuras ni las obligaciones pendientes bajo esta póliza. Los gastos asociados con esta póliza que estén relacionados con el beneficio por muerte y el saldo de la cuenta, serán determinados basados en las cantidades a las que se les ha descontado el pago del Beneficio en Vida que se haya realizado (Vea El Efecto en los Valores de la Póliza).

**Otras Vidas Aseguradas:** Si existiera más de una vida asegurada bajo esta póliza, cada asegurado puede ser elegible para el Beneficio en Vida (excepto como se limita en la sección "Asegurado del Beneficio en Vida"), pero los requisitos señalados en este Suplemento deberán ser satisfactoriamente cumplidos individualmente por cada reclamante.

**El Efecto en los Valores de la Póliza:** El pago del Beneficio en Vida reducirá los valores de la póliza proporcionalmente. El beneficio por muerte y el saldo de la cuenta, si los hubiesen, se verán disminuidos en un 25%, o si la cantidad actualmente pagada es menor que el 25% del beneficio por muerte debido a la restricción máxima de pago en dólares, entonces serán reducidos en proporción al Beneficio en Vida que haya sido pagado y el beneficio por muerte antes de la deducción. Todas las demás provisiones y valores de la póliza permanecerán sin cambio.

**Terminación:** Este Suplemento terminará cuando la póliza a la cual se adjunta no esté más en vigor.

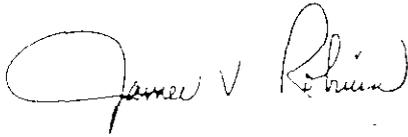


Presidente

NATIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY  
AUSTIN, TEXAS

CLAUSULA SOBRE LA MONEDA - DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS

Dondequiera que aparezca en esta póliza la palabra "dólar" o el símbolo del mismo, deberá interpretarse como referencia a la moneda de curso legal de los Estados Unidos de America, que es la moneda en la cual esta poliza ha sido emitida. A pesar de cualquier manifestación en la póliza en sentido contrario, todas las cantidades a pagar o a recibir bajo la misma serán pagadas en las Oficinas Ejecutivas de la Compañía en Austin, Texas.



Secretario



Presidente

**EL DUEÑO**

El dueño está designado en la página 3. El dueño es denominado "usted". Usted tiene todos los derechos bajo esta póliza durante la vida del Asegurado. Si usted muere antes que el Asegurado, su patrimonio hereditario se convierte en el dueño de la póliza, a no ser que usted lo haya provisto de otra manera.

Usted puede designar un dueño contingente o un nuevo dueño en cualquier momento durante la vida del Asegurado. Una vez que el cambio haya sido registrado en nuestra oficina en Austin, Texas, el mismo será efectivo a partir de la fecha en que usted lo solicitó. Esto no será aplicable a cualquier pago hecho o acción tomada por nosotros con anterioridad a su registro.

**EL BENEFICIARIO**

El beneficiario recibirá el beneficio por muerte de la póliza cuando el Asegurado muera. Si hubieran dos más beneficiarios vivos, ellos recibirán cantidades iguales, a no ser que usted lo haya provisto de otra manera. Si no hubiera un beneficiario vivo cuando el Asegurado muera, nosotros lo consideraremos a usted el beneficiario. Si el dueño no está vivo, nosotros consideraremos al patrimonio hereditario del dueño como beneficiario.

El beneficiario o beneficiarios y cualquier beneficiario contingente están señalados en la solicitud. Un beneficiario contingente se convierte en beneficiario si el beneficiario muere antes que el Asegurado.

Usted puede nombrar o cambiar beneficiarios o beneficiarios contingentes en cualquier momento durante la vida del Asegurado. Una vez que el cambio haya sido registrado en nuestra oficina en Austin, Texas, el mismo será efectivo a partir de la fecha en que usted lo solicitó. Esto no será aplicable a cualquier pago hecho o acción tomada por nosotros con anterioridad a su registro.

**FECHA EFECTIVA DE LA COBERTURA**

La fecha efectiva de la cobertura bajo esta póliza será como sigue:

1. La fecha efectiva para toda la cobertura en esta solicitud, será determinada de acuerdo a las provisiones de la solicitud.
2. Para aumentar, disminuir o añadir cobertura, la fecha efectiva será determinada de acuerdo a las provisiones de la solicitud y de la Solicitud de Enmienda.
3. Para cualquier seguro que ha sido rehabilitado, la fecha efectiva será determinada de acuerdo a las provisiones de la Solicitud de Rehabilitación.

**TERMINACION DEL SEGURO**

Esta póliza terminará cuando ocurra lo primero de:

1. La fecha en que nosotros recibamos de usted una solicitud escrita para el rescate de la póliza.
2. El Aniversario de la póliza después del 95avo cumpleaños del Asegurado.
3. La Fecha de Vencimiento de esta póliza.
4. La fecha en que el período de gracia termine sin que se pague la prima para cubrir la deducción mensual.
5. La fecha de la muerte del Asegurado.

**VALOR AL VENCIMIENTO**

Nosotros le pagaremos a usted en la Fecha de Vencimiento el valor correspondiente. El valor al vencimiento será igual al valor de rescate en la Fecha de Vencimiento.

**BENEFICIO POR MUERTE**

El beneficio por muerte será la cantidad en dólares pagadera al beneficiario después que recibamos prueba satisfactoria de la muerte del Asegurado. El beneficio por muerte está sujeto a los ajustes provistos bajo las provisiones de Declaración Errónea de Edad o Sexo, Indisputabilidad, Suicidio y Préstamos Sobre la Póliza.

Usted puede seleccionar entre dos opciones de beneficio por muerte.

**Opción 1**

El monto del beneficio por muerte será igual al mayor de:

1. El Monto Asegurado menos cualquier préstamo e interés sobre el préstamo no pagado en la fecha del fallecimiento.
2. El Balance de la Cuenta, más 10% del Monto Asegurado, menos cualquier préstamo e interés sobre el préstamo no pagado en la fecha del fallecimiento.

**Opción 2**

El Monto del Beneficio por muerte será igual al Capital Asegurado, más el balance en la cuenta, menos cualquier préstamo e interés sobre el préstamo no pagado en la fecha del fallecimiento.

La opción aplicable en la fecha de emisión es la establecida en la página 3.

**CAMBIOS EN EL BENEFICIO POR MUERTE**

El beneficio por muerte puede ser aumentado o reducido en cualquier momento después del cuarto Aniversario de la Póliza mediante petición escrita a

efecto por usted. El cambio del Capital Asegurado esta sujeto a:

**Reducción del Monto del Seguro**

1. Cualquier reducción será efectiva en el día del Aniversario Mensual que coincida con o que sea más cercano a la fecha en que recibamos dicha solicitud. Cualquier reducción disminuirá el monto del seguro de la siguiente manera:
  - A. Contra el Capital Asegurado provisto por el aumento más reciente;
  - b. Contra los próximos aumentos más recientes sucesivamente; y
  - c. Contra el Capital Asegurado Inicial.
2. El Capital Asegurado en vigor en cualquier momento bajo esta póliza, no puede ser menor que la cantidad mínima de cobertura mostrado en la página 3.

**Aumento en el Capital Asegurado**

Cualquier petición para un aumento debe ser solicitada en solicitud por separado. La misma estará sujeta a evidencia de asegurabilidad satisfactoria para nosotros. El aumento tiene que ser por un mínimo de \$10,000. Cualquier aumento aprobado será efectivo en la fecha del Aniversario Mensual mostrada en el Endoso de Cambio en el Capital Asegurado. El mismo está sujeto a ser acreditado por la deducción. Solamente será permitido un aumento durante cualquier período de doce meses.

**Cambios en la Opción del Beneficio por Muerte**

Cambios en la opción del beneficio por muerte pueden ser hechos por escrito después del cuarto aniversario de la póliza. Nosotros nos reservamos el derecho de requerir evidencia de asegurabilidad para estos cambios.

La fecha efectiva del cambio será el día siguiente del Aniversario Mensual, después que recibamos la solicitud para dicho cambio. Solamente será permitido un cambio durante cualquier período de doce meses.

**BALANCE DE LA CUENTA**

El balance de la cuenta en la fecha de la póliza será la prima neta.

El balance de la cuenta en cada día del Aniversario Mensual es igual a:

1. El balance de la cuenta en el día del Aniversario Mensual precedente, multiplicado por uno, más la tasa de interés mensual, más:
2. Cualquier prima neta recibida desde el día del Aniversario Mensual precedente con interés a la tasa actual, a partir de la fecha en que nosotros la recibimos hasta el día del Aniversario Mensual, menos:

3. La deducción mensual por el mes de póliza previo, multiplicado por uno, más la tasa de interés mensual actual.

En cualquier día que no sea un día de Aniversario Mensual, el Balance de la Cuenta es igual a:

1. El Balance de la Cuenta en el último día del Aniversario Mensual, más:
2. Cualquier prima neta recibida desde el último día del Aniversario Mensual, menos:
3. La deducción mensual por el mes de póliza actual.

**CREDITO POR PERSISTENCIA**

Al final de los años 16 a 20 de la póliza, se acreditará al Saldo de la Cuenta el 1% de la cantidad equivalente al crédito por primas mostradas en la página 3, menos la cantidad total de los rescates parciales que se hayan hecho. El Crédito por Persistencia nunca será menor que cero.

**BONIFICACION ESPECIAL**

Al final de los años póliza 6 al 16, un porcentaje del Porcentaje de Bonificación Especial mostrado en la página 3) de la cantidad de la Prima de Bonificación (indicada en la página 3) menos la cantidad total de rescates parciales tomados, será acreditado al Saldo de la Cuenta si el contrato califica. Este contrato califica para la Bonificación Especial si, al final de cada año póliza antes de e incluyendo cualquier año póliza en el cual ha de acreditarse una Bonificación Especial, el total de las primas pagadas acumuladas, menos cualquier rescate parcial, es igual a o mayor que la Cantidad Básica para la Bonificación Especial mostrada en la página 3, por el número de años transcurridos desde la Fecha de la Póliza. La calificación de este contrato se verificará al final de cada año póliza. Si el contrato deja de calificar en cualquier momento, quedará descalificado para recibir la Bonificación Especial de aquí en adelante.

**DEDUCCION MENSUAL**

La deducción mensual por un mes de póliza es igual a (1) más el (2), más el (3), siempre y cuando:

- (1) Es el costo mensual del seguro y el costo de cualquier beneficio adicional provisto por un suplemento en cada mes de la póliza.
- (2) Es el cargo por gastos mensuales. El cargo por gastos mensuales no puede ser mayor que el máximo garantizado mostrado en la página 3.
- (3) Es el cargo por aumento en el Capital Asegurado. El mismo es igual a la cantidad del aumento, multiplicado por el cargo de concepto por cada \$1,000, según se define en el Endoso para Cambio en el Capital Asegurado. El cargo es hecho en el mes de la póliza en el cual el aumento es efectivo.

**COSTO MENSUAL DEL SEGURO**

El costo mensual del seguro es igual al (1), menos el (2) y entonces multiplicando este resultado por el (3), siempre y cuando:

- (1) Es el beneficio por muerte al principio del mes, dividido por 1.0332737.
- (2) Es el Balance de la Cuenta al principio del mes.
- (3) Es el costo de la tarifa mensual del seguro por cada \$1.000.

**COSTO DE LA TARIFA DEL SEGURO**

El costo mensual de la tarifa del seguro está basado en el sexo del Asegurado, clase de prima en la Fecha de la Póliza y la edad alcanzada en el último Aniversario de la Póliza. El costo mensual garantizado de las tarifas de seguro están mostradas en la Tabla de la página 4. El costo mensual de la tarifa será determinado por la Compañía basado en nuestra expectativa de mortalidad futura. Sin embargo, el costo mensual de la tarifa de seguro no será mayor que aquellos mostrados en la Tabla de la página 4. Si se hiciera algún cambio en las tarifas actuales, el cambio será aplicable a todos los individuos en la misma clase de tarifa que el Asegurado.

**TASA DE INTERES**

Está garantizado que la tasa de interés utilizada en el cálculo para el Valor de Rescate sea por lo menos .32737 por ciento mensual, compuesto mensualmente. Esto es lo mismo que 4%, compuesto anualmente. Una tasa de interés más alta puede ser utilizada en el cálculo para el Balance de la Cuenta, a un nivel y de una manera que Nosotros determinemos, basado en nuestras expectativas en cuanto a tasas de intereses futuras. La tasa de interés mayor no se aplicará a la porción, si la hubiese, del Saldo de la Cuenta que sea igual a cualquier préstamo e interés por préstamos.

**BASE PARA LOS CALCULOS**

Los Valores de Rescate Mínimos están basados en la Tabla de Montañas mostrada en la página 4 con un interés del 4% anual, compuesto anualmente.

**RESCATE**

Esta póliza puede ser rescatada en cualquier día de Aniversario Mensual, durante la vida del Asegurado y con anterioridad a la Fecha de Vencimiento, mediante petición escrita a nosotros por usted. La cantidad pagadera al rescate es el valor de rescate. El valor de Rescate será pagado en efectivo, o bajo una de las opciones de liquidación seleccionada por usted.

**VALOR DE RESCATE**

El valor de rescate es igual a:

1. El Balance de la Cuenta en la fecha del rescate, menos:
2. Cualquier préstamo sobre la póliza e interés co-

bre el préstamo, menos:

**3. El Cargo por el Rescate.**

Si el rescate se hace dentro de los 30 días después de un Aniversario de Póliza, el Valor de Rescate no será menor que el Valor de Rescate en dicho Aniversario de la Póliza, menos cualquier préstamo sobre la póliza hechos en o después de dicho Aniversario de la Póliza.

**CARGO POR EL RESCATE**

El Cargo por el Rescate utilizado en el cálculo del valor de rescate es el cargo por el rescate mostrado en la página 5 menos el total de todos los cargos por retiros parciales que hayan sido hechos.

**PRIMA INICIAL**

La prima inicial es la prima pagada en o con anterioridad a la entrega de esta póliza, ya sea en nuestra oficina en Austin, Texas o a un agente autorizado contra entrega de recibo firmado por el agente.

**PRIMAS PERIODICAS PLANEADAS**

La prima periódica planeada es la prima mostrada en la página 3. Nosotros le enviaremos avisos de pago de primas periódicamente. Cambios en la frecuencia y aumentos o disminuciones en la cantidad de los pagos de las primas periódicas planeadas pueden ser hechos por usted. Nosotros nos reservamos el derecho a limitar la cantidad de cualquier aumento.

Después de que el pago inicial sea hecho, nosotros aceptaremos cualquier cantidad de dinero entregado a nosotros (en nuestra oficina en Austin, Texas o a un agente autorizado), en cualquier momento como prima, mientras esta póliza esté en vigor. Nosotros le daremos a usted un recibo firmado por el agente. Durante el período entre pagos de primas, esta póliza será continuada según se explica en la sección de Continuación del Seguro.

**PERIODO DE GRACIA**

Si el Valor de Rescate en la fecha inmediata antes del día del Aniversario Mensual es insuficiente para cubrir la deducción mensual para el mes siguiente a dicho día del Aniversario Mensual, un período de gracia de 61 días será permitido para el pago de, por lo menos, prima suficiente para cubrir las deducciones mensuales. Un aviso de esta prima será enviado a la última dirección del dueño de la póliza. El período de gracia comenzará en la fecha de este aviso. Esta prima será pagadera en el día del Aniversario Mensual y si no es pagada dentro del período de gracia, toda cobertura bajo esta póliza terminará sin tener valor alguno al final del período de 61 días. Si cualquier reclamación por muerte es pagadera bajo esta póliza durante el período de gracia, cualquier deducción mensual no pagada será deducida del producto líquido.

Esta póliza seguirá en vigor, omitiendo el Período de Gracia, durante los primeros cuatro años de un total

de las primas pagadas, menos cualesquier retiros parciales, iguala o excede la Prima Mínima Mensual mostrada en la página 3, multiplicada por el número de meses desde la fecha de la Póliza incluyendo el mes actual.

#### CONDICIONES PARA LA REHABILITACION DE LA POLIZA

Si el Periodo de Gracia expira sin que una prima suficiente haya sido pagada, usted puede rehabilitar la póliza de la siguiente manera:

1. La solicitud de rehabilitación tiene que ser hecha por escrito durante la vida del Asegurado, dentro de los cinco años después de la expiración del Periodo de Gracia y con anterioridad a la Fecha de Vencimiento;
2. Tenemos que recibir evidencia de asegurabilidad satisfactoria para Nosotros;
3. El pago para la deducción mensual del último mes del Periodo de Gracia tiene que ser recibido, conjuntamente con una cantidad suficiente para mantener la póliza en vigor durante dos meses;
4. La fecha efectiva de la rehabilitación será el día del Aniversario Mensual que coincida con, o que sea más próximo a la fecha en que la solicitud de rehabilitación sea aprobada por Nosotros. La fecha efectiva en una póliza rehabilitada con respecto a las provisiones de Suicidio e Indisputabilidad será medida a partir de la fecha efectiva de la rehabilitación;
5. Y, tiene que hacerse el pago o rehabilitación de cualquier préstamo e interés sobre el préstamo contra la póliza que existiera en la fecha de expiración del Periodo de Gracia.

#### CONTINUACION DEL SEGURO

Si las primas no son continuadas, el beneficio por muerte bajo esta póliza y cualquier beneficio provisto por cualquier suplemento será continuado (sujeito a la provisión del Periodo de Gracia) hasta que el valor de rescate no sea suficiente para cubrir la deducción mensual. Esta provisión no continuará la póliza pasada la Fecha del Vencimiento, ni tampoco suplemento alguno pasada la fecha de terminación de dicho suplemento, según se define en el subelemento.

#### VALOR DE RESCATE INSUFICIENTE

Si el valor de rescate en la fecha inmediata anterior al día del Aniversario Mensual es insuficiente para cubrir la deducción mensual por el mes después del día del Aniversario Mensual, la póliza terminará según se especifica en la provisión del Periodo de Gracia. Cualquier deducción por el costo mensual del seguro después de la terminación del seguro no será considerada una rehabilitación de la póliza, ni tampoco una renuncia a su terminación por parte nuestra. Cualquier deducción de este tipo será

acreditada al Saldo de la Cuenta en la fecha de la deducción.

#### PRESTAMO SOBRE LA POLIZA

Usted puede obtener un préstamo de nosotros utilizando la póliza como garantía del préstamo. El préstamo tiene que ser solicitado por escrito. Tendrá las siguientes condiciones:

1. El préstamo no puede ser mayor que el Valor de Rescate, menos una cantidad igual a la suma de las deducciones mensuales hasta el próximo Aniversario de la Póliza.
2. La tasa de interés sobre el préstamo se muestra en la página 3. Es pagadero por adelantado en el Aniversario de la Póliza. El interés que no sea pagado a su vencimiento será añadido al préstamo y devengará interés con la misma tasa.
3. El total o parte del préstamo nos puede ser pagado en cualquier momento, mientras la póliza esté en vigor, durante la vida del asegurado. Cada pago tiene que ser de por lo menos \$5.00.
4. Cualquier cantidad debida a nosotros será deducida del total disponible del Balance de la Cuenta en cualquier momento para el rescate de la póliza.
5. Si la cantidad debida a nosotros es mayor que el valor de rescate total de la póliza, nosotros enviaremos por correo al asegurado, a su última dirección conocida, un aviso al efecto. La póliza caducará a los 61 días después del envío de dicho aviso.
6. La póliza tiene que estar en vigor cuando se solicite un préstamo sobre la misma.

#### REPORTE ANUAL

Un reporte anual será enviado al dueño de la póliza por lo menos una vez al año. Este reporte mostrará la cantidad actual de seguro, el balance de la cuenta, el valor de rescate y los préstamos sobre la póliza. También mostrará las primas pagadas y los cambios hechos en la póliza desde el último reporte.

#### RESCATE PARCIAL

Un rescate parcial se puede hacer en cualquier día de Aniversario Mensual durante la vida del asegurado y antes de la Fecha de Vencimiento. Debemos recibir una solicitud escrita por usted. El rescate parcial máximo que se puede hacer es el Valor de Rescate, menos una cantidad igual al total de las deducciones mensuales hasta el próximo Aniversario de la Póliza. El rescate parcial mínimo es de \$200.00.

Quando se hace un rescate parcial, la cantidad del rescate parcial y el cargo por el rescate parcial serán deducidos del saldo de la cuenta. El rescate por muerte también será reducido por el total de

rescate parcial y el cargo por el rescate parcial. Este rescatara en una reduccion del Capital Inicial. Asegurado por la cantidad del rescate parcial y el cargo por el rescate parcial si su beneficio por muerte es la Opcion 1.

El cargo por el rescate parcial es la porcion prorrataca del Cargo por el Rescate. Esto se calcula dividiendo (a) por (b) y multiplicando esto por (c), siempre y cuando:

- (a) sea la cantidad del rescate parcial,
- (b) sea el Valor de Rescate Inmediato anterior al rescate parcial, y,
- (c) sea el cargo por el rescate.

**PAGO DEMORADO DEL VALOR DE RESCATE O PRESTAMO SOBRE LA POLIZA**

Nosotros tenemos el derecho a demorar el pago de cualquier valor de rescate o la concesion de cualquier prestamo, con la excepcion de un prestamo para pagar primas, de cualquier poliza que usted pueda tener con Nosotros, por un periodo de hasta seis meses despues que cualquiera de ellos sea solicitado.

**SUICIDIO**

Dentro de los dos años despues de la fecha de la poliza, si el fallecimiento de uno de los Asegurados fuera por suicidio, estando este mentalmente sano o no, Nosotros no pagaremos cantidad alguna bajo esta poliza, excepto la devolucion de las primas que hayan sido pagadas, menos:

1. Cualesquier prestamos e intereses de prestamos; menos
2. Todos los rescates parciales.

Dentro de dos años a partir de la fecha efectiva de cualquier aumento en el Capital Asegurado, si la muerte del asegurado es el resultado de suicidio, estando este mentalmente sano o no, nosotros no pagaremos cantidad alguna con respecto a los aumentos, excepto la devolución de todas las deducciones mensuales deducidas por dichos aumentos.

**INDISPUTABILIDAD**

Despues que esta poliza haya estado en vigor durante la vida del Asegurado por dos años desde la fecha de la poliza, nosotros no disputaremos por razon alguna, excepto segun se especifica en la provision de Valor de Rescate insuficiente y por las provisiones que se refieren a beneficios por incapacidad y beneficios adicionales en caso de muerte accidental.

Cualquier aumento en el Capital Asegurado sera indisputable despues que el aumento haya estado en vigor por dos años a partir de la fecha efectiva del aumento y mientras el Asegurado este vivo, excepto segun se especifica en la Provision de Valor de Rescate insuficiente.

**LIMITACIONES**

Cualquier beneficio por muerte en exceso de \$50,000 pagadero bajo esta poliza y o cualquiera de sus suplementos, durante los primeros tres años de la poliza, estara limitado si la muerte resulta: (a) de la participacion en cualquier acto de guerra ya sea declarada o no declarada, conmocion militar o civil, o en cualquier actividad de naturaleza ilegal o por la asociacion con personas involucradas en dichas actividades, o (b) directa o indirectamente por, o esta relacionada en cualquier forma a un secuestro o caso de extorsion.

Si la muerte ocurre durante los primeros tres años de la poliza y resultara como consecuencia de alguna de las circunstancias arriba indicadas, el beneficio por muerte pagadero en exceso de \$50,000 sera reducido en un 90% durante el primer año de la poliza, en un 75% durante el segundo año, y en un 50% en el tercer año.

**DECLARACION ERRONEA DE EDAD O SEXO**

Esta poliza es emitida a la edad mostrada en la pagina 3. Esta es la edad del Asegurado en su último cumpleaños en la fecha de la poliza, de acuerdo a la fecha de nacimiento especificada en la solicitud.

Si la edad o sexo del Asegurado ha sido declarada erroneamente, el beneficio pagadero sera ajustado por la diferencia en las deducciones mensuales deducidas y las deducciones mensuales que debieron haber sido deducidas, acumuladas a las tasas de interés que fueron acreditadas al Balance de la Cuenta.

**CESION**

Usted puede ceder los derechos de esta poliza a otra persona. Sin embargo, Nosotros no estamos obligados por la cesion hasta que la misma sea registrada en nuestra oficina en Austin, Texas. La cesion estara sujeta a cualquier cantidad debida a Nosotros antes de que la cesion fuera registrada. Nosotros no somos responsables por la validez de cualquier cesion.

**CAMBIO DE PLAN**

Usted puede cambiar esta poliza por otro plan de seguro, siempre que Nosotros lo aprobemos. Usted tiene que pagar el gasto correspondiente y proveernos con la evidencia de asegurabilidad que Nosotros solicitamos.

## OPCIONES DE LIQUIDACION

**ESTIPULACIONES GENERALES**

En vez de pagar el producto de este contrato en una sola suma, el mismo puede ser pagado bajo una de las opciones de liquidación enumeradas seguidamente.

La cantidad disponible para una opción tiene que ser por lo menos \$2,000 o proveer pagos periódicos de por lo menos \$20.

Antes que el producto sea pagadero, usted puede seleccionar o cambiar una opción mediante petición escrita a Nosotros. Después que el producto sea pagadero, el beneficiario podrá seleccionar una opción si:

1. Usted no ha hecho una selección previa que todavía esté en vigor; y
2. El producto sea pagadero en una sola suma y no haya sido pagado.

A no ser que usted nombre un beneficiario, usted será el beneficiario para todas las cantidades, excepto beneficio por muerte. Si el beneficiario no es una persona natural, la opción no será disponible sin el consentimiento nuestro. Una opción no está disponible a un cesionario.

Una opción comienza cuando el producto es pagadero si:

1. Una opción ha sido seleccionada;
2. Usted nos ha enviado este contrato; y
3. Nosotros hemos enviado al beneficiario un contrato suplementario.

El contrato suplementario explicará los pagos que el beneficiario recibirá. Si el beneficiario termina el contrato suplementario durante los primeros 60 días después del comienzo de la opción, nosotros pagaremos el monto de los beneficios originales, menos cualquier pago que ya hayamos hecho. Después de esto, nosotros pagaremos la cantidad especificada en el contrato suplementario.

**MUERTE DEL BENEFICIARIO**

Si el beneficiario muere después que la opción comience, a no ser que se haya provisto de otra manera, nosotros pagaremos en una sola suma al patrimonio hereditario del beneficiario:

- (i) Cualquier cantidad no pagada dejada con nosotros bajo la Opción 5 conjuntamente con cualquier interés no pagado; o

- (ii) El valor actual de cualquier cantidad garantizada no pagada bajo las Opciones 2, 3, o 4, conmutado al 3% anual, compuesto anualmente.

**DERECHO DE RETIRAR LOS FONDOS**

Después que la opción comienza, a no ser que se haya provisto de otra manera en el contrato suplementario, el beneficiario puede retirar en una sola suma cualquier cantidad no pagada dejada con nosotros bajo la Opción 5, conjuntamente con cualquier interés no pagado, o el valor actual de cualquier cantidad garantizada no pagada bajo la Opción 4, conmutada al 3% anual, compuesto anualmente. Este retiro de fondos terminará el contrato suplementario.

**INTERES**

La tasa de interés para todas las opciones es del 3% anual, compuesto anualmente. Un interés mayor puede ser concedido a discreción nuestra.

**PRIMER PAGO**

El primer pago bajo las Opciones 2 a la 4 es hecho cuando la opción comienza. Bajo la Opción 5, el interés es devengado desde la fecha en que la opción comienza.

**OPCION 1 - INGRESO DE POR VIDA**

El producto puede ser pagado en cantidades mensuales iguales hasta que el beneficiario muera. La cantidad de cada pago es mostrada en la Tabla de la Opción 1.

**OPCION 2 - INGRESO DE POR VIDA CON UN PERIODO GARANTIZADO**

El producto puede ser pagado en cantidades mensuales iguales. Estos pagos pueden ser garantizados por 5, 10, 15, ó 20 años. Después que los pagos garantizados hayan sido hechos, los pagos serán hechos hasta que el beneficiario muera. La cantidad de cada pago es mostrada en la Tabla de la Opción 2. Nosotros requeriremos prueba de la edad y sexo del beneficiario.

**OPCION 3 - INGRESO POR VIDA CON REEMBOLSO EN PAGOS PARCIALES**

El producto puede ser pagado en pagos mensuales iguales. Estos pagos serán garantizados hasta que el total pagado sea igual a los beneficios disponibles. Después que los pagos garantizados hayan sido hechos, los pagos serán hechos hasta que el beneficiario muera.

**OPCION 4 - PAGOS POR UN PERIODO FIJO**

El producto puede ser pagado en pagos iguales por hasta 30 años. La cantidad de cada pago es mostrada en la Tabla de la Opción 4.

## OPCIONES DE LIQUIDACION - (Continuación)

## OPCION 5 - INTERES

El producto puede ser dejado con nosotros para ganar interés por un periodo específico. Este periodo no puede ser mayor de 30 años.

## COMPRA DE UNA ANUALIDAD CON PRIMA UNICA

Si nuestra anualidad de prima única provee pagos mayores al beneficiario que los pagos provistos bajo las Opciones 1, 2, 3 ó 4, la anualidad puede ser comprada.

**TABLA PARA LAS OPCIONES 1 Y 2 - INGRESO POR VIDA O INGRESO POR VIDA CON PERIODO GARANTIZADO**

Pagos mensuales por cada \$1.000 del producto basados en el sexo y la edad del beneficiario cuando la opción comienza. El pago para las edades no mostradas será suministrado mediante petición al efecto. Los pagos están basados en la Tabla A de 1983 y en un interés del 3%.

Edad del Beneficiario	Ingreso de por Vida		5 Años Garantizados		10 Años Garantizados		15 Años Garantizados		20 Años Garantizados	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
50	4.27	3.50	4.70	3.50	4.22	3.85	4.17	3.84	4.14	3.71
51	4.34	3.57	4.37	3.86	4.29	3.95	4.17	3.84	4.14	3.71
52	4.42	3.63	4.41	4.03	4.37	4.01	4.27	3.94	4.14	3.71
53	4.51	3.70	4.50	4.10	4.45	4.08	4.37	4.01	4.14	3.71
54	4.60	3.78	4.55	4.17	4.54	4.15	4.47	4.07	4.14	3.71
55	4.70	3.85	4.64	4.25	4.63	4.22	4.57	4.14	4.14	3.71
56	4.80	3.92	4.74	4.33	4.72	4.30	4.67	4.21	4.14	3.71
57	4.91	4.00	4.85	4.41	4.81	4.38	4.77	4.28	4.14	3.71
58	5.03	4.08	5.00	4.50	4.90	4.47	4.87	4.35	4.14	3.71
59	5.15	4.17	5.11	4.59	5.02	4.56	4.97	4.42	4.14	3.71
60	5.28	4.26	5.25	4.70	5.14	4.65	5.07	4.49	4.14	3.71
61	5.42	4.35	5.35	4.81	5.26	4.74	5.17	4.56	4.14	3.71
62	5.57	4.45	5.50	4.93	5.38	4.83	5.27	4.63	4.14	3.71
63	5.74	4.56	5.68	5.05	5.52	4.95	5.37	4.70	4.14	3.71
64	5.91	4.67	5.85	5.18	5.66	5.10	5.47	4.77	4.14	3.71
65	6.10	4.79	6.03	5.32	5.81	5.21	5.57	4.84	4.14	3.71
66	6.29	4.91	6.21	5.47	5.96	5.33	5.67	4.91	4.14	3.71
67	6.50	5.04	6.41	5.63	6.11	5.45	5.77	4.98	4.14	3.71
68	6.72	5.18	6.62	5.80	6.28	5.58	5.87	5.05	4.14	3.71
69	6.97	5.33	6.84	5.98	6.44	5.70	5.97	5.12	4.14	3.71
70	7.23	5.49	7.07	6.18	6.61	5.84	6.07	5.19	4.14	3.71
71	7.51	5.66	7.32	6.39	6.79	6.14	6.17	5.26	4.14	3.71
72	7.80	5.84	7.58	6.62	6.96	6.31	6.27	5.33	4.14	3.71
73	8.12	6.03	7.83	6.86	7.14	6.50	6.37	5.40	4.14	3.71
74	8.48	6.23	8.14	7.12	7.32	6.69	6.47	5.47	4.14	3.71
75	8.88	6.45	8.44	7.39	7.48	6.89	6.57	5.54	4.14	3.71

**TABLA DE LA OPCION 3 - INGRESO POR VIDA CON REEMBOLSO EN PAGOS PARCIALES**

Pagos mensuales por cada \$1.000 del producto basados en el sexo y la edad del beneficiario cuando la opción comienza. El pago para las edades no mostradas será suministrado mediante petición al efecto. Los pagos están basados en la Tabla A de 1983 y en un interés del 3%.

Edad del Beneficiario	Edad del Beneficiario		Edad del Beneficiario	Edad del Beneficiario	
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer
50	4.27	3.50	50	4.27	3.50
51	4.34	3.57	51	4.34	3.57
52	4.42	3.63	52	4.42	3.63
53	4.51	3.70	53	4.51	3.70
54	4.60	3.78	54	4.60	3.78
55	4.70	3.85	55	4.70	3.85
56	4.80	3.92	56	4.80	3.92
57	4.91	4.00	57	4.91	4.00
58	5.03	4.08	58	5.03	4.08
59	5.15	4.17	59	5.15	4.17
60	5.28	4.26	60	5.28	4.26
61	5.42	4.35	61	5.42	4.35
62	5.57	4.45	62	5.57	4.45
63	5.74	4.56	63	5.74	4.56
64	5.91	4.67	64	5.91	4.67
65	6.10	4.79	65	6.10	4.79
66	6.29	4.91	66	6.29	4.91
67	6.50	5.04	67	6.50	5.04
68	6.72	5.18	68	6.72	5.18
69	6.97	5.33	69	6.97	5.33
70	7.23	5.49	70	7.23	5.49
71	7.51	5.66	71	7.51	5.66
72	7.80	5.84	72	7.80	5.84
73	8.12	6.03	73	8.12	6.03
74	8.48	6.23	74	8.48	6.23
75	8.88	6.45	75	8.88	6.45

**TABLA PARA LA OPCION 4 - PAGOS POR UN PERIODO FIJO**

Pagos mensuales por cada \$1.000 del producto. Los pagos están basados en un interés del 3%.

Número de Años Pagados	Número de Años Pagados		Número de Años Pagados	Número de Años Pagados	
	Mensual	Mensual		Mensual	Mensual
1	5.94	5.94	11	6.93	6.93
2	42.66	42.66	12	6.79	6.79
3	16.99	16.99	13	7.21	7.21
4	12.00	12.00	14	7.26	7.26
5	11.97	11.97	15	6.87	6.87
6	5.14	5.14	16	6.93	6.93
7	12.16	12.16	17	6.23	6.23
8	11.65	11.65	18	6.58	6.58
9	12.53	12.53	19	6.13	6.13
10	5.81	5.81	20	5.97	5.97

15 1955

**ASEGURADO PRIMARIO:**

**PARTE I**

Nombres KOSMARI Lucila Apellidos LINARES de Saucedo  
 Sexo F. Fecha de Nacimiento Mes 03 Dia 16 Año 48 Edad 46 Pais de Nacimiento Peru  Usa Tabaco  No Usa Tabaco  
 Dirección Calle 29 M2. N.V. Lote 15 - Urb. Moriscal Castilla  
 Ciudad SAN BOYSA. Pais Peru Código Postal L. 41  
 Estatura 1 m 58 cms Peso 60 Kg No. Tarjeta de Identidad L.E. 02213807 Teléfono Casa 374599  
 Empleador su casa Ingreso Anual US\$ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_  
 Deberes de su ocupación Seguro en Vigor \$ NO ADB en Vigor \$ NO  
 Tipo de Seguro Globe Flex 75 Beneficio por Muerte  Opción I  Opción II: Monto \$ 100,000  WP-Exención de Pago de la Prima por Incapacidad  ADB-Beneficio de Muerte Accidental \$ 100,000  
 TIR-Suplemento del Asegurado Primario \$ \_\_\_\_\_  Beneficio en Vida  OIR-Suplemento del Otro Asegurado  Otro \_\_\_\_\_

**BUENO:** (si no es el asegurado primario)  
 Nombres y apellidos \_\_\_\_\_ Parentesco con el Asegurado \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ No. Tarjeta de Identidad \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Pais \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO:**  
 Nombre Cesar Enrique Saucedo Sanchez Parentesco Esposo Edad 53

Contingente Cesar A.; Jenny R.; Annie J.; Julie E.; Saucedo Linares FABRILESCO - 26; 23; 21; 16

**PRIMAS:** Anual \$ 1556 Monto de Prima del Modo \$ \_\_\_\_\_ Efectivo con la Solicitud \$ 778.-  
 Pago:  Semestral  Anual

**INFORMACIÓN ADICIONAL:**  
El pago lo hace el esposo, quien es una persona solvente.

**OTROS ASEGURADOS:**

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento Mes \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Pais de Nacimiento \_\_\_\_\_  Usa Tabaco  No Usa Tabaco  
 Monto \$ \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Parentesco Con el Asegurado \_\_\_\_\_  
 Ingreso Anual \$ \_\_\_\_\_ No. Tarjeta de Identidad \_\_\_\_\_ Seguro En Vigor \$ \_\_\_\_\_  
 Parentesco Con el Otro Asegurado \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento Mes \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Pais de Nacimiento \_\_\_\_\_  Usa Tabaco  No Usa Tabaco  
 Monto \$ \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Parentesco Con el Asegurado \_\_\_\_\_  
 Ingreso Anual \$ \_\_\_\_\_ No. Tarjeta de Identidad \_\_\_\_\_ Seguro En Vigor \$ \_\_\_\_\_  
 Parentesco Con el Otro Asegurado \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento Mes \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Pais de Nacimiento \_\_\_\_\_  Usa Tabaco  No Usa Tabaco  
 Monto \$ \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Parentesco Con el Asegurado \_\_\_\_\_  
 Ingreso Anual \$ \_\_\_\_\_ No. Tarjeta de Identidad \_\_\_\_\_ Seguro En Vigor \$ \_\_\_\_\_  
 Parentesco Con el Otro Asegurado \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

HISTORIA MEDICA-PARTE II DE LA SOLICITUD

Esta Historia Médica (Parte II) de la Solicitud enmendará y formará parte de la solicitud para seguro de vida del solicitante, con la compañía National Western Life Insurance Company, 850 East Anderson Lane, Austin, Texas 78752-1602

Propuesto Asegurado (identificación con foto)	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Edad
Nombre <i>Lucila</i> Apellido <i>Linarez de Salcedo</i>	<i>03/16/48</i>	<i>46</i>

1. ¿Cuándo fue la última vez que consultó a un médico? Fecha *hace 1 año* Razón *control*

Nombre del Médico *Dra. Gloria Riesco* Dirección *Av. Tupac Katari 1853 La*

2. Nombre del Médico personal Dirección

Historia Familiar del Propuesto Asegurado	Edad si Vive	Edad si ha Fallecido	Causa de la Muerte si ha Fallecido o Estado de Salud si Vive	Hermanos	Número de sobrevivientes	Número de Fallecidos	Causa de Muerte si ha Fallecido
Esposa o Esposo	<i>53</i>		<i>Buena</i>	Hermanos	<i>2</i>		
Madre	<i>64</i>		<i>Buena</i>	Hermanas	<i>1</i>		
Padre	<i>73</i>		<i>Buena</i>				

4. ¿Durante los últimos 12 meses, ha usado tabaco o algún producto con nicotina? *NOV 17 1994*  SI  NO

¿Señalado alguna vez o ha recibido diagnóstico médico o tratamiento por:

A. ¿Presión arterial alta, infarto, anemia, dolor en el pecho, enfermedad de la sangre, del corazón, de las arterias o venas?  SI  NO

B. ¿Úlceras, enfermedad o desorden del estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o recto?  SI  NO

C. ¿Diabetes, cáncer, tumores, quistes, leucemia, o desorden del páncreas, tiroides, adrenal, linfáticas u otras glándulas?  SI  NO

D. ¿Epilepsia, convulsiones, desorden mental o nervioso, parálisis, o trastorno cerebral o del sistema nervioso?  SI  NO

E. ¿Enfermedad del riñón, de la vejiga, órganos genitales, o ha tenido azúcar o sangre en la orina, o ha tenido gonorrea o sífilis?  SI  NO

F. ¿Asma, enfisema, tuberculosis, bronquitis crónica, o enfermedad de los pulmones, pecho o garganta?  SI  NO

6. ¿Ha perdido o aumentado usted más de 5 kg en los últimos 12 meses?  SI  NO

7. Aparte de las respuestas que anteceden, alguno de los propuestos asegurados durante los últimos 5 años ha:

A. ¿Consultado a un médico, o ha sido admitido a un hospital, centro de tratamiento, u otra institución médica?  SI  NO

B. ¿Sido tratado por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o tenido una prueba con resultado positivo para el virus SIDA?  SI  NO

C. ¿Sido sometido a radiografías, electrocardiogramas, prueba de sangre, o algún otro examen para diagnóstico médico?  SI  NO

D. ¿Solicitado o recibido indemnización por alguna incapacidad física o mental?  SI  NO

E. ¿Sido aconsejado a que se someta a alguna cirugía, tratamiento, o a algún examen para diagnóstico que no ha sido completado?  SI  NO

F. ¿Ha tomado medicamento para alguna enfermedad, desorden o condición que no se indica arriba?  SI  NO

G. ¿Ha sido tratado o consultado con un médico por el uso del alcohol o ha usado alguna vez drogas ilegales?  SI  NO

PARTE II DETALLES: Favor de proveernos los detalles completos de todas las respuestas afirmativas de arriba.

Junta NO.	Razón Que Originó El Tratamiento	Fecha	Nombre del Médico u Hospital y Dirección
<i>6</i>	<i>Dieto para adelgazar (Estato ca)</i>		
<i>7c</i>	<i>Análisis clínicos (Chequeo médico rutinario)</i>	<i>6/10/94</i>	<i>Lab. Roe</i>

Si necesita mas espacio utilice una hoja adicional firmada y fechada por el propuesto asegurado

Declaro que las respuestas anteriores son completas y verdaderas a mi mejor saber y entender.

Hechado en *San José* este *15* día de *Noviembre* 1994

Testigo  *[Signature]* M.D.  *[Signature]*

Firma del Propuesto Asegurado *[Signature]*

Conteste en su totalidad

**PREGUNTAS NO MEDICAS:**

Aplicable a cada propuesto asegurado. Para respuestas afirmativas, de cada las abajo (Parte I: Detalles) o complete el cuestionario apropiado requerido por la Compañia.

**PARTE I**

1. ¿Durante los últimos 12 meses, alguno de los propuestos asegurados ha usado tabaco en forma alguna o producto con nicotina? .....
2. ¿Existe alguna solicitud para seguro de vida o solicitud para rehabilitación pendiente con alguna compañía? .....
3. ¿Alguno de los propuestos asegurados ha sido declinado, pospuesto o cobrado una extra prima para un seguro de vida? .....
4. ¿Reemplazará esta póliza a una póliza de seguro de vida o de anualidad actualmente en vigor con cualquier compañía? .....
- En caso afirmativo, dé el nombre de la compañía y el No. de póliza: .....
5. ¿Intenta viajar a algún país extranjero dentro de los próximos dos años? .....
6. En los últimos 5 años, alguno de los propuestos asegurados ha:
  - A. ¿Piloteado o sido miembro de la tripulación de una aeronave, ha volado en un globo o algún planeador o aparato similar? .....
  - B. ¿Sido piloto de automovilismo, buzo, paracaidista, alpinista o participado en un desafío peligroso? .....
  - C. ¿Sido encontrado culpable de conducir ebrio, de alguna ofensa criminal o está actualmente libre bajo fianza? .....
  - D. ¿Sido encontrado culpable de cuatro o más violaciones de tránsito, o se le ha suspendido o revocado su licencia de conducir? ..
  - E. ¿Sido tratado por el uso del alcohol o ha asistido a un grupo de asistencia mutua para que le ayude a dejar el uso del alcohol? ..
  - F. ¿Usado cocaína, marihuana, heroína, anfetaminas, narcóticos, estimulantes o alguna otra droga legal o sustancia controlada? ..

PARTE I DETALLES: .....

**PREGUNTAS MEDICAS:**

Aplicable a cada propuesto asegurado. Dar detalles completos abajo (Parte II: Detalles).

**PARTE II**

1. Alguno de los propuestos asegurados ha tenido alguna vez, o ha recibido indicación médica o tratamiento por:
  - A. ¿Presión arterial alta, infarto, anemia, dolor en el pecho, enfermedad de la sangre, del corazón, de las arterias o venas? .....
  - B. ¿Úlceras o enfermedad o desorden del estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o recto? .....
  - C. ¿Diabetes, cáncer, tumores, quistes, leucemia, o desorden del páncreas, tiroides, adrenai, hipófisis u otras glándulas? .....
  - D. ¿Convulsiones epilépticas, desorden mental o nervioso, parálisis, o desorden del cerebro o del sistema nervioso? .....
  - E. ¿Enfermedad del riñón, de la vejiga, órganos genitales, o tenido azúcar o sangre en la orina, o ha tenido gonorrea o sífilis? .....
  - F. ¿Asma, enfisema, tuberculosis, bronquitis crónica o enfermedad de los pulmones, pecho o garganta? .....
2. ¿Alguno de los propuestos asegurados ha perdido o aumentado más de cinco kilogramos de peso durante los últimos 12 meses? .....
3. ¿Ha muerto algún miembro de la familia de los propuestos asegurados por enfermedad antes de cumplir 60 años? .....
4. Aparte de lo contestado arriba, alguno de los propuestos asegurados durante los últimos 5 años ha:
  - A. ¿Consultado a un médico o ha sido admitido a un hospital, centro de tratamiento u otra institución médica? .....
  - B. ¿Sido tratado por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o tenido una prueba positiva para el virus del SIDA? .....
  - C. ¿Sido sometido a radiografías, electrocardiograma, prueba de sangre o algún otro examen para diagnóstico médico? .....
  - D. ¿Solicitado o recibido indemnización por alguna incapacidad física o mental? .....
  - E. ¿Sido aconsejado de someterse a alguna cirugía, tratamiento o a algún examen para diagnóstico que no ha sido completado? ..
5. ¿Tiene alguno de los propuestos asegurados, alguna enfermedad o desorden no indicado arriba o toma medicamentos para ella? ..

PARTE II DETALLES:

Pregunta No.	Nombre de la persona tratada	Razón del Tratamiento	Fecha	Nombre del Doctor, Hospital y Dirección
4.6		Chequeo Ginecologico ANUAL		Dr. Rodolfo Saucedo

Si necesita más espacio, anexe una hoja de papel adicional, rotulada y firmada por el solicitante. Asegure el espacio.

2818

... uno de los abajo firmantes... todas las respuestas en esta solicitud serán usadas para determinar la asegurabilidad y la emisión de la póliza...  
 ... (b) todas las respuestas en esta solicitud serán usadas para determinar la asegurabilidad y la emisión de la póliza desde su fecha de emisión, y (c) ningún agente o examinador médico tiene la autoridad de...  
 ... a cualquiera de las preguntas en la solicitud, anular la asegurabilidad, cancelar cualquiera de los requisitos o derechos de la póliza o...  
 ... a cualquier otro contrato. Esta póliza entrará en vigor cuando: (1) la solicitud sea aprobada en las oficinas de la National Western de...  
 ... er o alterar ningún contrato; (2) National Western entregue la póliza; (3) la prima inicial haya sido pagada; y (4) cada una de las tres condiciones previas se haya...  
 ... in, Texas; (2) National Western entregue la póliza; (3) la prima inicial haya sido pagada; y (4) cada una de las tres condiciones previas se haya...  
 ... plido mientras el solicitante esté vivo y la salud y asegurabilidad del solicitante sean como se describen en la solicitud.

... uno de los abajo firmantes: Autorizan a cualquier médico titulado, practicante de medicina, hospital, clínica, u otra institución proveedora de...  
 ... cios de salud, compañía de seguro de vida o a la Agencia de Información Médica (MIB), u otra organización o persona para que dé cualquier...  
 ... mación sobre mi persona o mi salud mental o física a la Compañía y/o a sus agentes autorizados para que determinen mi elegibilidad para...  
 ... tura de seguro de vida. La Compañía está autorizada a dar esta información a otras compañías de seguro de vida o de salud a las cuales se les ha presentado solicitud...  
 ... seguradores están autorizados a dar esta información a otras compañías de seguro de vida o de salud a las cuales se les ha presentado solicitud...  
 ... seguro o a las cuales se les ha sometido una reclamación de beneficios. Esta autorización también se aplica a cualquier miembro de mi familia...  
 ... puesto para cobertura en la solicitud y es válida por dos años desde la fecha mostrada abajo. Una fotocopia de este formulario es tan válida como...  
 ... original. Yo puedo obtener una copia de este formulario al solicitarla.

... uno de los abajo firmantes declaran haber recibido el Aviso Reporte al Consumidor, Aviso de Revelación al MIB y Prácticas de...  
 ... mación (si fuese aplicable).

... provisión de préstamo automático para la prima (cuando esté disponible) se ha elegido, al menos que sea indicado lo contrario en esta...  
 ... titud.

FIRMA DEL DUEÑO si no es el Propuesto Asegurado Primario  
 ... es seguro de negocios indique el nombre del funcionario y el  
 ... nombre de la compañía)

✓   
 FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO PRIMARIO  
 (Si la edad es 17 años o menor firma del padre)

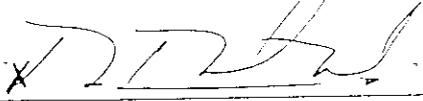
... mas de los propuestos asegurados de 18 años o mayores:

... ado #1 ✓

Otro Asegurado #2 ✓

Asegurado #3 ✓

... ado en Lim. Pone. Fecha Oct. 27. 94

 45622  
 Agente/Testigo de todas las firmas

Conteste en su totalidad

**PREGUNTAS NO MEDICAS:**

Aplicable a cada propuesto asegurado. Para respuestas afirmativas, de detalles abajo (Parte I: Detalles) o complete el cuestionario apropiado requerido por la Compañia

**PARTE I**

1. ¿Durante los últimos 12 meses, alguno de los propuestos asegurados ha usado tabaco en forma alguna o producto con nicotina?
2. ¿Existe alguna solicitud para seguro de vida o solicitud para rehabilitación pendiente con alguna compañía?
3. ¿Alguno de los propuestos asegurados ha sido declinado, pospuesto o cobrado una extra prima para un seguro de vida?
4. ¿Reemplazará esta póliza alguna póliza de seguro de vida o de anualidad actualmente en vigor con cualquier compañía?  
En caso afirmativo, dé el nombre de la compañía y el No. de póliza.
5. ¿Intenta viajar a algún país extranjero dentro de los próximos dos años?
6. En los últimos 5 años, alguno de los propuestos asegurados ha:
  - A. ¿Piloteado o sido miembro de la tripulación de una aeronave, ha volado en un globo o algún planeador o aparato similar?
  - B. ¿Sido piloto de automovilismo, buzo, paracaidista, alpinista o participado en un pasatiempo así mismo?
  - C. ¿Sido encontrado culpable de conducir ebrio, de alguna ofensa criminal o está actualmente libre bajo fianza?
  - D. ¿Sido encontrado culpable de cuatro o más violaciones de tránsito, o se le ha suspendido o revocado su licencia de conducir?
  - E. ¿Sido tratado por el uso del alcohol o ha asistido a un grupo de asistencia mutua para que le ayude a dejar el uso del alcohol?
  - F. ¿Usado cocaína, marihuana, heroína, anfetaminas, narcóticos, estimulantes o alguna otra droga ilegal o sustancia controlada?

**PARTE I: DETALLES:**

**PREGUNTAS MEDICAS:**

Aplicable a cada propuesto asegurado. Dar detalles completos abajo (Parte II: Detalles).

**PARTE II**

1. ¿Alguno de los propuestos asegurados ha tenido alguna vez, o ha recibido indicación médica o tratamiento con:
  - A. ¿Presión arterial alta, infarto, anemia, dolor en el pecho, enfermedad de la sangre, del corazón, de las arterias o venas?
  - B. ¿Úlceras o enfermedad o desorden del estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o recto?
  - C. ¿Diabetes, cáncer, tumores, quistes, leucemia, o desorden del páncreas, tiroides, adrenal, linfáticos u otras glándulas?
  - D. ¿Convulsiones epilépticas, desorden mental o nervioso, parálisis, o desorden del cerebro o del sistema nervioso?
  - E. ¿Enfermedad del riñón, de la vejiga, órganos genitales, o tenido azúcar o sangre en la orina, o ha tenido gota o sífilis?
  - F. ¿Asma, enfisema, tuberculosis, bronquitis crónica o enfermedad de los pulmones, pecho o garganta?
2. ¿Alguno de los propuestos asegurados ha perdido o aumentado más de cinco kilogramos de peso durante los últimos 12 meses?
3. ¿Ha muerto algún miembro de la familia de los propuestos asegurados por enfermedad antes de cumplir 60 años?
4. Aparte de lo contestado arriba, alguno de los propuestos asegurados durante los últimos 5 años ha:
  - A. ¿Consultado a un médico o ha sido admitido a un hospital, centro de tratamiento u otra institución médica?
  - B. ¿Sido tratado por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o tenido una prueba positiva para el virus del SIDA?
  - C. ¿Sido sometido a radiografías, electrocardiograma, prueba de sangre o algún otro examen para diagnóstico médico?
  - D. ¿Solicitado o recibido indemnización por alguna incapacidad física o mental?
  - E. ¿Sido aconsejado de someterse a alguna cirugía, tratamiento o a algún examen para diagnóstico que no ha sido completado?
5. ¿Tiene alguno de los propuestos asegurados, alguna enfermedad o desorden no indicado arriba o toma medicamentos para ella?

**PARTE II: DETALLES:**

Pregunta No.	Nombre de la persona tratada	Razón del Tratamiento	Fecha	Nombre del Doctor, Hospital y Dirección
4.6		Chequeo Ginecologico ANUAL		Dr. Rodolfo Saucedo

Si necesita más espacio, añada una hoja de parte adjunta, fechada y firmada por el solicitante y el agente.

CARGO POR AUMENTO EN EL CAPITAL ASEGURADO  
POR CADA \$1,000 DE AUMENTO

Edad Alcanzada	Cargo
0-35	\$ 2.00
36-40	3.00
41-45	4.00
46-50	5.00
Más de 50	6.00

Este es un cargo hecho por una sola vez en el momento en que el aumento se hace efectivo. Está basado en la edad alcanzada del asegurado, en el último Aniversario de la Póliza.

## NATIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY

OFICINA EJECUTIVA, AUSTIN, TEXAS

## PRIMA FLEXIBLE - POLIZA CON BENEFICIOS FLEXIBLES

## LEA SU POLIZA CUIDADOSAMENTE

PLAN DE SEGURO DE VIDA CON PRIMA FLEXIBLE AJUSTABLE. BENEFICIO DE MUERTE FLEXIBLE. VALOR DE RESCATE PAGADERO EN LA FECHA DE VENCIMIENTO. BENEFICIO POR MUERTE PAGADERO AL FALLECIMIENTO QUE OCURRA ANTES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO. PRIMAS FLEXIBLES PAGADERAS DURANTE LA VIDA DEL ASEGURADO HASTA LA FECHA DE VENCIMIENTO. SIN DIVIDENDOS.

Esta póliza es un contrato legal entre usted y Nosotros.



**PAIS**

**ASEGURADO PRIMARIO:**

Nombre: ROSAMARI Lucila Apellidos: Linarez de Sancedo

Sexo: F. Fecha de Nacimiento: 03 / 16 / 48 Edad: 46 País de Nacimiento: Perú  Usa Tabaco  No Usa Tabaco

Dirección: Calle 29 Mz. N.V. Lote 15 - Urb. Moriscal Castilla

Ciudad: SAN BOYSA País: Perú Código Postal: L. 41

Estatura: 1 m 58 cms Peso: 60 Kg No. Tarjeta de Identidad: LE 08213807 Teléfono Casa: 374599

Empleador: En Casa Ingreso Anual: US\$ Teléfono Trabajo:

Deberes de su Ocupación:  Seguro en Vigor: \$ NO ADB en Vigor: \$ NO

Plan de Seguro: Globe Flex 75 Beneficio por Muerte:  Opción I  Opción II Monto \$ 100,000  WP-Exención de Pago de la Prima por Incapacidad  ADB-Beneficio de Muerte Accidental \$ 100,000

TIR-Suplemento del Asegurado Primario \$   Beneficio en Vida  OIR-Suplemento del Otro Asegurado  Otro

**DUENO:** (si no es el asegurado primario)

Parentesco con el Asegurado:

Nombre y apellidos:  No. Tarjeta de Identidad:

Dirección:  Ciudad:  País:  Código Postal:

**BENEFICIARIO:**

Nombre: Cesar Enrique Sancedo Sanchez Parentesco: Esposo Edad: 53

Contingente: Cesar A.; Jenny R.; Annie J.; Julie E.; Sancedo Linarez Parentesco: Hijos - 26; 23; 21; 16 Edad:

**PRIMAS:** Anual \$ 1556 Monto de Prima del Modo \$  Efectivo con la Solicitud \$ 778.-

Frecuencia:  Semestral  Anual

**INFORMACION ADICIONAL:** El pago lo hace el esposo, quien es una persona solvente.

**OTROS ASEGURADOS:**

Nombre	Apellidos	Fecha de Nacimiento	Edad	País de Nacimiento	Parentesco

Nombre	Apellidos	Fecha de Nacimiento	Edad	País de Nacimiento	Parentesco

Nombre	Apellidos	Fecha de Nacimiento	Edad	País de Nacimiento	Parentesco

**PREGUNTAS NO MEDICAS:**

Aplicable a cada propuesto asegurado. Para respuestas afirmativas, de detalles abajo (Parte I: Detalles) o complete el cuestionario apropiado requerido por la Compañia.

**PARTE 2 (Cont.)**

1. ¿Durante los últimos 12 meses, alguno de los propuestos asegurados ha usado tabaco en forma alguna o producto con nicotina?  SI  NO
2. ¿Existe alguna solicitud para seguro de vida o solicitud para rehabilitación pendiente con alguna compañía?  SI  NO
3. ¿Alguno de los propuestos asegurados ha sido declinado, postpuesto o cobrado una extra prima para un seguro de vida?  SI  NO
4. ¿Reemplazará esta póliza alguna póliza de seguro de vida o de anualidad actualmente en vigor con cualquier compañía?  SI  NO  
En caso afirmativo, dé el nombre de la compañía y el No. de póliza: \_\_\_\_\_
5. ¿Intenta viajar a algún país extranjero dentro de los próximos dos años?  SI  NO
6. En los últimos 5 años, alguno de los propuestos asegurados ha:
  - A. ¿Piloteado o sido miembro de la tripulación de una aeronave, ha volado en un globo o algún planeador o aparato similar?  SI  NO
  - B. ¿Sido piloto de automovilismo, buzo, paracaidista, alpinista o participado en un pasatiempo peligroso?  SI  NO
  - C. ¿Sido encontrado culpable de conducir ebrio, de alguna ofensa criminal o está actualmente libre bajo fianza?  SI  NO
  - D. ¿Sido encontrado culpable de cuatro o más violaciones de tránsito, o se le ha suspendido o revocado su licencia de conducir?  SI  NO
  - E. ¿Sido tratado por el uso del alcohol o ha asistido a un grupo de asistencia mutua para que le ayude a dejar el uso del alcohol?  SI  NO
  - F. ¿Usado cocaína, marihuana, heroína, anfetaminas, narcóticos, estimulantes o alguna otra droga ilegal o sustancia controlada?  SI  NO

**PARTE I DETALLES:**

**PREGUNTAS MEDICAS:**

Aplicable a cada propuesto asegurado. Dar detalles completos abajo (Parte II: Detalles).

**PARTE II**

1. Alguno de los propuestos asegurados ha tenido alguna vez, o ha recibido indicación médica o tratamiento por:
  - A. ¿Presión arterial alta, infarto, anemia, dolor en el pecho, enfermedad de la sangre, del corazón, de las arterias o venas?  SI  NO
  - B. ¿Úlceras o enfermedad o desorden del estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o recto?  SI  NO
  - C. ¿Diabetes, cáncer, tumores, quistes, leucemia, o desorden del páncreas, tiroides, adrenal, linfáticas u otras glándulas?  SI  NO
  - D. ¿Convulsiones epilépticas, desorden mental o nervioso, parálisis, o desorden del cerebro o del sistema nervioso?  SI  NO
  - E. ¿Enfermedad del riñón, de la vejiga, órganos genitales, o tenido azúcar o sangre en la orina, o ha tenido gonorrea o sífilis?  SI  NO
  - F. ¿Asma, enfisema, tuberculosis, bronquitis crónica o enfermedad de los pulmones, pecho o garganta?  SI  NO
2. ¿Alguno de los propuestos asegurados ha perdido o aumentado más de cinco kilogramos de peso durante los últimos 12 meses?  SI  NO
3. ¿Ha muerto algún miembro de la familia de los propuestos asegurados por enfermedad antes de cumplir 60 años?  SI  NO
4. Aparte de lo contestado arriba, alguno de los propuestos asegurados durante los últimos 5 años ha:
  - A. ¿Consultado a un médico o ha sido admitido a un hospital, centro de tratamiento u otra institución médica?  SI  NO
  - B. ¿Sido tratado por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o tenido una prueba positiva para el virus del SIDA?  SI  NO
  - C. ¿Sido sometido a radiografías, electrocardiograma, prueba de sangre o algún otro examen para diagnóstico médico?  SI  NO
  - D. ¿Solicitado o recibido indemnización por alguna incapacidad física o mental?  SI  NO
  - E. ¿Sido aconsejado de someterse a alguna cirugía, tratamiento o a algún examen para diagnóstico que no ha sido completado?  SI  NO
  - F. ¿Tiene alguno de los propuestos asegurados, alguna enfermedad o desorden no indicado arriba o toma medicamentos para ella?  SI  NO

**PARTE II DETALLES:**

Pregunta	Nombre de la persona tratada	Razon del Tratamiento	Fecha	Nombre del Doctor, Hospital y Dirección
4.6		Chequeo Ginecologico ANUAL		Dr. Rodolfo Saucedo

Si necesita más copias, envíe un cheque de pago adjunto con factura y forma por la lista preparada, a: asegurados

...solicitud o cobertura...  
 ...puede a cualquier...  
 ...hacer o anular...  
 ...stin, Texas...  
 ...mpido mientras el solicitante esté vivo y la salud y asegurado...  
 ...ada uno de los abajo firmantes. Autoriza a cualquier médico...  
 ...servicios de salud, compañía de seguro de vida o a la Agencia de Información Médica (MIB)...  
 ...ormación sobre mi persona o mi salud mental o física a la Compañía y/o a sus agentes autorizados para que determine...  
 ...obertura de seguro de vida. La Compañía está autorizada a dar esta información a sus reaseguradores y al MIB. National Western o sus...  
 ...aseguradores están autorizados a dar esta información a otras compañías de seguro de vida o de salud a las cuales se les ha presentado solicitud...  
 ...ra seguro o a las cuales se les ha sometido una reclamación de beneficios. Esta autorización también se aplica a cualquier préstamo de mi familia...  
 ...propuesto para cobertura en la solicitud y es válida por dos años desde la fecha mostrada abajo. Una fotocopia de este formulario es tan válida como...  
 ...original. Yo puedo obtener una copia de este formulario al solicitarla.  
 ...ada uno de los abajo firmantes declaran haber recibido el Aviso Reporte al Consumidor, Aviso de Revelación al MIB y Prácticas de...  
 ...ormación (si fuese aplicable).  
 ...provisión de préstamo automático para la prima (cuando esté disponible) se ha elegido, al menos que sea indicado lo contrario en esta...  
 ...olicitud.

FIRMA DEL DUEÑO si no es el Propuesto Asegurado Primario  
 (Si es seguro de negocios indique el nombre del funcionario y el nombre de la compañía)

✓   
 FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO PRIMARIO  
 (Si la edad es 17 años o menor firma del padre)

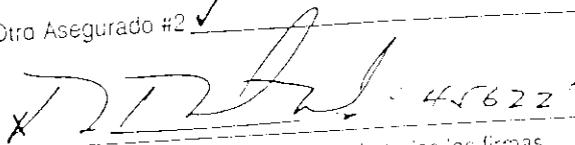
Firmas de los propuestos asegurados de 18 años o mayores:

Otro Asegurado #2 ✓

Otro Asegurado #1 ✓

Otro Asegurado #3 ✓

Firmado en Guam Ciudad Pase País Oct. 27. 94 Fecha

✓   
 Agente/Testigo de todas las firmas

30155

# HISTORIA MEDICA-PARTE II DE LA SOLICITUD

2825

Esta Historia Médica-Parte II de la Solicitud enumerará y formará parte de la solicitud para seguro de vida del solicitante, con la compañía National Western Life Insurance Company, 850 East Anderson Lane, Austin, Texas 78752-1602

Propuesto Asegurado (identificación con foto)	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Edad
Nombre <u>Lucila</u> Apellido <u>Linares de Salgado</u>	<u>03/16/48</u>	<u>46</u>

1. ¿Cuándo fue la última vez que consultó a un médico? Fecha hace año Razón Control  
 Nombre del Médico Dra Gloria Ripico Dirección Av. Tupac Amaru 1855 Lince

2. Nombre del Médico personal \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

3. Historia Familiar del Propuesto Asegurado	Edad si Vive	Edad si ha Fallecido	Causa de la Muerte si ha Fallecido o Estado de Salud si Vive		Número de sobrevivientes	Número de Fallecidos	Causa de Muerte si ha Fallecido
Esposa o Esposo	<u>53</u>		<u>Buena</u>	Hermanos	<u>2</u>		
Madre	<u>64</u>		<u>Buena</u>	Hermanas	<u>1</u>		
Padre	<u>73</u>		<u>Buena</u>				<u>AFTER D.</u>

4. ¿Durante los últimos 12 meses, ha usado tabaco o algún producto con nicotina? NOV 17 1994  SI  NO
5. Ha tenido alguna vez o ha recibido diagnóstico médico o tratamiento por:
- A. ¿Presión arterial alta, infarto, anemia, dolor en el pecho, enfermedad de la sangre, del corazón, de las arterias o venas?  SI  NO
  - B. ¿Úlceras, enfermedad o desorden del estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o recto?  SI  NO
  - C. ¿Diabetes, cáncer, tumores, quistes, leucemia, o desorden del páncreas, tiroides, adrenal, linfáticas u otras glándulas?  SI  NO
  - D. ¿Epilepsia, convulsiones, desorden mental o nervioso, parálisis, o trastorno cerebral o del sistema nervioso?  SI  NO
  - E. ¿Enfermedad del riñón, de la vejiga, órganos genitales, o ha tenido azúcar o sangre en la orina, o ha tenido gonorrea o sífilis?  SI  NO
  - F. ¿Asma, enfisema, tuberculosis, bronquitis crónica, o enfermedad de los pulmones, pecho o garganta?  SI  NO
6. ¿Ha perdido o aumentado usted más de 5 kg en los últimos 12 meses?  SI  NO
7. Aparte de las respuestas que anteceden, alguno de los propuestos asegurados durante los últimos 5 años ha:
- A. ¿Consultado a un médico, o ha sido admitido a un hospital, centro de tratamiento, u otra institución médica?  SI  NO
  - B. ¿Sido tratado por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o tenido una prueba con resultado positivo para el virus SIDA?  SI  NO
  - C. ¿Sido sometido a radiografías, electrocardiogramas, prueba de sangre, o algún otro examen para diagnóstico médico?  SI  NO
  - D. ¿Solicitado o recibido indemnización por alguna incapacidad física o mental?  SI  NO
  - E. ¿Sido aconsejado a que se someta a alguna cirugía, tratamiento, o a algún examen para diagnóstico que no ha sido completado?  SI  NO
  - F. ¿Ha tomado medicamento para alguna enfermedad, desorden o condición que no se indica arriba?  SI  NO
  - G. ¿Ha sido tratado o consultado con un médico por el uso del alcohol, o ha usado alguna vez drogas ilegales?  SI  NO

PARTE II DETALLES: Favor de proveernos los detalles completos de todas las respuestas afirmativas de arriba.

6. Pregunta No.	Razón Que Originó El Tratamiento	Fecha	Nombre del Médico u Hospital y Dirección
<u>6</u>	<u>Dieta para adelgazar (Estilo ca)</u>		
<u>7.c</u>	<u>Análisis clínicos (Chaperon médico rutinario)</u>	<u>6/14/94</u>	<u>Lab. ROE</u>

Si necesita más espacio utilice una hoja adicional firmada y fechada por el propuesto asegurado.

Declaro que las respuestas anteriores son completas y verdaderas a mi mejor saber y entender.

Firmado por Lucila este 15 día de Noviembre 1994

Firma del Médico Examinador [Signature] M.D. [Signature] Firma del Propuesto Asegurado [Signature]

EL PROPUUESTO ASEGURADO DEBE SER IDENTIFICADO POR UN DOCUMENTO QUE CONTenga SU FOTO

Estatura (Con zapatos) ..... 1 m 60 cm.  
 Peso (Con Ropa) ..... 60 kg.  
 Pulso (Inspiración Completa) Varones Solamente ..... cm.  
 (Expiración Forzada) ..... cm.  
 Abdomen, a Nivel del Ombligo ..... Si  No   
 ..... Si  No   
 ..... Si  No

¿Tiene apariencia no saludable o aparenta mayor edad que la declarada? .....  
 ¿Tiene presión arterial? \*Registre la 2da y 3ra cifra en intervalos durante el examen si existe historia de hipertensión o si la primera cifra es de 140 sistólica o 90 diastólica o mayor.

	1ra Cifra	2da Cifra	3era Cifra
Sistólica	100		
Diastólica	80		
Pulsaciones	62		

¿Durante el examen ha encontrado alguna anomalía en lo que se refiere a: (Circule los puntos que apliquen y dé detalles) .....  
 A. Oídos, nariz, boca, faringe? (Si la visión y el oído están seriamente afectados indique el grado y la corrección.) .....  
 B. Piel (incluyendo cicatrices); nódulos linfáticos, venas varicosas, o arterias periféricas? .....  
 C. Sistema nervioso (incluya reflejos, marcha, parálisis)? .....  
 D. Sistema respiratorio? .....  
 E. Abdomen (incluya cicatrices)? .....  
 F. Sistema genitourinario (incluyendo la prostata)? .....  
 G. Sistema endocrinal (incluyendo la tiroides y los senos)? .....  
 H. Sistema músculo-esqueleto (incluyendo la columna vertebral, las articulaciones, amputaciones, deformidades)? .....  
 I. ¿Tiene usted conocimiento de alguna historia médica adicional? .....  
 (Un reporte confidencial puede ser enviado al director médico.)  
 Orina: (No se requiere cuando una muestra ha sido enviada al laboratorio de la compañía aseguradora.)  
 A. Gravedad Específica .....  
 B. Albúmina .....  
 C. Glucosa .....  
 D. ¿Ha enviado usted muestra al laboratorio de la compañía aseguradora? .....

Detalles de las respuestas afirmativas a las Preguntas 1C, 3, 4 y/o 5

Pregunta No.	Detalle
3 B	miopía Lefo OD + 3.00 cerca OD + 5.00 desde 1989 OI + 2.75 cerca OI + 4.75
7	cicatriz suproumbilical de 12 cm - IQ: coloblastectomía
8	cicatriz suprapúbica 15 cm Histerectomía. 1973

¿El médico que le examinó cuidadosamente a ..... ha sido identificado por un documento de identidad con foto? .....  
 Per cuánto tiempo ha conocido al propuesto asegurado? Denunciado .....  
 ¿Es usted pariente del propuesto asegurado? No  
 Examinado en: X M. Consultorio ..... Su oficina de trabajo ..... Su residencia: Este .....  
 Nombre del Examinador en letra de imprenta: Hugo E. Malaspina M.  
 Dirección del Examinador: Av. Encabada 851 Pontonico .....  
 Número Médico: 16985 ..... Año Titulado: 1982  
 Especialidad Médica: Medicina general .....  
 Nombre del agente que autorizó el examen: .....

Por favor asegúrese que este reporte este total y correctamente completado. Envíelo directamente al director médico en la Casa Matriz de la Compañía.



810 EAST ANDERSON LANE • AUSTIN, TEXAS 78752-1602

INSURED  
POLICY  
NUMBER

ROSMARI L LINARES-DE SAUCEDO  
01-00817057

ROSMARI L LINARES-DE SAUCEDO  
CALLE 29 MZ N V LOTE 15  
URB MARISCAL CASTILLA  
SAN BORJA  
LIMA 41, PERU

204 FECHA: 28 NOVIEMBRE 1994

RECIBO OFICIAL

HEMOS APLICADO A SU POLIZA UN PAGO  
POR \$778.00 A PARTIR DE  
4 NOVIEMBRE 1994.  
GRACIAS POR ESTE PAGO. AGRADECEMOS  
LA CONFIANZA DEPOSITADA EN NUESTRA  
EMPRESA.

*Helen Miller*

HELEN MILLER  
VICEPRESIDENTE ASISTENTE  
CONTABILIDAD DE PRIMAS  
DEPT. DE CONTABILIDAD INT'L  
45622-45622-45622

622



810 EAST ANDERSON LANE • AUSTIN, TEXAS 78752-1602

INSURED  
POLICY  
NUMBER

ROSMARI L LINARES-DE SAUCEDO  
01-00817057

ROSMARI L LINARES-DE SAUCEDO  
CALLE 29 MZ N V LOTE 15  
URB MARISCAL CASTILLA  
SAN BORJA  
LIMA 41, PERU

217 FECHA: 15 ENERO 1995

RECIBO OFICIAL

HEMOS APLICADO A SU POLIZA UN PAGO  
POR \$778.00 A PARTIR DE  
15 DICIEMBRE 1994.  
GRACIAS POR ESTE PAGO. AGRADECEMOS  
LA CONFIANZA DEPOSITADA EN NUESTRA  
EMPRESA.

*Helen Miller*

HELEN MILLER  
VICEPRESIDENTE ASISTENTE  
CONTABILIDAD DE PRIMAS  
DEPT. DE CONTABILIDAD INT'L  
45622-45622-45622

622

## Banco de Crédito Overseas Limites - Nassau Bahamas

## DEPÓSITO A PLAZO MÁS INTERESES

Depósito a plazo 15.01.98	US \$	271 500.00
Incremento por Intereses al 12.01.99		20 000.53
<b>Saldo al 12.01.99</b>	<b>US \$</b>	<b>291 500.53</b>
04.02.1999 Depósito en efectivo		50 000.00
<b>Saldo al 04.02.99</b>	<b>US \$</b>	<b>341 500.53</b>

Intereses

Del 12.01.99 al 12.04.99		6 537.32
Del 12.04.99 al 12.07.99		6 507.83
Del 12.07.99 al 11.10.99		6 408.53
Del 11.10.99 al 11.01.00		6 027.44
	<b>US \$</b>	<b>366 981.65</b>
24.02.00 Depósito		56 448.83
	<b>US \$</b>	<b>423 430.48</b>

Intereses

Del 11.01.00 al 10.04.00		6 241.90
Del 11.04.00 al 10.07.00		6 963.05
Del 10.07.00 al 09.10.00		7 620.19
<b>Saldo al 09.10.00 ( Suma cobrada el 16.11.00 )</b>	<b>US \$</b>	<b>444 255.62</b>

INTERESES GANADOS AL 09.10.00 US \$ 66.306,79

El Banco de Crédito del Perú le entrega a César Saucedo Sánchez esta transferencia por cuenta de ATSEKYKY BANCO ATLANTIC SECURITY BANK GRAND CAYMAN el 16.11.2000

INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO  
DIRECCION REGIONAL LIMA  
E.P. CALLAO



CONSTANCIA N° 00 / 03-INPE/17-221-URP-DD.JJ.

EL COORDINADOR (e) DE LA FUNCION DE  
DILIGENCIAS JUDICIALES DEL E.P.CALLAO QUE  
SUSCRIBE :

DA CONSTANCIA.-

*Que, la conducción hacia los ambientes del Congreso Nacional de la República, del interno: CESAR ENRIQUE SAUCEDO SANCHEZ, programada para la fecha, no se realizara por haberlo dejado sin efecto la instancia solicitante mediante el Oficio N° 680-2002-2003-DDP-D/CR..*

*Se expide el presente documento a solicitud de los interesados para los fines que estimen por convenientes.*

E.P.Callao, 07 de Marzo del 2003.



MARCOS G.URBANO MEZA  
Coordinador (e) DD.JJ.E.P.Callao

24/11/10

**DENUNCIA CONSTITUCIONAL**  
**No. 138**

**SEÑOR CARLOS FERRERO COSTA**  
**PRESIDENTE DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA**  
**Y DE LA COMISION PERMANENTE**  
**PRESENTE.-**

**RENATO D. SALGUERO CAYCHO**, Abogado del General ® César Saucedo Sánchez, en la Denuncia Constitucional presentada por la Fiscal de la Nación, a usted atentamente digo:

Que, ampliando el escrito presentado por la defensa con fecha 7 de Marzo del año en curso, y cumpliendo con instrucciones impartidas por mi patrocinado, cumpla con acompañar al presente el Esclarecimiento al Informe Final de la Sub-Comisión Investigadora del Congreso de la Denuncia Constitucional No. 138.

Del análisis de dicho documento, queda fehacientemente aclarado que el “supuesto” desbalance patrimonial del General ® César Saucedo Sánchez, señalado en el Informe Final de la Sub-Comisión Investigadora del Congreso, ha llegado a conclusiones que carecen de fundamentos que acrediten realmente un desbalance patrimonial, no ha tenido en cuenta las aclaraciones formuladas y la documentación presentada para llegar, finalmente, de manera vaga e imprecisa que “existiría un balance patrimonial no justificado”, lo cual, evidentemente, no puede servir de sustento para formular una denuncia tan grave.

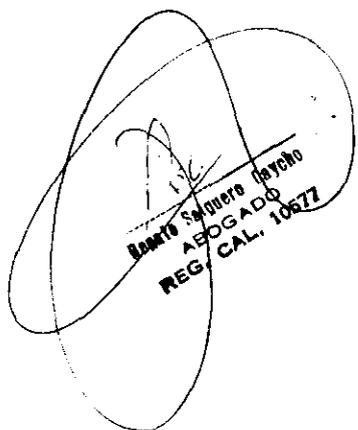
Es más, se pretende basar el Informe Final en que existe contradicción entre el Flujo de Ingresos y Egresos presentado por mi patrocinado a la Dirección contra el Terrorismo de la Policía Nacional del Perú que comprende el periodo 1992 al 2000 y los Ingresos y Egresos presentados en el Peritaje de Parte, que comprende el periodo 1990 al 2000, documentos que no pueden ser comparables entre sí, es más, esta aclaración la efectuó mi patrocinado en la oportunidad en que compareció ante la Sub-Comisión.

Con tal motivo, para demostrar lo anteriormente expuesto, acompaño el Esclarecimiento de Parte al Informe Final de la Sub-Comisión Investigadora del Congreso de la Denuncia Constitucional No. 138 que desvirtúa de manera categórica y fehaciente el Informe presentado por el Perito Contable de la Sub-Comisión, donde no sólo mi patrocinado revierte el supuesto desbalance existente según la Sub-Comisión, sino que por el contrario lo convierte en positivo. Esto sin sumar los rubros que la Sub-Comisión no ha considerado como son la Dotación de Combustible, Préstamo de Hermano, Venta de Pinturas y Joyas, Venta Camioneta Rural y que están demostrados fehacientemente en este informe esclarecedor

**POR LO EXPUESTO:**

Solicito a usted, Señor Presidente de la Comisión Permanente del Congreso se sirva merituar lo expuesto en el presente caso y archivar por inconsistente el Informe Final de la Sub-Comisión Investigadora de la Denuncia Constitucional No. 138 y por los claros fundamentos fácticos y jurídicos contenidos en los escritos de Descargo y Pruebas Ofrecidas y Actuadas, se declare la inocencia de mi patrocinado, General ® César Saucedo Sánchez.

**Lima, 4 de Abril del 2003.**



Juanito Saucedo de Yollo  
ABOGADO  
REG. CAL. 10677

**ESCLARECIMIENTO, DEL INFORME FINAL**

**DE LA SUB COMISIÓN INVESTIGADORA DEL CONGRESO,**

**DE LA DENUNCIA CONSTITUCIONAL NÚMERO 138**

**DEL DENUNCIADO: CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ,**

**EX MINISTRO DEL INTERIOR Y DEFENSA**

ACLARACIÓN AL " SUPUESTO " DESBALANCE PATRIMONIAL

DEL Gral. CÉSAR SAUCEDO SÁNCHEZ

2834

SEÑALADO EN EL INFORME DE LA SUB COMISIÓN INVESTIGADORA DEL CONGRESO

1. CONCEPTOS DE INGRESOS Y EGRESOS OBSERVADOS

a. REMUNERACIONES Y BONIFICACIONES PERCIBIDAS  
( PÁGINAS 11 a 14 DEL INFORME DE LA SUB COMISIÓN INVEST. DEL CONGRESO )

INGRESOS PERCIBIDOS		FLUJO DE INGRESOS PRESENTADO POR EL Gral. SAUCEDO A LA DIRECCIÓN CONTRA EL TERRORISMO DE LA PNP DEL PERÚ	ALGUNOS IMPORTES DEL INFORME PERICIAL DE PARTE CONSIDERADOS POR LA SUB COMISIÓN INVESTIGADORA DEL CONGRESO	DIFERENCIAS ENTRE EL FLUJO DE INGRESOS PRESENTADO Y LOS IMPORTES DEL INFORME PERICIAL DE PARTE CONSIDERADOS POR LA SUB COMISIÓN INVESTIGADORA DEL CONGRESO	FUNDAMENTOS FACTIVO  ( EXPLICACIÓN EN PÁGINAS SIGUIENTES )
ENTIDAD	CONCEPTO	US \$	US \$	US \$	
EJERCITO DEL PERÚ	REMUNERACIONES y BONIF. NETAS	97,174	109,987.78	-12,813.78	1
PRES. CONSEJO DE MINISTROS	ASIGNACIÓN NETA ALTA DIRECCIÓN	228,477	228,806.30	-329.30	2
EJERCITO DEL PERÚ	ABONOS PERMANENCIA EN EE.UU.	132,850	132,850.00	-	
MINIST. DEL INTERIOR - CAFAE	INCENTIVOS ECONÓMICOS	-	4,363.64	-4,363.64	3
INDUMIL	DIETAS DE DIRECTORIO	12,717	12,716.54	0.46	4
EJERCITO DEL PERÚ	LIQUIDACIÓN PASE AL RETIRO	22,025	22,024.85	0.15	5
AUX. COOP. MILITAR DE RETIRO	PASE SITUACIÓN DE RETIRO	3,205	3,223.38	-18.38	6
AUX. COOP. MILITAR DE RETIRO	FALLECIMIENTO ESPOSA	-	-	-	
EJERCITO DEL PERÚ	LIQ. ASIG. DE VIAJE PASE AL RETIRO	4,013	4,035.75	-22.75	7
SOC. DE OFIC. GRALES Y ALMIRANTES	FALLECIMIENTO DE ESPOSA	-	2,844.44	-2,844.44	8
<b>SUB TOTAL</b>		<b>US \$. 500,461</b>			
EJERCITO DEL PERÚ	DOTACIÓN DE COMBUSTIBLE	87,194	71,738.30	15,455.70	9
RODOLFO SAUCEDO SÁNCHEZ	PRÉSTAMO	80,000	80,000.00	-	
BANCO DE CRÉDITO	SEGURO FALLECIMIENTO DE ESPOSA	11,000	10,775.38	224.62	10
NATIONAL WESTERN	PÓLIZA DE SEGURO ESPOSA	271,500	271,500.00	-	
BCO. DE CRÉDITO OVERSEAS	INTERESES DE DEPÓSITOS A PLAZO	71,500	-	71,500.00	11
<b>TOTAL DE INGRESOS</b>		<b>US \$. 1,021,655</b>	<b>US \$. 954,866.36</b>		
<b>SUB TOTAL DE DIFERENCIAS :</b>				<b>US \$. 66,788.64</b>	
<b>ERROR DE SUMA EN EL INFORME DE LA SUB COMISIÓN INVESTIGADORA DEL CONGRESO :</b>				<b>-0.42</b>	
<b>DIFERENCIA "INCONSISTENTE" ESTABLECIDA POR LA SUBCOMISIÓN INVESTIGADORA DEL CONGRESO :</b>				<b>US \$. 66,788.22</b>	
<b>INTERESES DEL DEPÓSITO A PLAZO EN EL BCO. DE CRÉDITO OVERSEAS, INCLUIDOS DENTRO DEL IMPORTE DE US \$. 444,255.62 DEL INFORME PERICIAL DE PARTE Y NO CONSIDERADOS POR LA SUB COMISIÓN INVEST. DEL CONGRESO :</b>				<b>US \$. -66,306.79</b>	11
<b>TOTAL DE DIFERENCIAS :</b>				<b>US \$. 481.43</b>	

**ESCLARECIMIENTO :**

LA SUB COMISIÓN INVESTIGADORA DEL CONGRESO HA ESTABLECIDO DIFERENCIAS ENTRE EL FLUJO DE INGRESOS Y EGRESOS PRESENTADO POR EL Gral. CÉSAR SAUCEDO SÁNCHEZ A LA DIRECCIÓN CONTRA EL TERRORISMO DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ y, A ALGUNOS IMPORTES DEL INFORME PERICIAL DE PARTE, OBTENIENDO UNA DIFERENCIA "INCONSISTENTE DE US \$. 66,788.22" YA QUE COMO ELLOS MANIFIESTAN "LOS INGRESOS CONSIDERANDO LOS MISMOS CONCEPTOS DEBEN SER IGUALES", PERO NO CONSIDERAN LOS INTERESES DEL DEPÓSITO A PLAZO DE US \$. 66,306.79 CONSIGNADO EN EL INFORME PERICIAL DE PARTE, DENTRO DEL RUBRO "PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA" (BANCO DE CRÉDITO OVERSEAS LIMITED) POR EL MONTO DE US \$. 444,255.62.

ASIMISMO, DE ESTA COMPARACIÓN RESULTA SOLAMENTE UNA DIFERENCIA DE US \$. 481.43, DEBIDO A QUE ALGUNOS INGRESOS NO SE INCLUYERON EN EL FLUJO DE INGRESOS Y EGRESOS PRESENTADO A LA DIRECCIÓN NACIONAL DE TERRORISMO DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU, PORQUE LA DOCUMENTACION SUSTENTATORIA NO LA ENTREGARON LAS DIFERENTES ENTIDADES EN SU OPORTUNIDAD, PERO SI SE HAN INCLUIDO EN EL INFORME PERICIAL DE PARTE Y ADEMÁS POR EL TIPO DE CAMBIO Y REDONDEO DE MONEDA, TAL COMO SE EXPLICA A CONTINUACIÓN ( FUNDAMENTOS FACTIVO ).

FUNDAMENTOS FACTICO, EXPLICACIONES

## 1. REMUNERACIONES Y BONIFICACIONES NETAS, ABONADAS POR EL EJÉRCITO DEL PERÚ

ACLARACION		
Monto considerado en el Flujo de Ingresos y Egresos	US \$	97,174.00
Monto considerado en el Informe Pericial de Parte		109,987.78
<b>DIFERENCIA CONSIDERADA DE MENOS EN EL FLUJO : US \$.</b>		<b>-12,813.78</b>

EL GRAL. CÉSAR SAUCEDO SÁNCHEZ EN EL FLUJO PRESENTADO A LA DIRECCIÓN CONTRA EL TERRORISMO DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ, NO INCLUYÓ LAS REMUNERACIONES PERCIBIDAS EN EL AÑO 1990 y 1991 EN LOS AÑOS 1997, 1998, 1999 Y 2000 CONSIGNÓ CANTIDADES MENORES A LAS INDICADAS EN EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE ENTREGADO POR EL EJÉRCITO DEL PERÚ.

REMUNERACIONES Y BONIFICACIONES NETAS				
AÑOS	INTIS Ii.	NUEVOS SOLES Si.	T / C	MONTO CONSIDERADO DE MENOS US \$.
1990	1,064,314,366.00		219,022.17	-4,859.39
1991		3,883.02	0.77	5,042.88
1997		2,358.00	2.66	-886.47
1998		4,432.92	2.93	-1,512.94
1999		1,493.10	3.38	-441.75
2000				
<b>DIFERENCIA T / C</b>				
41,636.79, T / C 3.480 = 11,964.59				
41,636.79, T / C 3.500 = 11,896.00				-68.59
<b>REDONDEO DE MONEDA DE CADA AÑO</b>				-1.76
<b>IMPORTE NO INCLUIDO EN EL FLUJO :</b>			<b>US</b>	<b>-12,813.78</b>

EL DETALLE DE LAS REMUNERACIONES ABONADAS POR EL EJÉRCITO PERUANO Y LOS DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS RESPECTIVOS, ESTÁN EN LAS PAGINAS 2 Y 3 y EN EL ANEXO N° 2 DEL INFORME PERICIAL DE PARTE.

**2. ASIGNACIÓN NETA ALTA DIRECCIÓN, ABONADAS POR LA PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS :**

DIFERENCIA DE US \$. -329.30 CONSIDERADA DE MENOS EN EL FLUJO DE INGRESOS Y EGRESOS, DEBIDO AL TIPO DE CAMBIO DEL DÓLAR UTILIZADO EN EL AÑO 2000 Y REDONDED DE MONEDA. PÁGINA 7 y ANEXO N° 9 DEL INFORME PERICIAL DE PARTE.

REMUNERACIÓN NETA ALTA DIRECCIÓN	IMPORTE S/.	T / C	IMPORTE US \$.
<b>AÑO 2000</b>			
FLUJO DE INGRESOS	200,632.00	3.500	57,323.43
INFORME PERICIAL DE PARTE	200,632.00	3.480	57,652.87
DIFERENCIA POR EL TIPO DE CAMBIO			-329.44
DIFERENCIA POR REDONDEO DE MONEDA			0.14
DIFERENCIA CONSIDERADA DE MENOS EN EL FLUJO : US			-329.30

**3. INCENTIVOS ECONÓMICOS, ABONADOS POR EL CAFAE DEL MINISTERIO DE INTERIOR :**

EL GRAL. CÉSAR SAUCEDO SÁNCHEZ EN EL FLUJO PRESENTADO A LA DIRECCION CONTRA EL TERRORISMO DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ, **NO INCLUYÓ EL IMPORTE DE US \$. 4,363.64** POR INCENTIVOS ECONÓMICOS ABONADOS POR EL CAFAE DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

INCENTIVOS ECONÓMICOS - CAFAE			
AÑOS	MONTO PERCIBIDO S/.	T / C	IMPORTE NO CONSIDERADO EN EL FLUJO US \$.
1997	2,700.00	2.66	1,015.04
1999	4,500.00	3.38	1,331.36
2000	7,020.00	3.48	2,017.24
<b>TOTAL : S/.</b>	<b>14,220.00</b>	<b>US \$.</b>	<b>4,363.64</b>

EL MONTO DE US \$. 4,363.64 NO CONSIDERADOS EN EL FLUJO DE INGRESOS Y EGRESOS, ESTÁN DETALLADOS Y SUSTENTADOS EN LA PÁGINA 7 y EN EL ANEXO N° 10 DEL INFORME PERICIAL DE PARTE.

4. DIETAS DE DIRECTORIO , ABONADAS POR INDUMIL :

DIFERENCIA DE US \$. 0.46 POR REDONDEO DE MONEDA.

PÁGINA 4 y ANEXO N°. 4 DEL INFORME PERICIAL DE PARTE.

ACLARACIÓN		
Monto considerado en el Flujo de Ingresos y Egresos	US \$.	12,717.00
Monto considerado en el Informe Pericial de Parte		12,716.54
<b>MONTO CONSIDERADO DE MÁS EN EL FLUJO :</b>		<b>US \$.</b> 0.46

5. LIQUIDACIÓN PASE AL RETIRO , ABONADAS POR EL EJÉRCITO DEL PERÚ :

DIFERENCIA DE US \$. 0.15 POR REDONDEO DE MONEDA.

PÁGINA 9 y ANEXO N°. 14 DEL INFORME PERICIAL DE PARTE.

ACLARACIÓN		
Monto considerado en el Flujo de Ingresos y Egresos	US \$.	22,025.00
Monto considerado en el Informe Pericial de Parte		22,024.85
<b>MONTO CONSIDERADO DE MÁS EN EL FLUJO :</b>		<b>US \$.</b> 0.15

**6. PASE SITUACIÓN DE RETIRO , ABONADAS POR EL AUX. COOP. MILITAR DE RETIRO :**

**DIFERENCIA DE US \$ . - 18.38** POR EL TIPO DE CAMBIO DEL DÓLAR UTILIZADO EN EL AÑO 2000  
PÁGINA 10 y ANEXO N°. 17 DEL INFORME PERICIAL DE PARTE.

<b>PASE SITUACIÓN DE RETIRO</b>	<b>IMPORTE S/.</b>	<b>T /C</b>	<b>IMPORTE US \$.</b>
<b>AÑO 2000</b>			
Monto considerado en el Flujo de Ingresos y Egresos	11,217.36	3.480	3,205.00
Monto considerado en el Informe Pericial de Parte	11,217.00	3.500	3,223.38
<b>DIFERENCIA CONSIDERADA DE MENOS EN EL FLUJO :</b>		<b>US \$,</b>	<b>-18.38</b>

**7. LIQUIDACIÓN ASIGNACIÓN DE VIAJE PASE AL RETIRO , ABONADAS PDR EL EJÉRCITO DEL PERÚ :**

**DIFERENCIA DE US \$ . - 22.75** POR EL TIPO DE CAMBIO DEL DÓLAR UTILIZADO EN EL AÑO 2000  
Y REDONDEO DE MONEDA .

PÁGINA 10 Y ANEXO N°. 18 DEL INFORME PERICIAL DE PARTE.

<b>ACLARACIÓN</b>			
<b>LIQUIDACIÓN ASIGNACIÓN DE VIAJE PASE AL RETIRO</b>	<b>IMPORTE S/.</b>	<b>T /C</b>	<b>IMPORTE US \$.</b>
<b>AÑO 2000</b>			
Monto considerado en el Flujo de Ingresos y Egresos	14,044.00	3.500	4,012.57
Monto considerado en el Informe Pericial de Parte	14,044.44	3.480	4,035.75
<b>DIFERENCIA POR EL TIPO DE CAMBIO</b>			<b>-23.18</b>
<b>DIFERENCIA POR REDONDEO DE MONEDA</b>			<b>0.43</b>
<b>MONTO CONSIDERADO DE MENOS EN EL FLUJO :</b>		<b>US \$,</b>	<b>-22.75</b>

**8. FALLECIMIENTO DE ESPOSA, ABONADO POR LA ASOCIACIÓN DE OFICIALES, GENERALES Y ALMIRANTES:**

EL GRAL. CÉSAR SAUCEDO SÁNCHEZ, EN EL FLUJO PRESENTADO A LA DIRECCIÓN CONTRA EL TERRORISMO DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ, NO INCLUYÓ EL IMPORTE DE US \$. 2,844.44 PERCIBIDO POR FALLECIMIENTO DE ESPOSA ABONADO EN EL AÑO 1995.

FALLECIMIENTO DE ESPOSA			
AÑO	MONTO PERCIBIDO S/.	T / C	IMPORTE NO INCLUIDO EN EL FLUJO US \$.
1995	6,400.00	2.25	2,844.44
TOTAL : S/.	6,400.00	US \$.	2,844.44

EL DETALLE DEL IMPORTE PERCIBIDO Y EL DOCUMENTO SUSTENTATORIO RESPECTIVO, ESTÁN EN LA PÁGINA 6 y EN EL ANEXO N°. 6 DEL INFORME PERICIAL DE PARTE.

**9. DOTACIÓN DE COMBUSTIBLE, ABONADAS POR EL EJÉRCITO DEL PERÚ:**

ACLARACIÓN		
Monto incluido en el Flujo de ingresos y Egresos	US \$.	87,194.00
Monto Incluido en el Informe Pericial de parte		71,738.30
<b>MONTO CONSIDERADO DE MÁS EN EL FLUJO:</b>	<b>US \$.</b>	<b>15,455.70</b>

EL GRAL. CÉSAR SAUCEDO SÁNCHEZ EN EL FLUJO PRESENTADO A LA DIRECCIÓN CONTRA EL TERRORISMO DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ, INCLUYÓ DE MÁS POR DOTACIÓN DE COMBUSTIBLE, EL IMPORTE DE US \$. 15,455.70, CORRESPONDIENTE A LOS PERÍODOS DE ENERO DE 1985 A DICIEMBRE DE 1989.

EL INFORME PERICIAL DE PARTE NO INCLUYE DICHO IMPORTE, PORQUE ABARCA EL PERÍODO DEL 1 DE ENERO DE 1990 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2000 :

DOTACIÓN DE COMBUSTIBLE			
AÑOS	INTIS U.	T / C	IMPORTES US \$.
1985	32,724.00	13.94	2,347.49
1986	45,360.00	13.95	3,251.61
1987	61,257.60	16.84	3,637.62
1988	459,453.60	128.83	3,566.36
1989	7,082,056.80	2,666.19	2,656.25
			<b>15,459.33</b>
REDONDEO DE MONEDA DE CADA AÑO			-3.63
<u>IMPORTE QUE NO SE INCLUYE EN EL INFORME PERICIAL DE PARTE</u>			US 15,455.70

EL DETALLE DE LA DOTACIÓN DE COMBUSTIBLE ABONADAS POR EL EJÉRCITO PERUANO Y LOS DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS RESPECTIVOS, ESTÁN EN LA PÁGINA 3 y EN EL ANEXO N°. 3 DEL INFORME PERICIAL DE PARTE

10. SEGURO FALLECIMIENTO DE ESPOSA, ABONADO POR EL BANCO DE CRÉDITO DEL PERÚ:

EN EL FLUJO DE INGRESOS PRESENTADO POR EL GRAL. CÉSAR SAUCEDO SANCHEZ A LA DIRECCIÓN CONTRA EL TERRORISMO DE LA POLICIA NACIONAL, SE INCLUYÓ UN MONTO MAYOR QUE EL CONSIGNADO EN EL INFORME PERICIAL DE PARTE.

ACLARACIÓN	
SEGURO FALLECIMIENTO DE ESPOSA	IMPORTE US \$.
<b>AÑO 1995</b>	
Monto considerado en el Flujo de Ingresos y Egresos	11,000.00
Monto considerado en el Informe Pericial de Parte	10,775.38
<b>MONTO CONSIDERADO DE MÁS EN EL FLUJO: US \$</b>	<b>224.62</b>

EL DETALLE DEL BENEFICIO RECIBIDO POR EL FALLECIMIENTO DE LA ESPOSA, ABONADO POR EL BANCO DE CRÉDITO Y EL DOCUMENTO SUSTENTATORIO RESPECTIVO, ESTÁN EN LA PÁGINA 8 y EN EL ANEXO N°. 8 DEL INFORME PERICIAL DE PARTE.

11. INTERESES DEL DEPÓSITO A PLAZO , ABONADOS POR EL BANCO DE CRÉDITO OVERSEAS LTD. - Nassau Bahamas :

ACLARACIÓN

- Monto de Intereses considerados en el Flujo de Ingresos y Egresos US \$. 71,500.00
- Monto de Intereses considerados en el Informe Pericial de Parte :  
US \$. 66,306.79 , incluidos en el Rubro *Póliza de Seguro de Vida*  
por un importe total de US \$. 444,255.62 . La Sub Comisión Invest.  
no ha considerado ninguna suma . US \$. 66,306.79

EN EL FLUJO PRESENTADO POR EL Gral. CÉSAR SAUCEDO SANCHEZ A LA DIRECCIÓN CONTRA EL TERRORISMO DE LA POLICIA NACIONAL , SE INCLUYÓ POR ESTE CONCEPTO EL IMPORTE DE US \$. 71,500.00.

*EN EL INFORME PERICIAL DE PARTE SE HA CONSIDERADO POR INTERESES GANADOS LA SUMA DE US \$. 66,306.79 , DENTRO DEL RUBRO " PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA " ( BANCO DE CRÉDITO OVERSEAS LTD. NASSAU BAHAMAS ) EN EL MONTO DE US \$. 444,255.62 , PERO LA SUBCOMISIÓN INVESTIGADORA NO LO HA CONSIDERADO, LO HA OMITIDO .*

EL DETALLE DE ESTE CONCEPTO Y LOS DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS RESPECTIVOS . ESTÁN EN LA PÁGINA 11 y EN EL ANEXO N°. 20 DEL INFORME PERICIAL DE PARTE .

## EGRESOS SEGÚN FLUJO DE INGRESOS Y EGRESOS

( PÁGINA 13 y 14 DEL INFORME DE LA SUB COMISIÓN INVEST. DEL CONGRESO )

LA SUB COMISIÓN INDICA QUE : " LOS EGRESOS CONSIDERADOS EN EL FLUJO SE ENCUENTRAN CONSIGNADOS EN EL PERITAJE CON EXCEPCIÓN DE LOS US \$. 57,000.00 POR LA ADQUISICIÓN DE INMUEBLE EN CAÑETE - PLAYA LOS LOBOS ".

### ACLARACIÓN :

1. EL TERRENO UBICADO EN PAMPA LOS LOBOS, DISTRITO DE CERRO AZUL, PROVINCIA DE CAÑETE - DEPARTAMENTO DE LIMA , SE ADQUIERE POR EL IMPORTE DE US \$. 3,200.00 ; CONCEPTO QUE ESTÁ INCLUIDO EN EL INFORME PERICIAL DE PARTE , PÁGINA 14 y ANEXO 22 .
2. SOBRE ESTE TERRENO SE CONSTRUYE UNA CASA DE PLAYA VALORIZADA EN US \$. 57,000.00 , DE ACUERDO A LA HOJA DE LIQUIDACIÓN DE LICENCIA DE CONSTRUCCIÓN Y CONFORMIDAD DE OBRAS DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CERRO AZUL - CAÑETE ; IMPORTE QUE ESTÁ INCLUIDO EN EL INFORME PERICIAL DE PARTE EN EL RUBRO DE EGRESOS , PÁGINA 17 y ANEXO 26 .

CONSECUENTEMENTE, SI SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL INFORME PERICIAL DE PARTE EL EGRESO DE US \$. 57,000.00 , TAL COMO SE DESCRIBE LÍNEAS ARRIBA.

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA US \$. 444,255.62****\_(Letra i. Páginas 16 y 17 DEL INFORME DE LA SUB COMISIÓN INVEST. DEL CONGRESO )****a). SEGURO DE VIDA**

- ENTIDAD : NACIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY
- NÚMERO DE PÓLIZA : 0100817057
- FECHA : 27 DE OCTUBRE DE 1994
- ASEGURAOO : ROSMARI LUCILA LINARES DE SAUCEDO
- MONTO DE PÓLIZA : US \$. 100,000.00  
BENEFICIO FLEXIBLE DE VIDA
- SUPLEMENTO : US \$. 100,000.00  
MUERTE ACCIDENTAL
- BENEFICIARIOS : CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ ,  
CÉSAR A., JENNY R., ANNIE J. y JULIE E. SAUCEOO LINARES
- PRIMA : US \$. 778.00 SEMESTRAL

**b). PAGO DE PRIMAS POR EL SEGURO**

SE HICIERON 2 PAGOS POR UN IMPORTE TOTAL DE US \$. 1,556.00

- RECIBO DEL 28 DE NOVIEMBRE OE 1994 US \$. 778.00
- RECIBO DEL 15 DE ENERO DE 1995 US \$. 778.00

**c). TIEMPO QUE ESTUVO ASEGURADA LA SEÑORA**

9 MESES, 3 DÍAS

**d). CÁLCULO DETALLADO DE LOS US \$. 271,500.00 PARA LUEGO COBRAR US \$. 444,255.62**

- EL 17 DE DICIEMBRE DE 1997, LA NATIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY PAGÓ MEOIANTE CHEQUE N°. 729134 EL IMPORTE OE US \$ 271,500.00, SUMA QUE SE DEPOSITÓ EN EL BCO. DE CRÉDITO OVERSEAS LTD. Nassau Bahamas y SE APERTURÓ UN DEPÓSITO A PLAZO US \$. 271,500.00
- EL 04.02.1999 SE INCREMENTA EL DEPÓSITO A PLAZO (*Depósito en Efectivo: Página 17 del Informe Pericial de Parte*), EN LA SUMA DE : 50,000.00
- EL 24.02.2000 SE INCREMENTA EL DEPÓSITO A PLAZO (*Depósito en Efectivo: Página 17 del Informe Pericial de Parte*), EN LA SUMA DE : 56,448.83
- INTERESES GANADOS Y PAGOOS (Detallado en la siguiente página) POR EL BANCO DE CRÉDITO OVERSEAS LTD. Nassau Bahamas POR EL DEPÓSITO A PLAZO 66,306.79

**IMPORTE COBRADO EN EL BANCO DE CRÉDITO DEL PERÚ EL DÍA 16.11.00 : US \$. 444,255.62**  
*(Página 11 y Anexo 20 del Informe Pericial de Parte)*

## BANCO DE CRÉDITO OVERSEAS LTD. NASSAU BAHAMAS

DETALLE DEL DEPÓSITO A PLAZO MÁS INTERESES e INCREMENTOS

Depósito a plazo 15.01.98	US \$	271,500.00
Incremento por <u>Intereses</u> al 12.01.99		20,000.53
<b>Saldo al 12.01.99</b>	<b>US \$</b>	<b>291, 500.53</b>
04.02.1999 Incremento por Depósito en Efectivo		50, 000.00
<b>Saldo al 04.02.99</b>	<b>US \$</b>	<b>341, 500.53</b>
 <b><u>Intereses</u></b>		
Del 12.01.99 al 12.04.99		6, 537.32
Del 12.04.99 al 12.07.99		6, 507.83
Del 12.07.99 al 11.10.99		6, 408.53
Del 11.10.99 al 11.01.00		6, 027.44
	<b>US \$</b>	<b>366, 981.65</b>
22.02.00 Incremento por Depósito en Efectivo		56, 448.83
	<b>US \$</b>	<b>423, 430.48</b>
 <b><u>Intereses</u></b>		
Del 11.01.00 al 10.04.00		6, 241.90
Del 11.04.00 al 10.07.00		6, 963.05
Del 10.07.00 al 09.10.00		7, 620.19
<b>Saldo al 09.10.00 ( Suma cobrada el 16.11.00 )</b>	<b>US \$</b>	<b>444, 255.62</b>

ANEXO N°. 3 - COPIAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA e INTERESES GANADOS**TOTAL DE INTERESES GANADOS AL 09.10.00: US \$ 66,306.79****TOTAL DE INCREMENTOS POR DEPÓSITOS: US \$ 106,448.83**

EL 16.11.2000 , EL BANCO DE CRÉDITO DEL PERÚ LE ENTREGA AL Sr. CÉSAR SAUCEDO SÁNCHEZ POR CUENTA DEL ATSEKYKY BANCO ATLANTIC SECURITY BANK GRAND CAYMAN LA SUMA DE US\$. 444.255.62 .

**REPAROS AL PERITAJE DE PARTE**

(PÁGINAS 14 a 18 DEL INFORME DE LA SUB COMISIÓN INVEST. DEL CONGRESO)

2845

INGRESOS PERCIBIDOS		IMPORTES DEL INFORME PERICIAL DE PARTE "PÁGINA 12 DEL PERITAJE"		REPAROS DE LA SUB COMISIÓN INVESTIGADORA DEL CONGRESO AL "INFORME PERICIAL DE PARTE"	SUSTENTAR LEGALMENTE ESTOS INGRESOS * (ABOGADOS)
ENTIDAD	CONCEPTO	PARCIALES	TOTALES		
		US \$.	US \$.		
EJERCITO DEL PERÚ	REMUNERACIONES y BONIF NETAS	109,987.78			
PRES CONSEJO DE MINISTROS	ASIGNACIÓN NETA ALTA DIRECCIÓN	228,806.30			
EJERCITO DEL PERÚ	ABONOS PERMANENCIA EN EE.UU	132,850.20			
MINIST. DEL INTERIOR - CAFAE	INCENTIVOS ECONÓMICOS	4,363.64	476,007.92		
INDUMIL	DIETAS DE DIRECTORIO		12,716.54		
EJERCITO DEL PERÚ	LIQUIDACIÓN PASE AL RETIRO		22,024.85		
AUX. COOP. MILITAR DE RETIRO	PASE SITUACIÓN DE RETIRO	3,223.38			
AUX. COOP. MILITAR DE RETIRO	FALLECIMIENTO ESPOSA	1,526.07	4,749.45		
EJERCITO DEL PERÚ	LIQ. ASIG. DE VIAJE PASE AL RETIRO		4,088.47		
ASOC. DE OFIC. GRALES Y ALMIRANTES	FALLECIMIENTO DE ESPOSA		2,844.44		
	<b>SUB TOTAL</b>		522,431.67		
EJERCITO DEL PERÚ	DOTACIÓN DE COMBUSTIBLE		71,738.30	71,738.30	*
RODOLFO SAUCEDO SÁNCHEZ	PRÉSTAMO		80,000.00	80,000.00	*
BANCO DE CRÉDITO	SEGURO FALLECIMIENTO DE ESPOSA		10,775.38		
NATIONAL WESTERN	PÓLIZA DE SEGURO ESPOSA	271,500.00			
BCO. DE CRÉDITO OVERSEAS	INTERESES DE DEPÓSITOS A PLAZO	66,306.79			
BCO. DE CRÉDITO OVERSEAS	INCREMENTOS DEPÓSITOS A PLAZO	106,448.83	444,255.62		
VENTA DE RELOJES, JOYAS, PINTURAS Y OTROS			130,825.00	130,825.00	*
ORLANDO A. CALVAY MERINO	VENTA DE AUTO FORD 1988	2,500.00		2,500.00	*
JULIO I. REJAS CORRALES	VENTA DE CAMIONETA RURAL	12,500.00	15,000.00	12,500.00	*
MINISTERIO DE DEFENSA	INDEMNIZACIÓN POR CESACIÓN		589.53		
MINISTERIO DE DEFENSA	REMUNERACIÓN COMPENSATORIA		401.29		
	<b>TOTAL DE INGRESOS</b>	US \$.	1,276,016.79		
<b>SUB TOTAL DE REPAROS DE INGRESOS :</b>				US \$.	297,563.30
A LOS REPAROS DE US \$ 297,563.30, LA SUB COMISIÓN LE SUMA (Erróneamente) LOS GASTOS PERSONALES de:				US \$.	134,000.00
<b>TOTAL DE "SUPUESTOS" REPAROS OBTENIDOS POR LA SUB COMISIÓN INVESTI. DEL CONGRESO :</b>				US \$.	431,563.30
<b>COMPARANDO CON EL SUPERAVIT DEL "INFORME PERICIAL DE PARTE" :</b>				US \$.	362,722.92
<b>LA SUB COMISIÓN DEL CONGRESO OBTIENE UN "SUPUESTO DESBALANCE PATRIMONIAL" de :</b>				US \$.	68,840.38

**ACLARACIÓN A LOS GASTOS PERSONALES**

REPAROS A LOS INGRESOS (Sub Total), EFECTUADOS POR LA SUB COMISIÓN INVEST.	US \$.	297,563.30
MENOS: REPAROS DE LOS "GASTOS PERSONALES", ERRÓNEAMENTE SUMADOS POR LA SUB COMISIÓN ( <u>SE DEBEN RESTAR</u> ), A LOS REPAROS DE LOS INGRESOS :	US \$.	-134,000.00
TOTAL DE "SUPUESTOS" REPAROS A LOS INGRESOS Y EGRESOS DEL INFORME PERICIAL DE PARTE.	US \$.	163,563.30
COMPARANDO CON EL "SUPERAVIT DETERMINADO EN EL INFORME PERICIAL DE PARTE"	US \$.	362,722.92
Y, CONSIDERANDO "LOS ERRÓNEOS REPAROS" DE LA SUBCOMISIÓN, NO EXISTE TAL DESBALANCE PATRIMONIAL DE US \$ 68,840.38; <u>CONTRARIAMENTE, EXISTE UN "SUPERAVIT" A FAVOR DEL Gral. CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ</u> de:	US \$.	199,159.62

**CONCLUSIONES :**

EN RESUMEN SE CONCLUYE, QUE NO EXISTE DESBALANCE PATRIMONIAL ; AÚN , CONSIDERANDO LOS SUPUESTOS REPAROS AL INFORME PERICIAL DE PARTE , OBSERVADOS POR LA SUB COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL CONGRESO , **EXISTE UN SUPERÁVIT DE US \$. 199,159.62** ( Ciento Noventa y nueve Mil Ciento Cincuenta y nueve y 62/100 Dólares Americanos ) **A FAVOR del** **Gral. EP (r) CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ .**

*Lima, 31 de Marzo del 2003.*

FLUJO DE INGRESOS Y EGRESOS PRESENTADO POR EL GRAL. CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ  
A LA DIRECCIÓN CONTRA EL TERRORISMO DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ

INGRESOS	CONCEPTO	MONEDA	AÑOS												TOTALES
			1985 a 1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
ERJECITO DEL PERU	REMUNERACION NETA	US \$.				8,447.20	7,452.26	11,400.00	12,390.22	12,028.76	9,481.58	11,522.18	12,556.21	11,896.00	97,174
IN/PLM	DIETA DIRECTORIO	US \$.				3,526.40	3,580.40	4,109.59	1,500.00						12,717
PCM	ASIGNACION NETA 5ta	US \$.									57,570.30	67,240.27	46,342.90	57,323.43	228,477
ERJECITO DEL PERU	LIQUID. AL RETIRO	US \$.										5,875.43	16,149.41		22,025
ERJECITO DEL PERU	LIQUID. ASIG. VIAJE	US \$.												3,204.86	3,205
ERJECITO DEL PERU	ASIGNACION EE.UU.	US \$.		63,440	69,410									4,012.57	4,013
	<b>SUB TOTAL</b>	US \$.		63,440.00	69,410.00	11,974	11,033	15,510	13,890	12,028	67,052	84,638	75,049	76,437	500,461
ERJECITO DEL PERU	DOT. DE COMBUSTIBLE	US \$.	15,459	5,410	5,666	5,914	4,945	5,512	5,557	5,926	5,945	5,398	8,221	13,241	87,194
ERJECITO SAUCEDO	PRESTAMO	US \$.									80,000				80,000
FOR. CREDITO	SEGURO	US \$.							11,000						11,000
FOR. CREDITO	SEGURO ESPOSA	US \$.										271,500			271,500
FOR. CREDITO	INTERESES	US \$.											26,000		26,000
	<b>INGRESOS ANUALES</b>	US \$.	15,459	68,850	75,076	17,888	15,978	21,022	30,447	17,954	152,997	387,536	109,270	109,178	1,021,655
EGRESOS															
CASO PERSONALES	LA MOLINA	US \$.		13,000	13,000	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	134,000
INMUEBLE	CANETE PLAYA LOS LOBOS	US \$.						3,200							250,000
REDUCCION PRESTAMO A RODOLFO SAUCEDO		US \$.													57,000
	<b>TOTAL EGRESOS</b>	US \$.		13,000	13,000	12,000	12,000	15,200	12,000	12,000	262,000	12,000	69,000	92,000	524,200
	<b>INGRESO NETO</b>	US \$.	15,459	55,850	62,076	5,888	3,978	5,822	18,447	5,954	109,003	375,536	40,270	17,178	497,455
	<b>SALDO INICIAL</b>	US \$.		15,459	71,309	133,385	139,273	143,251	149,073	167,520	173,474	64,471	440,007	480,277	0
	<b>SALDOS FINALES</b>	US \$.	15,459	71,309	133,385	139,273	143,251	149,073	167,520	173,474	64,471	440,007	480,277	497,455	497,455

ANEXO I

FILEO DE INGRESOS Y EGRESOS DE CESAR SAUCEDO SANCIUEZ



DESCRIPCION	AÑO:													
	1985	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
<b>INGRESOS</b>														
RETRIBUCION NETA	S/				10,539	14,830	24,966	27,878	29,469	25,221	33,760	42,440	41,636	
DIETA DIRECTORIO	S/				4,408	7,125	9,000	3,375						
ASIGNACION NETA STA.	S/									153,137	197,014	156,639	200,632	
LIQ AL RETIRO	S/										17,215	54,585		
AUX TERCER RETIRO	S/												11,217	
<b>EGRESOS</b>														
LIQ ASIG VIAJE	S/				14,967	21,954	33,966	31,253	29,469	128,358	247,889	253,664	267,329	
SUBIDOTAL SOLTES	S/				1,25	1,99	2,19	2,25	2,45	2,66	2,93	3,38	3,50	
T.C	S/				11,974	11,033	15,510	3,890	12,028	67,052	84,638	75,019	76,437	
SUBTOTAL DOBARES	US\$													
DOTACION CONSUMIBLE	US\$		15,459	5,410	5,666	5,914	4,945	5,512	5,557	58,026	5,945	5,798	8,271	13,241
ASIGNACION DE UJ	US\$			63,440	69,410						80,000			
PRESTANIO	US\$							11,000						
SEGURO	US\$										271,500			
SEGURO ESPOSA	US\$										26,000	26,000	19,500	
INTERESES	US\$												108,175	
INGRESOS ANUAL	US\$		15,459	68,850	75,076	17,888	15,978	21,022	30,447	17,954	152,997	387,536	109,270	108,175
<b>EGRESOS GASTOS PERSONALES</b>														
INMUEBLES											(3,200)			
LA MOLINA											(250,000)			
CANETE PLAYA LOS LOBOS													(67,000)	
DEVOLUCION DE PRESTAMO A RODOLFO S.													(80,000)	
INGRESO PNETO		15,459	55,850	62,076	5,888	3,978	5,822	18,447	5,954	(109,003)	375,536	10,270	17,178	
SALDO INICIAL		15,459	71,309	133,385	139,273	143,250	149,072	167,519	173,473	64,470	440,006	480,276	480,276	
SALDOS	US\$		15,459	21,309	133,385	139,273	143,250	149,072	167,519	173,473	64,470	440,006	480,276	497,453

ANEXO N°. 1

De

FUNDAMENTOS FÁCTICO

PÁGINAS DEL INFORME PERICIAL DE PARTE

Números : 2 , 3 , 4 , 6 , 8 , 9 , 10 , 11 , 14 y 17

# I N G R E S O S

( D O L A R I Z A D O S )

## 1. REMUNERACIONES Y BONIFICACIONES PERCIBIDAS POR EL Gral. EP (r) CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ

1.1 CONCEPTOS ABONADOS AL Gral. EP ( r ) CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ. DURANTE SU PERMANENCIA EN EE UU CMDM DELEGADO DE LA JUNTA INTERAMERICANA DE DEFENSA LOS CUALES ASCIENDEN A **US \$. 63,440.20** ( SESENTITRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y 20/100 DÓLARES AMERICANOS ) POR EL PERÍODO DEL 01 DE JULIO DE 1990 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1990 ; Y **US \$. 69,410.00** ( SESENTINUEVE MIL CUATROCIENTOS DIEZ Y 00/100 DÓLARES AMERICANOS ) POR EL PERÍODO ENERO A JULIO DE 1991. CONSTANCIA FIRMADA POR EL TTE CRL INT WALTER MEJÍA SÁNCHEZ, JEFE DPTO. DE ADMINISTRACIÓN DEL CA-CGE. ( **Anexo 1** )

1.2 REMUNERACIONES Y BONIFICACIONES DEL Gral. EP ( r ) CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ , DESDE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DEL AÑO 2000 PERCIBIÓ DEL EJÉRCITO PERUANO LA SUMA DE **US \$. 109,987.78** ( CIENTO NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTISIETE Y 78/100 DÓLARES AMERICANOS ) DE ACUERDO AL CUADRO DE CONCEPTOS PROCESADOS POR EL CINFE.  
( **Anexo 2** )

## REMUNERACIONES Y BONIFICACIONES

Años	Intis	Nuevos Soles	T.C. US \$.	Total US \$.
1990	1,064,314,366.00		219,022.17	4,859.39
1991		3,883.02	0.77	5,042.88
1992		10,559.85	1.25	8,447.88
1993		14,830.24	1.99	7,452.38
1994		24,966.91	2.19	11,400.42
1995		27,878.16	2.25	12,390.29
1996		29,469.90	2.45	12,028.53
1997		27,579.07	2.66	10,368.07
1998		38,193.24	2.93	13,035.24
1999		43,933.61	3.38	12,998.11
2000		41,636.79	3.48	11,964.59
<b>Total :</b>	<b>I/. 1,064,314,366.00</b>	<b>S/. 262,930.79</b>		<b>US \$. 109,987.78</b>

1.3 DOTACIÓN DE COMBUSTIBLE , PERCIBIDA POR EL Gral. EP ( r )  
**CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ**, SEGÚN CONSTANCIA  
 OTORGADA POR LA JEFATURA DEL SERVICIO DE INTENDENCIA DEL  
 EJÉRCITO CORRESPONDIENTE A LOS AÑOS 1990 AL 2000 , LA  
 MISMA QUE ASCIENDE A LA SUMA DE **US \$. 71,738.30**  
 (SETENTIUN MIL SETECIENTOS TREINTIOCHO Y 30/100 DÓLARES  
 AMERICANOS). ( Anexo 3 )

## DOTACIÓN DE COMBUSTIBLE

Años	Intis	Nuevos Soles	T.C. US \$.	Total US \$.
1990	1,016,392,320.00		187,885.63	5,409.63
1991		4,363.20	0.77	5,666.49
1992		7,392.00	1.25	5,913.60
1993		9,840.00	1.99	4,944.72
1994		12,072.00	2.19	5,512.33
1995		12,504.00	2.25	5,557.33
1996		14,520.00	2.45	5,926.53
1997		15,816.00	2.66	5,945.86
1998		15,816.00	2.93	5,397.95
1999		27,792.00	3.38	8,222.48
2000		46,080.00	3.48	13,241.38
<b>Total :</b>	<b>I/. 1,016,392,320.00</b>	<b>S/. 166,195.20</b>		<b>US \$. 71,738.30</b>

## 2. DIETAS DE DIRECTORIO

DIETAS PAGADAS POR INDUMIL PERÚ S.A. AL Gral. EP ( r ) CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ , POR SER MIEMBRO DEL DIRECTORIO DE LA EMPRESA, DURANTE LOS AÑOS 1992 A 1995 . CONSTANCIA FIRMADA POR EL SECRETARIO DEL DIRECTORIO Eco. SAÚL FLORES FEIJOO.

( Anexo 4 )

Años	No. de Sesiones	Importe en S/.	T. C. US \$.	Importe en US \$.
1992	21 Sesiones	S/. 4,408.00	1.25	US \$. 3,526.40
1993	21 Sesiones	7,125.30	1.99	3,580.55
1994	24 Sesiones	9,000.00	2.19	4,109.59
1995	09 Sesiones	3,375.00	2.25	1,500.00
Total :		S/. 23,908.30		US \$. 12,716.54

## 3. VENTAS DE RELOJES, JOYAS, PINTURAS, CUBIERTOS DE PLATA Y OTROS USADOS

VENTAS EFECTUADAS POR EL Gral. EP ( r ) CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ DE DIVERSOS OBSEQUIOS PERSONALES DURANTE SU CARRERA MILITAR, LOS MISMOS QUE SE DETALLAN EN EL SIGUIENTE CUADRO :

( Anexo 5 )

#### 4. ASOCIACIÓN DE OFICIALES GENERALES Y ALMIRANTES

MONTO COBRADO POR EL Gral. EP ( r ) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ**, EL 15 DE SETIEMBRE DE 1995 POR S/. 6,400.00 ( SEIS MIL CUATROCIENTOS NUEVOS SOLES ) QUE AL TIPO DE CAMBIO DE S/. 2.25 HACE UN TOTAL DE US \$. 2,844.44 ( DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTICUATRO Y 44/100 DÓLARES AMERICANOS ) , EL MISMO QUE ES ENTREGADO DE ACUERDO AL REGLAMENTO DE FAMUGAL-ADOGEN POR EL FALLECIMIENTO DE SU ESPOSA , SEGÚN CONSTANCIA. ( Anexo 6 )

#### 5. AUXILIO COOPERATIVO MILITAR DE RETIRO

IMPORTE ABONADO AL Gral. EP ( r ) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ**, SEGÚN ORDEN No. 1267 DEL 19 DE SETIEMBRE DE 1995 , POR FALLECIMIENTO DE ESPOSA; EL MISMO QUE ASCIENDE A S/. 3,433.65 (TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTITRES Y 65/100 NUEVOS SOLES ) QUE AL TIPO DE CAMBIO DE S/. 2.25 ASCIENDE A US \$. 1,526.07 (UN MIL QUINIENTOS VEINTISEIS Y 07/100 DÓLARES AMERICANOS); SEGÚN COMPROBANTE DE CAJA FIRMADO POR EL GERENTE ADMINISTRATIVO.  
( Anexo 7 )

#### 6. PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA

PÓLIZA No. 135842 DE EL PACÍFICO - PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS , POR LA SUMA ASEGURADA DE US \$. 10,775.38 (DIEZ MIL SETECIENTOS SETENTICINCO Y 38/100 DÓLARES AMERICANOS). MONTO QUE RECIBE EL Gral. EP ( r ) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ** EN CALIDAD DE BENEFICIARIO POR EL FALLECIMIENTO DE SU ESPOSA LA ASEGURADA ROSMARI LINARES SALDAÑA, SEGÚN LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO No. 95/4182 DEL 06 DE OCTUBRE DE 1995 . ( Anexo 8 )

## 9. PRÉSTAMO

PRÉSTAMO OTORGADO AL Gral. EP ( r ) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ** POR SU HERMANO RODOLFO SIGIFREDO SAUCEDO SÁNCHEZ, DE PROFESIÓN MÉDICO CIRUJANO ( CMP 8248 ), EL :

- 25 DE ABRIL DE 1997	US \$. 40,000.00
- 15 DE MAYO DE 1997	40,000.00
	-----
<b><u>TOTAL DEL PRÉSTAMO :</u></b>	<b>US \$. 80,000.00</b>
	=====

ESTE PRÉSTAMO SERÁ DEVUELTO EN EL TÉRMINO DE TRES AÑOS Y NO GENERARÁ NINGÚN TIPO DE RÉDITO, POR TRATARSE DE UN PRÉSTAMO ENTRE HERMANOS. ( Anexo 11 )

## 10. VENTA DE AUTO

VENTA EFECTUADA POR EL Gral. EP ( r ) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ**, DEL AUTOMÓVIL FORD TAURUS S.W. DEL AÑO 1988 COLOR AZUL, DE PLACA LQ - 6841 AL SEÑOR ORLANDO ANTONIO CALVAY MERINO, POR EL PRECIO DE US \$. 2,500.00 ( DOS MIL QUINIENTOS DÓLARES AMERICANOS), EL DÍA 10 DE DICIEMBRE DE 1998. ( Anexo 12 )

## 11. ASIGNACIÓN DE VIAJE

LIQUIDACIÓN DE PAGO AL Gral. EP ( r ) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ** POR ASIGNACIÓN DE VIAJE DE FECHA 10 DE SETIEMBRE DE 1999 POR S/. 178,20 ( CIENTO SETENTIOCHO Y 20/100 NUEVOS SOLES ), LOS MISMOS QUE AL TIPO DE CAMBIO DE S/. 3.38 SE CONVIERTEN EN US \$. 52.72 ( CINCUENTIDOS Y 72/100 DÓLARES AMERICANOS), LIQUIDACIÓN DEL MINISTERIO DE DEFENSA. ( Anexo 13 )

## 12. LIQUIDACIÓN DEL MONTO DE SEGURO DE RETIRO

LIQUIDACIÓN TOTAL FSRO No. 0000131 DEL MINISTERIO DE DEFENSA - EJÉRCITO DEL PERÚ, DE FECHA 30 DE DICIEMBRE DE 1999, POR CONCEPTO DE PASE AL RETIRO AL HABER CUMPLIDO 35 AÑOS DE TIEMPO DE SERVICIOS EL Gral. EP (r) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ**; SEGÚN CONSTANCIA OTORGADA POR EL JEFE DE LA OFICINA DE ECONOMÍA DEL EJÉRCITO. (Anexo 14)

Fecha	Liquidación al Retiro S/.	T.C.	Importe en US \$.
1998	17,215.20	2.93	5,875.49
1999	54,584.85	3.38	16,149.36
Totales :	71,800.05		22,024.85

## 13. INDEMNIZACIÓN POR CESACIÓN

COMPROBANTE DE PAGO DE FECHA 29 DE DICIEMBRE DE 1999, QUE SE ABONA POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN POR CESACIÓN AL Gral. EP (r) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ** POR S/. 2,051.56 ( DOS MIL CINCUENTIUNO Y 56/100 NUEVOS SOLES ) QUE AL TIPO DE CAMBIO DE S / . 3,48 SE CONVIERTEN EN US \$. 589,53 ( QUINIENTOS OCHENTINUEVE Y 53/100 DÓLARES AMERICANOS ), SEGÚN CONSTANCIA DEL MINISTERIO DE DEFENSA. ( Anexo 15 )

#### 14. REMUNERACIÓN COMPENSATORIA

COMPROBANTE DE PAGO DE FECHA 29 DE DICIEMBRE DE 1999 QUE SE ABONA POR CONCEPTO DE REMUNERACIÓN COMPENSATORIA AL Gral. EP ( r ) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ**, POR S/. 1,396.50 ( Un MIL TRESCIENTOS NOVENTISEIS Y 50/100 NUEVOS SOLES ) QUE AL TIPO DE CAMBIO DE S/. 3.48, SUMAN US \$. 401.29 ( CUATROCIENTOS UNO Y 29/100 DÓLARES AMERICANOS ). ( Anexo 16 )

#### 15. AUXILIO COOPERATIVO MILITAR DE RETIRO

ORDEN No. 02 DEL 04 DE ENERO DEL 2,000 , POR S/. 11,217.36 ( ONCE MIL DOSCIENTOS DIECISITE Y 36/100 NUEVOS SOLES ) QUE AL TIPO DE CAMBIO DE S/. 3.48, SUMAN US \$. 3,223.38 ( TRES MIL DOSCIENTOS VEINTRES Y 38/100 DÓLARES AMERICANOS ). IMPORTE DE BENEFICIO ECONÓMICO QUE LE CORRESPONDE PERCIBIR AL Gral. EP ( r ) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ**, POR HABER PASADO A LA SITUACIÓN DE RETIRO; EXTENDIDA POR EL GERENTE ADMINISTRATIVO . ( Anexo 17 )

#### 16. ASIGNACIÓN DE VIAJE

LIQUIDACIÓN DE PAGO DE ASIGNACIÓN DE VIAJE DEL 21 DE ENERO DEL 2000 POR S/. 14,044.40 ( CATÒRCE MIL CUARENTICUATRO Y 40/100 NUEVOS SOLES ) , AL TIPO DE CAMBIO DE S/. 3.48 DAN US \$. 4,035.75 ( CUATRO MIL TREINTICINCO Y 75/100 DÓLARES AMERICANOS ), AL GRAL. EP ( r ) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ** SEGÚN CONSTANCIA DEL MINISTERIO DE DEFENSA. ( Anexo 18 )

**17. VENTA DE CAMIONETA RURAL**

VENTA DE CAMIONETA RURAL, MARCA TOYOTA, AÑO 1993, COLOR AZUL OSCURO, DE PLACA RGJ - 199, DE PROPIEDAD DEL Gral. EP ( r ) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ**, POR EL PRECIO DE US \$. 12,500.00 (DOCE MIL QUINIENTOS DÓLARES AMERICANOS) AL SEÑOR JULIO IVÁN REJAS CORRALES, SEGÚN CONTRATO DE COMPRA - VENTA DEL 30 DE MARZO DEL 2000. ( Anexo 19 )

**18. PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA**

COBRO DE PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA POR FALLECIMIENTO DE ESPOSA **ROSSMARI LUCILA LINARES SALDAÑA DE SAUCEDO**, POR US \$ 271,500.00 (DOSCIENTOS SETENTIUN MIL QUINIENTOS DÓLARES AMERICANOS ) DEL BANCO DE CRÉDITO OVERSEAS LIMITED - Nassau Bahamas ; A ESTE IMPORTE SE SUMAN LOS DEPÓSITOS DE US \$. 50,000.00 ( CINCUENTA MIL DÓLARES AMERICANOS ) DEL AÑO 1999 , MÁS EL DEPÓSITO DE US \$. 56,448.83 ( CINCUENTISEIS MIL CUATROCIENTOS CUARENTIOCHO Y 83/100 DÓLARES AMERICANOS ) DE FECHA 22 DE FEBRERO DEL AÑO 2000 ; Y QUE SUMADOS LOS INTERESES GANADOS HACEN UN TOTAL DE US \$. 444,255.62 ( CUATROCIENTOS CUARENTICUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTICINCO Y 62/100 DÓLARES AMERICANOS), QUE COBRÓ EL Gral. EP ( r ) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ** EN EL BANCO DE CRÉDITO DEL PERÚ, EL DÍA 16 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2000 . ( Anexo 20 )

## 2. COMPRA DE TERRENO

ADQUISICIÓN DE UN TERRENO EN CERRO AZUL, CAÑETE - LIMA, SEGÚN TESTIMONIO DE LA ESCRITURA DE ADJUDICACIÓN DE VENTA OTORGADO POR ABIGAIL CONSUELO HUAPAYA AUDANTE A FAVOR DEL Gral. EP ( r ) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ**, EL VALOR DE LA ADJUDICACIÓN ES DE **US \$. 3,200.00** ( TRES MIL DOSCIENTOS DÓLARES AMERICANOS ); FECHA DE ESCRITURA, 31 DE DICIEMBRE DE 1994, DEL NOTARIO PÚBLICO DE CAÑETE ANTONIO JESÚS CHAVARRY ARCE. ( **Anexo 22** )

## 3. COMPRA DE AUTO

COMPRA EFECTUADA POR EL Gral. EP ( r ) **CÉSAR ENRIQUE SAUCEDO SÁNCHEZ** AL MINISTERIO DE DEFENSA - EJÉRCITO PERUANO, DE UNA CAMIONETA MARCA TOYOTA, AÑO 1993, COLOR AZUL OSCURO Y PLACA DE RODAJE RGJ - 199; CUYO PRECIO PACTADO FUE DE S/. 1,000.00 ( UN MIL NUEVOS SOLES ) Y AL TIPO DE CAMBIO DE S/. 2.25 EL PRECIO EN DÓLARES FUE DE **US \$. 444.44** ( CUATROCIENTOS CUARENTICUATRO Y 44/100 DÓLARES AMERICANOS ), SEGÚN CONTRATO DE COMPRA - VENTA DE FECHA 01 DE FEBRERO DE 1995. ( **Anexo 23** )

## 4. COMPRA DE INMUEBLE

COMPRA A INMOBILIARIA SANTA ÁNGELA S.A. , EL INMUEBLE UBICADO EN LA AV. RINCONADA DEL LAGO, LA MOLINA - LIMA, A FAVOR DE DOÑA JENNY ROSSEMARY Y DOÑA ANNIE JACQUELINE SAUCEDO LINARES, AMBAS SOLTERAS, POR EL PRECIO DE **US \$. 250,000.00** ( DOSCIENTOS CINCUENTA MIL DÓLARES AMERICANOS ), PAGADOS AL GONTADO, SEGÚN FACTURA N° 001 - 000040 Y ESCRITURA PÚBLICA DEL 04 DE JUNIO DE 1997. NOTARIO, DOCTOR JAVIER ASPAUZA GAMARRA. ( **Anexo 24** )

## 8. CONSTRUCCIONES

VALOR DE LA CONSTRUCCIÓN DEL ÁREA TECHADA, TERRAZAS Y SÓTANO EN EL TERRENO DE PLAYA LOS LOBOS ( CASA DE PLAYA), SEGÚN HOJA DE LIQUIDACIÓN DE LICENCIA DE CONSTRUCCIÓN Y CONFORMIDAD DE OBRAS DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL CERRO AZUL, CAÑETE - LIMA, DEL AÑO 1999, POR US \$. 57,000.00 ( CINCUENTISIETE MIL DÓLARES AMERICANOS ) . ( Anexo 26 )

## 9. TRANSFERENCIAS DE DINERO AL EXTERIOR

AL BANCO DE CRÉDITO OVERSEAS LIMITED – Nassau Bahamas

-	AÑO 1999	US \$.	50,000.00
-	22.02.00		56,448.83
			-----
	<b>Total</b>	<b>US \$.</b>	<b>106,448.83</b>
			=====

## 10. PAGO DE PRÉSTAMO

RECIBO DE FECHA 15 DE NOVIEMBRE DEL 2000 , POR DEVOLUCIÓN DE PRÉSTAMO A SU HERMANO RODOLFO SIGIFREDO SAUCEDO SÁNCHEZ POR US \$. 80,000.00 ( OCHENTA MIL DÓLARES AMERICANOS ). ( Anexo 27 )

**ANEXO N° 2**

**De**

**FUNDAMENTOS FÁCTICO**

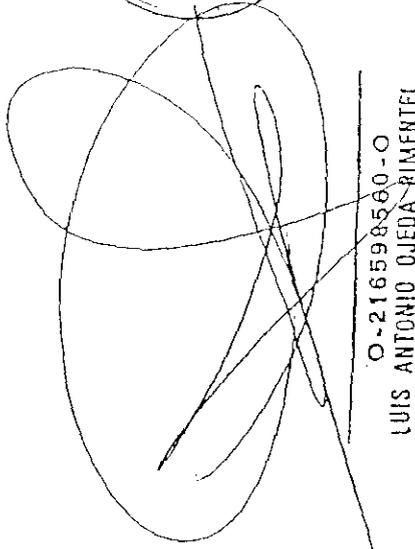
**ANEXOS DEL INFORME PERICIAL DE PARTE**

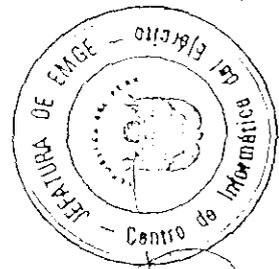
**Números : 2 , 3 , 4 , 6 , 8 , 10 , 14 , 17 , 18 , 20 , 22 y 26**

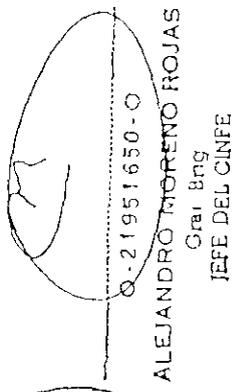
ANEXO 2 - REMUNERACIONES Y BONIFICACIONES  
PERCIBIDAS DEL EJÉRCITO PERUANO

REMUNERACIONES Y BONIFICACIONES DEL GRAL. DIV. CESAR SAUCEDO SANCHEZ

CONCEPTO	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000
REMUNERACIONES	3,883.02	4,879.34	7,712.12	13,645.41	15,865.41	17,372.62	13,024.69	21,190.92	24,648.17	25,351.44
STIPER ADSCRITO		1,724.51	3,162.12	4,556.75	6,096.75	6,141.48	7,392.13	8,012.16	9,038.69	8,277.66
AYORDOMO ADS.		3,956.00	3,956.00	4,406.75	5,916.00	5,955.80	7,162.25	7,760.16	8,753.65	8,007.69
BONIFICACIONES										
ASIGNACION				2,358.00				1,230.00		730.00
TOTAL SOLES	3,883.02	10,559.85	14,830.24	24,966.91	27,878.16	29,469.90	27,579.07	38,193.24	43,933.61	41,636.79

  
 O-216598560-O  
 LUIS ANTONIO OJEDA RIMENTEL  
 MY INT  
 Tesorero de la OEB



  
 O-21951650-O  
 ALEJANDRO MORENO ROJAS  
 Gral Brig  
 JEFE DEL CINFE

MARIA SCHIAFFINO  
Calle Rosa 171 2do. F.  
Chacarilla - Surco  
Telf. 3720790  
1730778

2863

CERTIFICADO DE REMUNERACIONES, DEDUCCIONES Y RETENCIONES  
SOBRE RENTA QUINTA CATEGORÍA

EJERCICIO GRAVABLE 1990  
EL MINISTERIO DE DEFENSA - CGE CON RUC N° 13136912

CERTIFICA

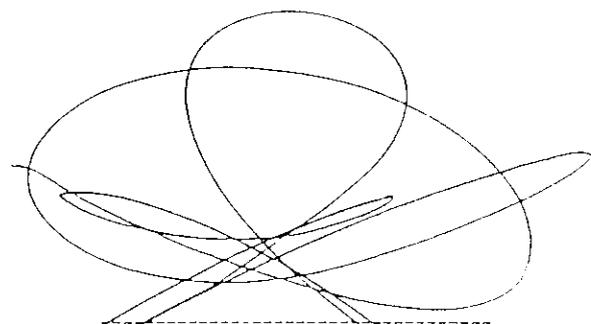
QUE DON GRAL SAUCEDO SÁNCHEZ CESAR  
CON NUMERO ADMINISTRATIVO 104519900  
EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DE 1990  
SE LE HA ABONADO Y RETENIDO RENTAS DE QUINTA CATEGORÍA EN LOS  
MONTOS SIGUIENTES:

DEL TITULAR

REMUNERACIÓN	I/. 762,381,738.00
GRATIF. FIESTAS PATRIAS	I/. 200,000.00
GRATIF. NAVIDAD	I/. 200,000.00

POR CHOFER ADSCRITO

REMUNERACIÓN	I/. 301,132,628.00
GRATIF. FIESTAS PATRIAS	I/. 200,000.00
GRATIF. NAVIDAD	I/. 200,000.00



TESORERO  
0-216598560-0  
LUIS ANTONIO OJEDA PIMENTEL  
TTE. CRL. INT  
Tesorero de la CGE



ANEXO 3 - DOTACIÓN DE COMBUSTIBLE

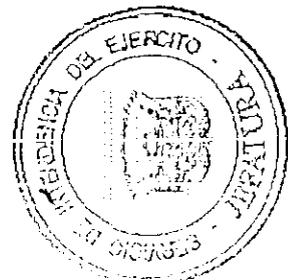
COLOGE  
SINTE  
D.ABSTO  
CLASE III  
18 - ENE 2001

COMPAÑIA SCHIAFFINO  
Monte Rosa 171 2do. P.  
Chacarilla - Surco  
Telf. 3720790  
3720726

DOTACION DE COMBUSTIBLE  
GRAL DIV (R) SAUCEDO SANCHEZ CESAR

AÑO	GRADO	DOTACION MENSUAL	TIPO COMBUSTIBLE	DOTACION ANUAL GLNS	PRECIO X GLN	TOTAL INTLS	TOTAL SOLTS	TIPO DE CAMBIO (S)	TOTAL \$
ENE - DIC 85	CRU	180	DORADA	2160	15.150000	32,724.00		13.94	2,347.49
ENE - DIC 86	CRU	180	DORADA	2,160	21.000000	45,360.00		13.95	3,251.61
ENE - DIC 87	CRU	180	DORADA	2,160	28.360000	61,257.60		16.84	3,637.62
ENE - DIC 88	CRU	180	DORADA	2,160	212.710000	459,453.60		128.83	3,566.36
ENE - DIC 89	CRU	180	DORADA	2,160	3,278.730000	7,082,056.80		2,666.19	2,656.25
ENE - DIC 90	CRU	180	DORADA	2,160	470,552.000000	1,016,392,320.00		187,885.63	5,409.63
ENE - DIC 91	CRU	180	DORADA	2,160	2.020000		4,363.20	0.77	5,666.49
ENE - DIC 92	GRAL BRIG	200	DORADA	2,400	3.080000		7,392.00	1.25	5,913.60
ENE - DIC 93	GRAL BRIG	200	DORADA	2,400	4.100000		9,840.00	1.99	4,944.72
ENE - DIC 94	GRAL BRIG	200	DORADA	2,400	5.030000		12,072.00	2.19	5,512.33
ENE - DIC 95	GRAL BRIG	200	DORADA	2,400	5.210000		12,504.00	2.25	5,557.33
ENE - DIC 96	GRAL DIV	200	DORADA	2,400	6.050000		14,520.00	2.45	5,926.53
ENE - DIC 97	GRAL DIV	200	DORADA	2,400	6.590000		15,816.00	2.66	5,945.86
ENE - DIC 98	GRAL DIV	200	DORADA	2,400	6.590000		15,816.00	2.93	5,397.95
ENE - JUN 99	GRAL DIV	200	DORADA	1,200	6.900000		8,280.00	3.38	2,449.70
ENE - DIC 99	GRAL DIV	400	DORADA	2,400	8.130000		19,512.00	3.38	5,772.78
ENE - DIC 2000	GRAL DIV	400	DORADA	4,800	9.600000		46,080.00	3.48	13,241.38
						1,024,073,172.00	166,195.20		87,197.65

*[Handwritten signature]*



0-270099949-0  
JOSE ERNAU KOJAS  
Gral Brig  
Jefe del SINTE

6-11-301163-0  
JOHNNY PAREDES OJEDA  
Tte/Cd Int  
Jefe Dpto. de Abastecimiento

ANEXO 4 - DIETAS DE DIRECTORIO



INDUSTRIAS MILITARES DEL PERU S.A.  
AV. OSCAR R. BENAVIDES N° 3000  
TELF.S. 527913 - 528052 - 528503  
APARTADO 462  
LIMA - PERU

CONSTANCIA

El Secretario del Directorio de Industrias Militares del Peru S.A. que suscribe

CERTIFICA:

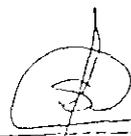
Que, el Sr. Gral EP Cesar SAUCEDO SANCHEZ, se ha desempeñado como miembro del Directorio de esta Empresa durante los años 1992 al 1995, habiendo percibido un total como dieta por su asistencia a las sesiones de Directorio la suma de S/. 23,908.30 (Veintitres Mil Novecientos Ocho y 30/100 Nuevos Soles)(s.e.u.o.), de acuerdo al siguiente detalle:

1992	21 Sesiones	S/ 4,408.00
1993	21 Sesiones	7,125.30
1994	24 Sesiones	9,000.00
1995	09 Sesiones	<u>3,375.00</u>
TOTAL		S/ 23,908.30
		=====

Se expide la presente Constancia a solicitud del interesado para los fines que estime pertinente.



Lima, Abril de 1996

  
 Sr. Carlos Florino Frayde  
 Secretario del Directorio  
 INDUSTRIAS MILITARES DEL PERU S.A.

ANEXO 6 - FAMUGAL - ADOGEN



NOTARIA SCHIAFFINO  
Monte Pasa 171 2do. F.  
Chacarilla--Surco  
T-11. 3720790  
3720728

2869

Lima, 07 de Febrero del 2001

**ASOCIACION DE OFICIALES  
GENERALES Y ALMIRANTES**

señor  
GENERAL de DIVISION ®  
CESAR SAUCEDO SANCHEZ  
PRESENTE:

Ref. su carta de fecha 07-02-2001

En respuesta a su comunicación de referencia adjunto al presente los documentos que anexamos:

- a). El estado de cuentas corrientes de INTERBANK del 02-11-95 donde aparece el cheque N° 212113347 de fecha 15-09-95 por S/. 6.400, cobrado por Ud, monto entregado de acuerdo al Reglamento de FAMUGAL-ADOGEN, por el fallecimiento de su señora esposa, acaecido el día 28 Julio de 1995.
- b). Copia del folio N° 162 del libro de cuenta corriente N° 109-028436 de FAMUGAL - ADOGEN, con fecha N° 15-09-95, aparece el registro del mismo cheque N° 21211347.

Es cuanto tengo que informar.

Atentamente.

  
  
Lorenzo Cárdenas Caro  
General de División EP  
PRESIDENTE

ANEXO 8 - PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA , EL PACIFICO -  
PERUANA SUIZA

BROKER: INTI



EL PACIFICO-PERUANO SUIZA  
Compañía de Seguros y Reaseguros

DEPARTAMENTO DE VIDA

LIQUIDACION DE SINIESTRO N° 95/4182

ASEGURADO : ROSMARI LINARES SALDAÑA

POLIZA N° : 135842 TEMPORAL GRUPO - BANCO DE CREDITO DEL PERU

SUMA ASEGURADA: US\$. 10,775.38

FECHA DE FALLECIMIENTO: 28.07.95

US\$. 10,775.38 (DIEZ MIL SETECIENTOS SETENTICINCO Y 38/100 DOLARES NORTEAMERICANOS)

Hemos recibido de "EL PACIFICO - PERUANO SUIZA" Compañía de Seguros y Reaseguros la cantidad arriba indicada que nos corresponde en calidad de beneficiarios por el fallecimiento del asegurado indicado.

Al recibir la mencionada cantidad declaramos que no tenemos ningún reclamo que formular a "EL PACIFICO - PERUANO SUIZA" Compañía de Seguros y Reaseguros por tal concepto ni por otro alguno, en lo que se relaciona a la Póliza en referencia renunciando a toda acción o excepción que de hecho o por derecho pudiera enervar la validez de este documento en virtud del pago ahora efectuado.

BENEFICIARIO: BANCO DE CREDITO DEL PERU

APROBACIONES			Lima, 06 de OCTUBRE de 1995	ASIENTO N°
GERENTE GENERAL	GERENTE	SUB-GERENTE	Firma.....	
			BANCO DE CREDITO DEL PERU	

na.

ANEXO 9 - REMUNERACIONES POR CONCEPTO DE  
ASIGNACIÓN "ALTA DIRECCIÓN"



28  
16  
Alicia

Presidencia del Consejo de Ministros

### CONSTANCIA DE REMUNERACIONES Y RETENCIONES DE RENTAS DE QUINTA CATEGORIA

EJERCICIOS GRAVABLES : 1997 AL 2000

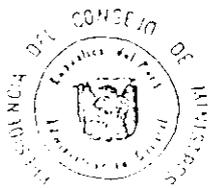
La Presidencia del Consejo de Ministros,

#### CERTIFICA :

Que, a don **CESAR SAUCEDO SANCHEZ**, en su calidad de Ministro de Estado en las Carteras de Defensa y del Interior, se le ha abonado por concepto de Asignación "Alta Dirección", Decreto Supremo N° 298-91-EF, y efectuado las retenciones pertinentes, durante el periodo comprendido entre los años 1997 y 2000, conforme se detalla a continuación:

Ejercicio Gravable	Ingreso Bruto S/.	Ley 27246 Reducción 15%	Ingreso Restante S/.	Retención	Ingreso Neto S/.
				Impto. Renta 5a Cat.	
1997	177,195.90			24,059.00	153,136.90
1998	256,600.00			59,586.00	197,014.00
1999	182,970.00			26,331.00	156,639.00
2000	277,600.00	33,240.00	244,360.00	43,728.00	200,632.00
<b>TOTAL S/.</b>	<b>894,365.90</b>	<b>33,240.00</b>	<b>244,360.00</b>	<b>153,704.00</b>	<b>707,421.90</b>

Miraflores, Octubre 05 del 2000



*Waldo Delgado*  
Director General de Asesoría Jurídica

ANEXO 10 - INCENTIVOS ECONÓMICOS - CAFAE

INCENTIVOS ECONOMICOS OTORGADOS  
 AL SR. GRAL. (R) EL CESAR SAUCEDO SANCHEZ  
 COMO MINISTRO DEL INTERIOR

A.F	Monto mensual	Monto Total
1997 Mayo - Julio	900.00	2,700.00
1999 Agosto - Diciembre	900.00	4,500.00
2000 Enero - Junio	900.00	5,400.00
Julio	1,620.00	1,620.00
TOTAL		14,220.00



Ministerio del Interior  
 C.A.F.A.E.

## CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Administración del Fondo de Asistencia y Estímulo (CAFAE) DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

Hace constar que el Sr. Gral. ® EP CESAR SAUCEDO SANCHEZ, percibió una bonificación total de S/. 14,220.00 a cargo de este Comité, correspondiente a los años de 1997, 1999 y 2000 según como se detalla a continuación, como Ministro del Interior.

Se extiende la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

		Mensual	Anual
Mayo – Julio	1997	S/.900.00	S/.2,700.00
Agosto – Diciembre	1999	S/.900.00	S/.4,500.00
Enero – Junio	2000	S/.900.00	S/.5,400.00
Julio	2000	S/.1,620.00	S/.1,620.00
TOTAL			S/.14,220.00

Lima, 26 de Julio del 2001



*Prospéro Collis Camacho*  
 Ego PROSPERO COLLIS CAMACHO  
 PRESIDENTE DEL COMITÉ DE  
 ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE ASISTENCIA Y ESTÍMULO  
 DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

*Comité de Administración*  
CAFAE

## CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Administración del Fondo de Asistencia y Estímulo (CAFAE) DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

Hace constar que el Sr. Gral. ® EP CESAR SAUCEDO SÁNCHEZ, percibió una bonificación total de S/2,700.00 (DOS MIL SETECIENTOS NUEVOS SOLES) a cargo de este Comité, correspondiente al periodo Mayo - Julio de 1997, desempeñándose en el cargo de Ministro del Interior.

Se extiende la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Lima, 26 de Julio del 2001



*Prospero Collas Camacho*  
Dco PROSPERO COLLAS CAMACHO  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DEL  
MINISTERIO DEL INTERIOR

## CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Administración del Fondo de Asistencia y Estímulo (CAFAE) DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

Hace constar que el Sr. Gral. ® EP CESAR SAUCEDO SÁNCHEZ, percibió una bonificación total de S/7,020.00 (SIETE MIL VEINTE NUEVOS SOLES) a cargo de este Comité, correspondiente al período Enero - Julio del 2000, desempeñándose en el cargo de Ministro del Interior.

Se extiende la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Lima, 26 de Julio del 2001

  
  
Efo. PROSPERO COLLAS CAMACHO  
PRESIDENTE DEL CAFAE, DEL  
MINISTERIO DEL INTERIOR

ANEXO 14 - SEGURO DE RETIRO

**NOTARIA SCHIAFFINO**  
 Monte Rosa 171 2do. 830  
 Chacarilla—Surce  
 Telf. 3720798  
 8750721

Grado : Jefe : Apellidos y Nombre :  
 GRAJ : INT : SANCEDO SANCHEZ CESAR ENRIQUE  
 Resolución : RCGE No 930 DE/EP/CP J de 30/12/1990  
 No. Administrativo : Motivo del Pago :  
 104519900 : CUMPLIR 35 AÑOS DE S

10250057

Determinación del Monto de Seguro de Retiro

Importe de : 35 Remuneraciones Pensionables Comunes del Grado de : GRAJ

Rem. Pens. Com.	2051.43	X AÑOS	35	=	71800.05
-----------------	---------	--------	----	---	----------

Aporte del Estado (7%)	7074.82				
Aporte del Socio Activo (3.5%)	3537.41				
Aporte del Socio Retiro (10.5%)	.00				
Aporte de Fondo de Seguro	61187.83				71800.05

Deduc. : Compl. 12 Aport.	215.40	x	3	=	646.20
---------------------------	--------	---	---	---	--------

Dif. de Homologación y Cuotas :  
 Adelanto del 30% : 16569.00

Retenciones : Prestamos Administrativos					
Fovine	.00				
Bazar Central del Ejercito					
Hospital Militar Central					
C.E.F. - Prestamos					
Sinte - Sepelios					
Jace - Lima					
Regularización x Especialista	.00				
Coloqe Transfencia Vehiculos					17215.20
Deduc. x Reg de Aportes					54584.85

+

  
 0-119320952-0  
 EDWIN VASQUEZ MORA  
 MAYOR INT.  
 JEFE SECC. SEG. Y FOVI.

  
 IRMA TORRES CAREÑO  
 C. P. C.  
 MATRIC. 20869

  
 LEONOR VALVERDE MAT  
 TCO EN CONTABILIDAD  
 806965400

ANEXO 17 - AUXILIO COOPERATIVO MILITAR DE  
RETIRO

# ACTA DE PAGO

En la ciudad de LIMA, a los al primer día del mes de Enero del año dos mil

reunidos los miembros del Consejo Directivo del "AUXILIO COOPERATIVO MILITAR DE RETIRO",

### CONSIDERANDO:

Que el socio Gral.Div.EP. SAUCEDO SANCHEZ César Enrique, ha pasado a la Situación de Retiro, al cumplir el 01 Ene 2000; 35 años de Servicios como Oficial.

Conforme lo acredita la Resolución Suprema N° 929 DE/EP/CP-JAPE 1b.

de fecha 30 Dic 99.

Que en virtud del inciso a) del Art. 47° de los Estatutos, tiene derecho al cobro del beneficio mutuai; y

Estando al día en el pago de las cuotas;

### ACORDARON:

1° Abonar al Gral.Div.EP. SAUCEDO SANCHEZ César Enrique, la suma de ONCE MIL DOSCIENTOS DIECISIETE Y 36/100 NUEVOS SOLES (\$ 11,217.36), como importa del Beneficio Económico que le corresponde percibir por haber pasado a la Situación de Retiro al cumplir el 01 Ene 2000; 35 años de servicios como Oficial, según el dispositivo antes indicado.

- |  |              |
|--|--------------|
| a. Beneficio Económico Ene 2000                            | \$ 10,197.60 |
| b. 10% adicional, según Art. 48° Inc.d) del Estatuto ACRM. | 1,019.76     |

\$ 11,217.36

2° El causante Deja de ser socio del ACRM.

EL DIRECTOR SECRETARIO

ELVIS R. REVILLA LERENA  
M. Inf.  
D-30512650-0

EL DIRECTOR DELEGADO DEL CGE.

JOSE L. RIVERA KUHOZ FALCONI  
Crl. Inf.

01214087251-0  
EL DIRECTOR ASESOR JURIDICO

EL DIRECTOR TESORERO

Winston E. Alfaro Vargas  
D-2443370-1-D  
NA: 107023100  
EL GENERAL PRESIDENTE



ANEXO 18 - ASIGNACIÓN DE VIAJE

MINISTERIO DE DEFENSA  
LIQUIDACION DE PAGO DE ASIGNACIONES DE VIAJE

PAG. 39  
21-ENE-2000

20  
vint

104519900 GRALD SAUCEDO SANCHEZ CRSAR ENRIQUE - DEL PER ADMON PUB - SAN BORJA

PASE AL RETIRO SEGUN RS 0930 CP-JP 30-DIC-1999  
DESTINO P R PROV 63-A - AYMARAES

PLANILLA N° 0039 PAGADA CON RD -0180 25.1 c/s 5859

TITULAR	PASAJE AEREO	PASAJE TERR.	PASAJE FLUV.	BAGAJE	VIATICO 03 DIAS	GASTOS DE INSTALAC.	TOTAL PARCIAL
LINARES SALDANA, RO	194.00	38.25	0.00	8,840.00	465.75	4,041.90	13,579.90
SAUCEDO LINARES, AN	194.00	38.25	0.00				232.25

TOTAL GENERAL S/. 14,044.40  
DESCUENTO S/. \*\*\*\*\*0.00  
TOTAL A PAGAR S/. 14,044.40

FECHA DE PAGO: \_\_\_\_\_ RECIBI CONFORME: \_\_\_\_\_

RUTA DE INICIO: LIMA

PTOS. INTERMEDIOS: ANDAHUAYLAS

RUTA FINAL: CHALHUASCA

REVISADO: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

POST-FIRMA: PABLO C. ALONSO SANCHEZ

Fecha: \_\_\_\_\_

ANEXO 20 - COBRO DE PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA

BANCO DE CREDITO DEL PERU

DESCARGO DE TRANSFERENCIA \*\*USD\*\* 16/11/2000 07.0000199  
REF.- OPER922400 193-000 BCTO-4

A FAVOR DE.- SAUCEDO-SANCHEZ-CESAR  
RECIBI DEL BANCO DE CREDITO US. 444,255.62  
POR CTA DE ATSEKTKY  
BANCO ATLANTIC SECURITY BANK GRAND CAHNA  
DE SUCURSAL 000 HOMBRE DE SUCURS

*[Signature]*  
ROMERO G.  
Sub-Gerente Adj.

"DETALLE DE LIQUIDACION"

IMPORTE BRUTO	COMIS.E IMP.	TOTAL A PAGAR
444,255.62	300.00	443,955.62

DETALLE DE PAGO

DIRECCION Calle 29 # 272 Urb. Mca

Castilla  
TELEFONO :437-6474

LIB.ELECCIONAL : 41185710

OTRO.DOC. : 

RECIBI CONFORME

2887

BCOL

BANCO DE CREDITO OVERSEAS LTD. NASSAU BAHAMAS

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O- JENNY ROSSEMARY SAUCEDO LINARES -O-ANNIE JACQUELINE SAUCEDO LINARES C.B.193,

our re: October 9, 2000 through: 100942-0101 67600954

We Confirm the rollover of your deposit with us at 7.250000% This deposit is issued by Banco de Credito Overseas Ltd., Nassau and is held in safekeeping in your name

Table with 4 columns: Principal, Value, Maturity, Interest at maturity. Row 1: 444,255.62 USD, 10/09/00, 01/08/01, 8,030.07

Table with 4 columns: Value Date, Description, Movement Amount, Account Balance. Rows include Previous Balance, 10/09/00 deposit closing, 10/09/00 Td Interest paid, 10/09/00 deposit opening.

At Maturity We will rollover the interest and the principal for 90 days.

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O- JENNY ROSSEMARY SAUCEDO LINARES -O-ANNIE JACQUELINE SAUCEDO LINARES C.B.193,

Banco de Credito Overseas Ltd.

No Signatures Required 7922 R32 MOS

Please advise us promptly of any discrepancy

## ENTRADA

FECHA 8-Ene.-98

Sres. BANCO DE CREDITO OVERSEAS LIMITED - Nassau Bahamas  
 Sirvanse efectuar por mi/nuestra cuenta la/s siguiente/s operacion/es :

1. Establecimiento de Dep. a Plazo - BCOL .....
2. Incrementar el TD.

## DETALLE DEL DEPOSITO:

Nº	TASA	PLAZO	IMPORTE US\$
1	6.25%	90 dias	271,500.00

FECHA VALOR : 1/15 / 98

Por un total de :

US\$ 271,500.00

Los mismos que se servirán ingresar en Custodia Nº 100942 TD: 67600954

A nombre de : SAUCEDO SANCHEZ, CESAR ò JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
 LINARES ò ANNIE JACQUELINE SAUCEDO LINARES

Para lo cual entregó :

EFFECTIVO  VALORES

## DETALLE DE LOS VALORES ENTREGADOS:

CHEQUE Nº	CUENTA Nº	BANCO GIRADO	PLAZA	IMPORTE US\$
729134		BANK ONE TEXAS	N.A	271,500.00

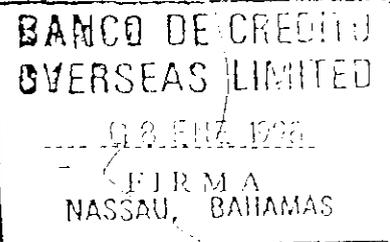
POR LOS INTERESES AGRADECERÉ SE SIRVAN:

1. Incrementar al Vencimiento ( X )      2. Pagar al Vencimiento ( )

AL VENCIMIENTO, RENOVAR CADA 90 DIAS

La correspondencia se servirán ENVIAR A CAJA BCOL - 193

Nombre Completo /Razon Social \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Nº de operacion en Cta. Registro: \_\_\_\_\_



THIS AREA OF THE DOCUMENT CHANGES SHADE GRADUALLY AND EVENLY WITH DARKER AREAS ON TOP AND BOTTOM. THE BACK OF THIS DOCUMENT CONTAINS A WATERMARK. HOLD AT ANGLE TO

**NATIONAL WESTERN**  
**LIFE INSURANCE COMPANY**  
150 EAST ANDERSON LANE • AUSTIN, TEXAS 78752-1602

POLICY BENEFIT

BB-140  
01/13/97

NO. 729134

DATE  
12 17 97

AMOUNT  
\*271500.00

VOID AFTER 180 DAYS FROM CHECK DATE

▶▶▶▶ **PAY ONLY 271500.00**

GENERAL CESAR SAUCEDO SANCHEZ

PAY  
TO THE  
ORDER OF

*Donat Karol*  
*Kennedy Blum*

VOID OVER \$271500.00  
TO BANK ONE, TEXAS, NA, PORT ARTHUR, TEXAS

⑈ 7 2 9 1 3 4 ⑈ ⑆ 1 1 3 1 0 1 4 0 1 ⑆ 0 5 8 0 0 0 7 5 7 3 ⑈

BANCO DE CREDITO  
OVERSEAS LTD.  
NASSAU BAHAMAS

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

our re: October 12, 2000  
through:  
100942-0101  
67600954

We Confirm a rate change in your your deposit with us. The new rate is  
7.000000%

<u>Principal</u>	<u>Rate</u>	<u>Maturity</u>	<u>Int. at Maturity</u>
444,255.62	7.000000%	01/08/01	7,753.17

Rate change is valued 10/09/00

We will rollover the interest and the principal for 90 days.

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

Banco de Credito Overseas Ltd.

No Signatures Required  
7943 R32 MOS

Please advise us promptly of any discrepancy

000 Default center

CF	G/L	Due/Value	Principal/Pledge/Unavail.	NIP Rate	Interest	NIP	Account
999	42115	010801	444,255.62	7.000000	7,753.17	010801	10094
		100900			0	67600954	101

Botto

Enter=process F4=prompt F9=ChgDsp F10=Profile F11=Fold F12=Previous

ANEXO 22 - COMPRA DE TERRENO

ANTONIO JESUS CHAVARRA ARCE

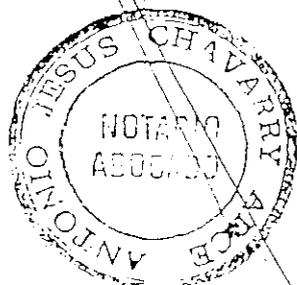
ABOGADO

NOTARIO PUBLICO DE CAÑETE

ALMIRANTE GRAU 324 2do. PISO SAN VICENTE - CAÑETE

P R I M E R

**TESTIMONIO**De la escritura de ADJUDICACION EN VENTAotorgado por ABIGAIL CONSUELO HUAPAYA AUDANTEA favor de CESAR SAUCEDO SANCHEZFecha de escritura CAÑETE, 31 DE DICIEMBRE DE 1,994Cañete, 31 DE DICIEMBRE DE 1,994Escritura N<sup>o</sup> 1007 Folio 3,951 VTA Minuta N<sup>o</sup> 961Año 1,994



\*

NÚMERO : 1007.- \*\*\*\*\*

ADJUDICACIÓN EN VENTA QUE OTORGA DOÑA ABIGAIL HUAPAYA ALDANTE

A FAVOR DE DON CESAR SAUCEDO SANCHEZ, EN

PARA "LOS LODOS" DEL DISTRITO DE CERRO AZUL - CAJETE. \*\*\*\*\*

INTRODUCCIÓN.- EN EL DISTRITO DE SAN VICENTE, PROVINCIA DE CAJETA

A LOS 31 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 1994//

TE, DEPARTAMENTO DE LIMA, ANTE MÍ: ANTONIO JESUS CHAVARRY ARCE, A

BOGADO NOTARIO DE ÉSTA PROVINCIA, DEBIDAMENTE IDENTIFICADO CON

BRETA ELECTORAL NÚMERO: 07732387, CON LAS CONSTANCIAS DE SUFRA



...ALOGIO EN LAS ÚLTIMAS ELECCIONES NACIONALES GENERALES HECHAS EN EL PAÍS, LIBRETA DE CONSCRIPCIÓN MILITAR NÚMERO: 240324750, REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE NÚMERO: 12010818; ~~.....~~  
 COMPARECEN: DOÑA ABIGAIL CONSUELO HUAPAYA AJDANTE, SOLTERA, PERUANA, DE OCUPACIÓN AGRICULTORA, DEBIDAMENTE IDENTIFICADA CON LIBRETA ELECTORAL NÚMERO: 15420671, CON DOMICILIO EN PAMPA LOS LOBOS, DISTRITO DE CERRO AZUL, PROVINCIA DE CAÑETE, DEPARTAMENTO DE LIMA; DON CESAR SAUCEDO SANCHEZ, CASADO CON DOÑA ROBERTY LUCILA LINARES SALDAÑA, PERUANO, DE OCUPACIÓN MILITAR EN ACTIVIDAD, IDENTIFICADO CON CARNET DE IDENTIDAD N° 104519900, DOMICILIADO EN LA CALLE 29 N° 272 URBANIZACIÓN MARISCAL CASTILLA, DISTRITO DE SAN BORJA, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE LIMA, DE TRÁNSITO EN ÉSTA LOCALIDAD; - LOS COMPARECIENTES, SON PERUANOS, MAYORES DE EDAD, HÁBILES PARA CONTRATAR E INTELIGENTES EN EL IDIOMA CASTELLANO Y UNA VEZ CUMPLIDAS CON LAS PRESCRIPCIONES DEL ARTÍCULO 54 INCISO H DE LA LEY DEL NOTARIADO, ME ENTREGAN PARA QUE ELEVE A ESCRITURA PÚBLICA UNA MINUTA DE ADJUDICACIÓN EN VENTA, DEBIDAMENTE FIRMADA Y AUTORIZADA, LA MISMA QUE ARCHIVO EN EL MINUTARIO RESPECTIVO Y CUYO TENOR LITERAL ES COMO A CONTINUACIÓN TRANSCRIBO: MINUTA NÚMERO: 961. ~~.....~~

SEÑOR NOTARIO: SIRVASE USTED EXTENDER EN SU REGISTRO DE ESCRITURAS PÚBLICAS UNA DE COMPRA-VENTA EN ADJUDICACIÓN/QUE OTORGA <sup>EN VENTA</sup> DOÑA ABIGAIL CONSUELO HUAPAYA AJDANTE, DE NACIONALIDAD, PERUANA, SOLTERA, AGRICULTORA, CON LIBRETA ELECTORAL NÚMERO: 15420671, DOMICILIADA EN PAMPA LOS LOBOS, DISTRITO DE CERRO AZUL, PROVINCIA DE CAÑETE, DEPARTAMENTO DE LIMA, A QUIEN EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ LA VENDEDORA A FAVOR DE DON CESAR SAUCEDO SANCHEZ, DE NACIONALIDAD PERUANA, DE ESTADO CIVIL CASADO CON DOÑA ROBERTY LUCILA LINARES SALDAÑA, DE OCUPACIÓN MILITAR, IDENTIFICADO CON C.I. N° 104519900, DOMICILIADO EN URBANIZACIÓN MARISCAL CASTILLA N° 272

Amirante Grau 324 Ldo. Piso  
SAN VICENTE - CAÑETE

...DISTRITO DE SAN BORJA, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE LIMA,

EN EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ EL COMPRADOR, EN LOS TÉRMI-

Y CONDICIONES SIGUIENTES:=====

PRERO.- LA VENDEDORA ADQUIRIÓ DE LA COMUNIDAD CAMPESINA DE

CAÑETE, UNA EXTENSIÓN DE OCHENTA HECTÁREAS EN LA ZONA DENOMINA

MANZANA LOS LOBOS, DEL DISTRITO DE CERRO AZUL, PROVINCIA DE CA

ÑETE, DEPARTAMENTO DE LIMA, A MÉRITO DEL ACUERDO TOMADO EN LA A

SEMBLADA GENERAL EXTRAORDINARIA CELEBRADA EL 20 DE AGOSTO DE

1994 Y MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA DE FECHA 20 DE JUNIO DE 1994

REGISTRADA ANTE EL NOTARIO PÚBLICO DE LIMA, DR. MANUEL NOYA DE LA

FORA, INSCRITA EN LA FICHA Nº006 ASIENTO C-2 DEL REGISTRO DE

PROPIEDAD INMUEBLE DE CAÑETE,=====

PRIMO.- SOBRE LA EXTENSIÓN DE LA ZONA DENOMINADA MANZANA LOS LO

BOS, REFERIDA EN EL TÉRMINO PRIMERO, QUE ANTECEDE, LA VENDEDORA

HA EJECUTADO UN PROYECTO DE HABILITACIÓN Y LOTIZACIÓN CONFORME

ALAS NORMAS CORRESPONDIENTES, DEL CUAL POR EL PRESENTE INSTRU

TO, CONVIENE LA VENDEDORA EN ADJUDICAR A FAVOR DEL COMPRADOR

LOS SIGUIENTES PREDIOS: MANZANA LOS LOBOS, CERRO AZUL, CAÑETE, MANZANA

Nº 7, LOTE 3, LOTE 4 Y LOTE 18.-ENCERRADOS DENTRO DE LOS SIG

UIENTES LINDEROS Y MEDIDAS PERIMÉTRICAS: LOTE Nº 3.-ÁREA: 126M<sup>2</sup>

(CIENTO VEINTISEIS METROS CUADRADOS).-POR EL FRENTE CON MANE

RA CON 7 M.L.-POR LA DERECHA ENTRANDO CON EL LOTE 4, CON 18M. L.

.-POR LA IZQUIERDA ENTRANDO CON EL LOTE 2, CON 18 M.L.-POR EL FON

DO CON LOS LOTES 6 Y 18, CON 7 M.L.-MANZANA Nº17, LOTE 4.-ÁREA:

126M<sup>2</sup>(CIENTO VEINTISEIS METROS CUADRADOS).-POR EL FRENTE CON

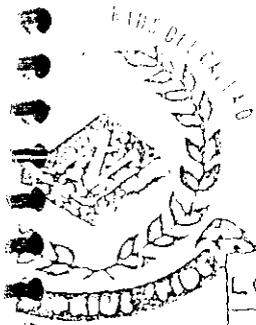
MANEIRA CON 7 M.L.-POR LA DERECHA ENTRANDO, CON EL LOTE 5 CON

18 M.L.-POR LA IZQUIERDA ENTRANDO CON EL LOTE 3, CON 18 M.L.-

EL FONDO CON EL LOTE 6, CON 7 M.L.-MANZANA Nº17, LOTE 18.-

ÁREA: 126 M<sup>2</sup>(CIENTO VEINTISEIS METROS CUADRADOS).-POR EL FRENTE

CON MANEIRA CON 7 M.L.-POR LA DERECHA ENTRANDO CON LOTE 1, LO



...TE 2, LOTE 3, CON 18 M.L. - POR LA IZQUIERDA ENTRANDO CON EL LOTE 17 CON 18 M.L. - POR LA DERECHA ENTRANDO CON EL FONDO, CON LOTE N°6 CON 7 M.L. -

TERCERO. - EL VALOR DE LA ADJUDICACIÓN ES DE \$ 3,200.00 (TRES MIL DOSCIENTOS DÓLARES AMERICANOS) QUE EL COMPRADOR PAGA Y LA VENDEDORA DECLARA HABER RECIBIDO SIN MÁS CONSTANCIA QUE LAS FIRMAS DE LOS OTORGANTES PUESTAS AL PIE DE ÉSTA MINUTA. -

CUARTO. - LOS OTORGANTES DECLARAN QUE ENTRE LOS DERECHOS QUE SE CONSTITUYEN Y TRANSFIEREN, EL PRECIO PACTADO Y PAGADO, ES DE LO MÁS JUSTO Y PERFECTA EQUIVALENCIA Y EN CASO DE EXISTIR UNA DIFERENCIA DE MÁS O DE MENOS SE HACEN DE ELLA MUTUA GRACIA Y RECÍPROCA DONACIÓN. -

QUINTA. - LA VENDEDORA DECLARA QUE SOBRE LOS DERECHOS DE DOS LOTES QUE ENAJENA, NO PESA CARGA, GRAVÁMEN, HIPOTECA, EMBARGO, NI MEDIDA JUDICIAL QUE LIMITE EL DERECHO DEL COMPRADOR OBLIGÁNDOSE AL SANEAMIENTO DE LEY EN CASO DE EVICCIÓN. -

SEXTO. - EN LA VENTA, ADEMÁS, DEL ÁREA QUE SE HA HECHO REFERENCIA SE COMPRENDEN LOS AIRES, VUELOS, USOS, COSTUMBRES, SERVIDUMBRES Y TODO CUANTO DE HECHO Y POR DERECHO LE CORRESPONDE SIN LIMITACIÓN ALGUNA. -

SEPTIMO. - AMBAS PARTES DECLARAN QUE EN LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO, NO HA MEDIADO DOLO, ERROR, LESIÓN O ACTO QUE LO INVALIDE, COMPROMETIÉNDOSE LAS PARTES A LOGRAR SU PERFECCIONAMIENTO CON LA RESPECTIVA INSCRIPCIÓN EN LOS REGISTROS PÚBLICOS DE CASERÍ. -

OCTAVO. - EL PRESENTE SE ENCUENTRA EXONERADO DEL PAGO DE IMPUESTO DE ALCABALA A LAS ENAJENACIONES, DE CONFORMIDAD A LA SEGUNDA PARTE DEL ARTÍCULO 25º DEL DECRETO LEGISLATIVO N°776. - USTED SEÑOR NOTARIO, SE SERVIRÁ AGREGAR LAS DEMÁS CLÁUSULAS DE LEY Y PASAR PARTES AL REGISTRO DE LA PROPIEDAD INMUEBLE. - CASERÍ

Notaría Uruyary  
Almirante Grau 324 2do. Piso  
SAN VICENTE - CASERÍ

... EL DÍA 31 DE DICIEMBRE DE 1994. - FIRMADO: ABIGAIL CONSUELO HUAYTA ANDANTE. - CESAR SAUCEDO SANCHEZ. - AUTORIZA LA PRESENTE MINUTA AL DR. JOSÉ LUIS FARFÁN DIAZ. - ABOG/DO. - REGISTRO C. A. C. Nº 1281

CONCLUSIÓN. - LEÍDA LA ESCRITURA A LOS OTORGANTES ESTOS SE RALIFICARON EN EL CONTENIDO DE LA MISMA SIN MODIFICACIONES A LA MINUTA TRANSCRITA. - LA PRESENTE ESCRITURA PÚBLICA SE EXTIENDE A FOJAS 3951 SERIE 493751 VUELTA Y TERMINA A FOJAS 3952 SERIE 493755 VUELTA. - CONCLUYENDOSE CON EL PROCESO DE TOMA DE FIRMAS EL MISMO DÍA DE SU OTORGAMIENTO. - TODO LO ENMENDADO: VALE. - LO TESTADO: COMPRA VENTA EN. - LA DERECHA ENTRANDO CON. - NO VALEN. - ENTRE LÍNEAS: EN VENTA. - VALE. - DE TODO LO QUE DOY FE. - ..... ENTRE LÍNEAS: A LOS 31 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 1994. VALEN. DE LO QUE IGUALMENTE DOY FE. - .....

.....  
ABIGAIL CONSUELO HUAYTA ANDANTE

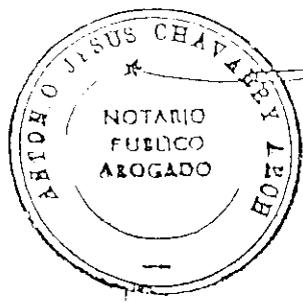
.....  
CESAR SAUCEDO SANCHEZ

.....  
ANTONIO JESUS CHAVARRY ABGE  
NOTARIO PÚBLICO  
ABOGADO

A. J.  
CH. A.

Explico este testimonio de la Escritura Pública que corre en mi registro a fojas 3951/2 el que rubrico, sello y firmo, conforme a ley.

Cafete, 31 DIC. 1994



.....  
ANTONIO JESUS CHAVARRY ABGE  
NOTARIO PÚBLICO  
ABOGADO

ANEXO 26 - CONSTRUCCIONES

HOJA DE LIQUIDACION DE  
LICENCIA DE CONSTRUCCION Y  
CONFORMIDAD DE OBRA  
(SEGUN ORDENANZA N° 015-99-MDCA)

Año 1999 ✓  
2900

Predio

Propietario:	CESAR SAUCEDO SANCHEZ	N° de Liquidación:	0
Proyecto:	CASA DE PLAYA	N° de Licencia:	
Ubicación:	PLAYA LOS LOBOS Mz. 17 Lta. 3-4-18		
Referencia:			

A. DATOS DEL TERRENO:

		AREA TOTAL DEL TERRENO:		373.00
AREA CONSTRUIDAS	1ra. Planta:	277.50	3ra. Planta:	0.00
TECHADAS:	2da. Planta:	248.50	4ta. Planta:	0.00
AREA DE TERRAZAS	1ra. Planta:	35.00	3ra. Planta:	0.00
	2da. Planta:	44.80	4ta. Planta:	0.00
SOTANOS O AREAS COMPLEMENTARIAS:		211.90		

B. VALOR DE LA CONSTRUCCION PISOS:

	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor
1. MUROS Y COLUMNAS	C	151.00				
2. TECHOS	C	67.36				
3. PISOS	E	25.82	E	25.82	A	10.72
4. PUERTAS/VENTANAS	D	63.11				
5. REVESTIMIENTOS	F	39.63				
6. BAÑOS	C	19.87				
7. INSTALACIONES ELECTRICAS Y SANITARIAS	F	23.66				
<b>Totales \$C.</b>		<b>390.51</b>		<b>25.82</b>		<b>10.72</b>

	m²		\$C.	TOTAL \$C.
VALOR DE CONSTRUCC. AREA TECHADA	495.70	X	390.51	163,873.81
VALOR DE CONSTR. TERRAZAS/SOTANOS	79.80	X	25.82	2,050.24
VALOR DE CONSTRUCCION SOTANO	211.90	X	10.72	2,271.67

SUB-TOTAL

57,000.00 Tc 3.472

197,307.61

VALOR ADICIONALES (FISCALIAS ETC.) GLOBAL		X	30.00	
---	--	---	-------	--

VALOR TOTAL DE LA CONSTRUCCION

57,000.00 + 197,307.61 = 254,307.61

137,307.61

C. LIQUIDACION DE DERECHOS:

MULTA:  EDICTO:

Derecho por regularización: 1.55 % del valor de la obra	3,067.57
Derecho por conformidad de obra: \$C. 1.50 x m2	743.55

SUB-TOTAL

3,811.12

ACOTACION ANTERIOR CANCELADA SEGUN EXPEDIENTE:

LIQUIDACION ANTERIOR Fecha cancelada:

VALOR ADICIONAL DE Fecha cancelada:

OTROS:

SANCION POR CONST. SIN LIC. DE CONST. (Propietario)

SANCION POR CONST. SIN LIC. DE CONST. (Constructor)

TOTAL A PAGAR

3,811.12

Municipalidad Dist. Cerro Azul  
CARETE  
19 ENE 2000  
CANCELADO

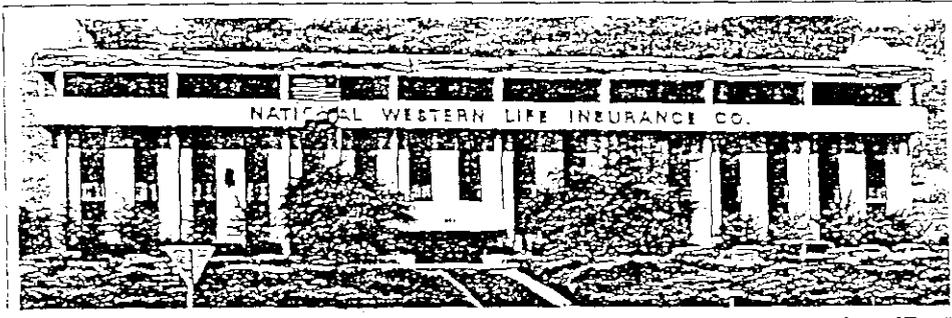
**ANEXO N°. 3**

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA**

**e**

**INTERESES GANADOS**

## SU PÓLIZA DE NATIONAL WESTERN LIFE



Bienvenido a la familia de asegurados de National Western Life. Los empleados, gerentes y la fuerza productora de National Western Life han estado trabajando por cerca de 40 años para proveer con seguros de vida y anualidades a nuestros asegurados.

National Western Life ofrece una cartera completa de productos de seguros de vida en 43 estados de los Estados Unidos y en numerosas países extranjeros. Nuestras estrategias de inversiones conservadoras fueron diseñadas con su seguridad en mente.

Le adjuntamos su póliza de National Western Life. Si tiene alguna pregunta acerca de dicha póliza o de nuestra compañía, por favor comuníquese con su agente o directamente con National Western Life a: 850 East Anderson Lane • Austin, Texas 78752-1602.

Ross Moody, Presidente

# NATIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY

Una Compañía por Acciones

Oficina Ejecutiva, Austin, Texas  
Oficina Principal, Denver, Colorado

ASEGURADO	ROSMARI L LINARES DE SAUCEDO	0100817057	NUMERO DE LA POLIZA
FECHA DE LA POLIZA	OCTUBRE 27, 1994	46	EDAD A LA FECHA DE EMISION
DUÑO	EL ASEGURADO		

MANTO DE POLIZA - \$100,000.00 OCTUBRE 27, 2043 FECHA DE EXPIRACION

LA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA NATIONAL WESTERN se denomina "Nosotros". Nosotro pagaremos el beneficio por muerte al beneficiario cuando recibamos prueba fehaciente del fallecimiento del Asegurado, mientras esta póliza esté en vigor, sujeto a los términos y estipulaciones de la misma.

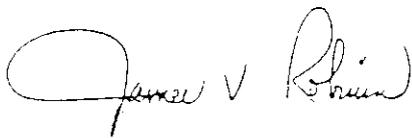
## EL CONTRATO

En consideración a la solicitud y al pago de la prima como es requerido, se emite este contrato. La póliza y la solicitud forman el contrato. Una copia de la solicitud se adjunta. Las declaraciones en la solicitud son representaciones y no evidencias ciertas. Ninguna declaración sera usada por Nosotros para defender una reclamación o para anular esta póliza, a no ser que se especifique en la solicitud firmada. Solamente los funcionarios ejecutivos de esta compañía pueden cambiar esta póliza o renunciar al ejercicio de un derecho o la exigencia de un requisito. Ningún agente tiene autoridad para hacer esto. Dicho cambio o renuncia tiene que ser por escrito.

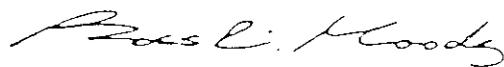
Nosotros firmamos este contrato en nuestra oficina en Austin, Texas en la Fecha de la Póliza.

## DERECHO DE CANCELAR

Usted puede cancelar esta póliza, ya sea entregando personalmente o enviando por correo, un aviso por escrito o un telegrama notificándonos al efecto, a Austin, Texas 78752-1602, o al agente a través de quien usted la compró. Usted tiene que devolvernos la póliza, ya sea a Nosotros o al agente a quien se la compró, antes de la medianoche del décimo día después de la fecha en que usted la recibió. Nosotros tenemos que reembolsar todas las primas pagadas por esta póliza dentro de los diez días después de recibir el aviso de cancelación y la póliza.



Secretario



Presidente

## LEA SU POLIZA CUIDADOSAMENTE

POLIZA DE SEGURO DE VIDA CON PRIMA FLEXIBLE AJUSTABLE. BENEFICIO DE MUERTE FLEXIBLE. VALOR DE RESCATE PAGADERO EN LA FECHA DE VENCIMIENTO. BENEFICIO POR MUERTE PAGADERO AL FALLECIMIENTO QUE OCURRA ANTES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO. PRIMAS FLEXIBLES PAGADERAS DURANTE LA VIDA DEL ASEGURADO HASTA LA FECHA DE VENCIMIENTO. SIN DIVIDENDOS.

Esta póliza es un contrato legal entre usted y Nosotros.

## RESUMEN DE LA POLIZA

Este contrato de seguro de vida ajustable y con prima flexible provee seguro de vida mientras la póliza este en vigor, pero nunca después de la edad de 95 años. El monto de la cobertura del seguro de vida es ajustable según lo estipulado en este contrato. El mismo puede ser aumentado o reducido a opción del Asegurado. (Cualquier aumento en la cobertura está sujeto a evidencia de asegurabilidad). El Saldo de la Cuenta se acumula como resultado del pago de las primas, las cuales pueden ser pagadas en varias ocasiones y en varias cantidades. (Ver PRIMAS para detalles). Cada mes, el interés se acredita al Saldo de la Cuenta. También son deducibles del Saldo de la Cuenta los cargos mensuales por la protección del seguro, gastos y cualquier otro cargo por suplementos adjuntos. El valor de rescate (Ver VALOR DE RESCATE para detalles) está disponible para el rescate completo, rescate parcial y préstamos contra la póliza.

Esta es solo una descripción breve. El seguro se describe totalmente en las distintas provisiones de la póliza.

## CONTENIDO

Página	Página
Saldo de la Cuenta . . . . .	Especificaciones de la Póliza . . . . .
7	3
Beneficiario . . . . .	Fecha de la Póliza . . . . .
6	3
Beneficio por Muerte . . . . .	Fecha Efectiva . . . . .
6	6
Bonificación Especial . . . . .	Indisputabilidad . . . . .
7	10
Cambio de Plan . . . . .	Limitaciones . . . . .
10	10
Cambios en el Beneficio por Muerte . . . . .	Opciones de Liquidación . . . . .
6	11, 12
Cargo por Aumento del Monto de la Cobertura . . . . .	Periodo de Gracia . . . . .
7, 14	8
Cargo por Rescate . . . . .	Préstamos sobre la Póliza . . . . .
8	9
Cesión . . . . .	Primas . . . . .
10	3, 8
Clase de Prima . . . . .	Rehabilitación . . . . .
3	9
Continuación del Seguro . . . . .	Reporte Anual . . . . .
9	9
Costo del Seguro . . . . .	Rescate . . . . .
8	8
Crédito por Persistencia . . . . .	Rescate Parcial . . . . .
7	9
Declaración Errónea de Edad o Sexo . . . . .	Suicidio . . . . .
10	10
Deducción Mensual . . . . .	Tasa de Interés . . . . .
7	8
Dueño . . . . .	Terminación . . . . .
6	6
	Valor de Rescate . . . . .
	8
	Vencimiento . . . . .
	8

## DEFINICIONES

**ANIVERSARIO DE LA POLIZA** significa el mes y día según aparece en la página 3 en la fecha de la póliza para cada año después de la emisión.

**ANIVERSARIO MENSUAL** significa el día según aparece en la página 3 en la fecha de la póliza para cada mes después de la emisión.

**FECHA DE VENCIMIENTO** significa el día, mes y año según aparecen en la página 3.

**PRIMA NETA** significa la cantidad remanente de cada prima después de que hayamos descontado el porcentaje del cargo sobre la prima.

El porcentaje máximo garantizado del cargo sobre la prima está mostrado en la página 3.

ESPECIFICACIONES DE LA POLIZA

ASEGURADO ROSMARI L LINARES DE SAUCEDO

0100817057 NUMERO DE LA POLIZA

FECHA DE LA POLIZA OCTUBRE 27, 1994

45 EDAD EN LA FECHA DE EMISION

MONTO DE POLIZA \$100,000.00

OCTUBRE 27, 2043 FECHA DE EXPIRACION

DUEÑO EL ASEGURADO

BENEFICIARIO SEGUN HA SIDO DESIGNADO EN LA SOLICITUD PARA LA POLIZA. A MENOS QUE SE CAMBIASE SEGUN SE ESTIPULA EN ESTA POLIZA

ESCALA DE PRIMAS	ANUAL	SEMESTRAL	TRIMESTRAL	MENSUAL	MENSUAL ESPECIAL
PLANEADA		\$778.00			

CLASIFICACION DE PRIMA STANDARD FORMA DE PAGO DE PRIMAS SEMESTRAL

LA PRIMA TOTAL INCLUYE EL COSTO POR BENEFICIOS ADICIONALES

FORMULARIO	DESCRIPCION DE LOS BENEFICIOS	CANTIDAD DE LOS BENEFICIOS	PRIMAS	
			AÑOS A SER PAGADOS	CANTIDAD ANUAL
2027IC 11/08/94	BENEFICIO FLEXIBLE DE VIDA - INICIAL CARGO MAXIMO GARANTIZADO MENSUAL POR GASTOS - \$5.00 PORCENTAJE MAXIMO DEL CARGO POR PRIMAS - 5.0% DE CADA PRIMA PAGADA OPCION DEL BENEFICIO POR MUERTE - 1 PRIMA MINIMAL MENSUAL - \$ 123.90 INTERES SOBRE DE PRESTAMOS DE POLIZA - 9.00% EL CREDITO POR PRIMAS DE ESTA POLIZA ES DE \$ 7,225.00 LA CANTIDAD MINIMA DE COBERTURA PARA ESTA POLIZA ES \$75,000 PORCENTAJE PARA EL BONO ESPECIAL - 5.00% CANTIDAD BASICA PARA EL BONO ESPECIAL - \$ 1,487	\$100,000.00		FLEXIBLE
3045IS	MUERTE ACCIDENTAL	100,000.00	VER SUPLEMENTO	
3059IS	SUPLEMENTO DE BENEFICIO EN VIDA		VER SUPLEMENTO	

NOTA: LA FECHA DE EXPIRACION ES ELEGIDA POR EL DUEÑO. ES POSIBLE QUE LA COBERTURA CESE ANTES DE LA FECHA DE EXPIRACION MOSTRADA CUANDO LAS PRIMAS NO SON PAGADAS DESPUES DEL PAGO DE LA PRIMA INICIAL O CUANDO LAS PRIMAS POSTERIORES NO SON SUFICIENTES PARA CONTINUAR LA COBERTURA HASTA TAL FECHA. SI LA COBERTURA CONTINUA HASTA LA FECHA DE EXPIRACION, EXISTIRA O NO UNA PEQUENA CANTIDAD DE VALORES ACUMULADOS PAGADEROS. SI LOS VALORES ACTUALES CAMBIASEN, ESTO TAMBIEN AFECTARIA LA COBERTURA

FORMULARIOS ADICIONALES SN-0394 (REV 11/85)

LA FECHA DE EFECTIVA Y LA FECHA DE EMISION DE CADA BENEFICIO ES LA FECHA DE LA POLIZA Y LA EDAD DE SU EMISION. A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE EN OTRA FORMA

COSTO MENSUAL GARANTIZADO DEL SEGURO

PARA FORMA 01-2027

INC DE TARIFA PAR CADA  
LA POLIZA: \$1000.00

1	.34417
2	.36750
3	.39250
4	.42083
5	.45250
6	.48667
7	.52583
8	.57000
9	.61500
10	.66250
11	.71083
12	.75750
13	.80500
14	.85833
15	.92083
16	.99833
17	1.09417
18	1.21167
19	1.34417
20	1.48750
21	1.63583
22	1.78887
23	1.94417
24	2.11750
25	2.32333
26	2.57333
27	2.87817
28	3.24667
29	3.67000
30	4.14250
31	4.65500
32	5.20416
33	5.79916
34	6.45833
35	7.20916
36	8.07416
37	9.07166
38	10.19916
39	11.44500
40	12.79416
41	14.23999
42	15.77916
43	17.41499
44	19.15916
45	21.02832
46	23.06582
47	25.35082
48	28.04832
49	31.52915

BASE PARA LAS TARIFAS DEL COSTO MENSUAL GARANTIZADO DEL SEGURO  
Y VALORES DE RESCATE MINIMOS  
15% DEL 1980 C S O STD ORDINARY NS MORTALITY, A L B

SURRENDER CHARGES

YEAR	CHARGE
1	3,644.15
2	3,563.25
3	3,482.35
4	3,401.45
5	3,320.55
6	3,239.65
7	3,158.75
8	3,077.85
9	2,996.58
10	2,915.32
11	2,832.26
12	1,749.19
13	1,166.13
14	583.06
15 & THEREAFTER	.00

NATIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY

SUPLEMENTO DEL BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL

BENEFICIO

Nosotros pagaremos el beneficio por muerte accidental al beneficiario cuando recibamos debida prueba que el Asegurado falleció como consecuencia de una lesión corporal accidental ocurrida mientras este beneficio estaba en vigor, siempre y cuando el Asegurado muera dentro de los 90 días después del accidente. A no ser que se haya provisto de otra manera por un endoso a esta póliza, la cantidad del beneficio por muerte accidental está mostrada en la página 3.

EXCEPCIONES

Este beneficio no será pagado si la muerte resulta directa o indirectamente por razón de:

1. suicidio, ya sea cometido en estado de demencia o estando sano mentalmente;
2. sofocación, estrangulación, asfixia, envenenamiento o inhalación de gas o humos, sea voluntaria o involuntariamente;
3. herida física infligida o producida intencionalmente por otra persona;
4. la comisión de un crimen o asalto por o contra el asegurado;
5. guerra o cualquier acto incidental a la misma, sea o no declarada la guerra;
6. participación o acción en algún motin o insurrección;
7. servicio en las fuerzas militares, policíacas, navales o aéreas de cualquier país, combinación de países o organización internacional;
8. coerando, viajando en, descendiendo o cayendo de o con cualquier clase de aeronave, excepto en calidad de pasajero, sin deberes de ninguna clase, en alguna nave aérea civil volada por un piloto con licencia;
9. indisposición corporal o mental, o enfermedad o tratamiento médico o quirúrgico de la misma;
10. infección bacterial, excepto las que resulten por una herida externa accidental;
11. cualquier actividad de naturaleza criminal o ilegal o por la asociación con personas involucradas en actividades de este tipo;
12. participación en cualquier actividad ilegal con productos químicos, drogas o sustancias, o cuando los mismos estén controlados.

TERMINACION DEL SUPLEMENTO

Este suplemento terminara:

1. En el aniversario de la póliza cuando el Asegurado cumpla 65 años de edad;

2. Cuando usted nos escriba enviando también su póliza para ser endosada y solicitando que nosotros cancelemos este suplemento; o
3. Cuando esta póliza termine o se venza.

FECHA EFECTIVA

A no ser que esté provisto de otra manera por un endoso a esta póliza, la fecha efectiva de este suplemento será la fecha efectiva de la póliza.

COSTO DEL SUPLEMENTO

Nosotros proveemos cobertura bajo este suplemento a cambio del pago por el costo del suplemento. El costo del suplemento será incluido en las deducciones mensuales, mientras este suplemento esté en vigor. El costo mensual del suplemento es:

1. La cantidad del beneficio por muerte accidental al principio del mes de la póliza, multiplicada por
2. el costo mensual del suplemento a la edad alcanzada por el Asegurado.

El costo mensual del suplemento por cada \$1,000 del beneficio está mostrado en la tabla siguiente:

Edad Alcanzada	Costo Mensual	Edad Alcanzada	Costo Mensual	Edad Alcanzada	Costo Mensual
0-41	\$ .0600	49	\$ .1000	57	\$ .1200
42	.0625	50	.1025	58	.1225
43	.0650	51	.1050	59	.1250
44	.0675	52	.1075	60	.1300
45	.0900	53	.1100	61	.1350
46	.0925	54	.1125	62	.1400
47	.0950	55	.1150	63	.1450
48	.0975	56	.1175	64	.1500

Si nosotros incluyéramos el costo del suplemento en las deducciones mensuales una vez que el suplemento termina, nuestra única responsabilidad será la devolución de las cantidades deducidas, mas el interés que dichas cantidades hubieran devengado en la póliza.

DISPUTABILIDAD

Nosotros podremos disputar los beneficios bajo este suplemento en cualquier momento.



Presidente

**NATIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY**  
**SUPLEMENTO DE BENEFICIO EN VIDA**

**Consideración:** Este Suplemento se adjunta y forma parte de esta póliza. A no ser que este Suplemento las cambie, todas las provisiones, exclusiones y limitaciones de esta póliza, serán las mismas y se aplicarán a este Suplemento. La prima para este Suplemento, si la hubiese, está incluida en la prima para la póliza.

**Asegurado del Beneficio en Vida:** Es la persona nombrada como el asegurado en la página de Especificaciones de esta Póliza. En el caso de una póliza mancomunada, el primer asegurado que someta una reclamación y que satisfaga los requisitos para este beneficio, será el Asegurado del Beneficio en Vida y el otro asegurado mancomunado no tendrá derecho a este beneficio. Cualquier otra persona que esté asegurada bajo esta póliza, además del asegurado o el asegurado mancomunado, tendrá derecho a este beneficio.

**Beneficio Elegible por Muerte:** Este es el beneficio por muerte para el Asegurado del Beneficio en Vida menos cualquier préstamo sobre la póliza que no haya sido satisfecho, o cualquier reclamo válido sobre esta póliza.

**Beneficio en Vida:** Un pago al dueño de la póliza, antes de la muerte del Asegurado del Beneficio en Vida, podrá hacerse si todos los requisitos se han cumplido. Este pago no podrá ser mayor del 25% del Beneficio Elegible por Muerte o una cantidad máxima en U.S. dólares, como se describe a continuación, menos el cargo por interés cuyo porcentaje no podrá ser mayor de (a) el interés anual vigente de un Bono de 90 días de la Tesorería de los Estados Unidos o (b) la tasa de interés actual máxima estatutoria ajustable para préstamo de pólizas tal como haya sido asignada por el estado en el cual la compañía este domiciliada, menos un cargo por procesar el reclamo. El cargo por procesar el reclamo será una cantidad no mayor que US\$800 aumentados a partir de la fecha efectiva de este Suplemento con una tasa de interés del 5% compuesto anualmente hasta la fecha del reclamo del Beneficio en Vida. El cargo exacto por interés y la cuota para el procesamiento para el reclamo, serán establecidos periódicamente por la Junta Directiva de la Compañía.

**Pago Máximo en Dólares:** Durante los primeros doce meses a partir de la fecha efectiva de este Suplemento, el pago máximo será de US\$50,000. Si este Suplemento ha estado en vigor por un periodo mayor de 12 meses pero menor de 24 meses, el pago máximo será de US\$100,000. Si el Suplemento ha estado en vigor por un periodo mayor de 24 meses, el pago máximo será de US\$150,000. Esta sección establece el valor máximo en dólares. El 25% máximo sigue siendo aplicable.

**Requerimientos:** El pago del Beneficio en Vida únicamente se hará si los siguientes requisitos se han cumplido: 1) El Asegurado del Beneficio en Vida deberá haber sido diagnosticado con razonable certeza médica por lo menos por dos doctores médicos titulados independientes (con respecto al Asegurado nombrado en esta póliza y entre ellos y o por lo menos uno de ellos sea un especialista en ese campo de la medicina y ambos médicos sean aceptables para Nosotros), de padecer de una enfermedad terminal que resultará en su muerte dentro de un periodo de 12 meses desde la fecha de la solicitud del Beneficio en Vida; 2) Prueba para elegibilidad del Beneficio en Vida como se especifica en esta sección, deberá enviarse por escrito a la compañía; 3) El costo para obtener los reportes médicos deberá ser pagado por el dueño de la póliza y los reportes médicos originales deberán ser recibidos por la compañía para su inspección con suficiente anticipación antes de que se procese el pago del Beneficio en Vida. El pago de cualquier reclamo bajo este Suplemento durante el periodo de disputabilidad de esta póliza, que se determine pagadero, únicamente se hará al vencimiento del periodo de disputabilidad.

**Primas para la Póliza:** El pago del Beneficio en Vida no afectará el pago de primas futuras, si las hubiese requeridas bajo esta póliza. Los gastos asociados con esta póliza que estén relacionados con el beneficio por muerte y el saldo de la cuenta, serán determinados basados en las cantidades a las que se les ha descontado el pago del Beneficio en Vida que se haya realizado (Vea El Efecto en los Valores de la Póliza).

**Otras Vidas Aseguradas:** Si existiera más de una vida asegurada bajo esta póliza, cada asegurado puede ser elegible para el Beneficio en Vida (excepto como se limita en la sección "Asegurado del Beneficio en Vida"), pero los requisitos señalados en este Suplemento deberán ser satisfactoriamente cumplidos individualmente por cada reclamante.

**El Efecto en los Valores de la Póliza:** El pago del Beneficio en Vida reducirá los valores de la póliza proporcionalmente. El beneficio por muerte y el saldo de la cuenta, si los hubiesen, se verán disminuidos en un 25%, o si la cantidad actualmente pagada es menor que el 25% del beneficio por muerte debido a la restricción máxima de pago en dólares, entonces serán reducidos en proporción al Beneficio en Vida que haya sido pagado y el beneficio por muerte antes de la deducción. Todas las demás provisiones y valores de la póliza permanecerán sin cambio.

**Terminación:** Este Suplemento terminará cuando la póliza a la cual se adjunta no esté más en vigor.

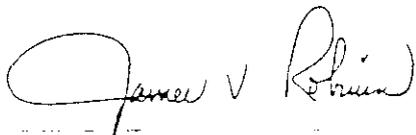


Presidente

NATIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY  
AUSTIN, TEXAS

CLAUSULA SOBRE LA MONEDA - DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS

Dondequiera que aparezca en esta póliza la palabra "dólar" o el símbolo del mismo, deberá interpretarse como referencia a la moneda de curso legal de los Estados Unidos de America, que es la moneda en la cual esta póliza ha sido emitida. A pesar de cualquier manifestación en la póliza en sentido contrario, todas las cantidades a pagar o a recibir bajo la misma serán pagadas en las Oficinas Ejecutivas de la Compañía en Austin, Texas.



Secretario



Presidente

**EL DUEÑO**

El dueño esta designado en la pagina 3. El dueño es denominado "usted". Usted tiene todos los derechos bajo esta póliza durante la vida del Asegurado. Si usted muere antes que el Asegurado, su patrimonio hereditario se convierte en el dueño de la póliza, a no ser que usted lo haya provisto de otra manera.

Usted puede designar un dueño contingente o un nuevo dueño en cualquier momento durante la vida del Asegurado. Una vez que el cambio haya sido registrado en nuestra oficina en Austin, Texas, el mismo será efectivo a partir de la fecha en que usted lo solicitó. Esto no será aplicable a cualquier pago hecho o acción tomada por nosotros con anterioridad a su registro.

**EL BENEFICIARIO**

El beneficiario recibirá el beneficio por muerte de la póliza cuando el Asegurado muera. Si hubieran dos o más beneficiarios vivos, ellos recibirán cantidades iguales, a no ser que usted lo haya provisto de otra manera. Si no hubiera un beneficiario vivo cuando el Asegurado muera, nosotros lo consideraremos a usted el beneficiario. Si el dueño no esta vivo, nosotros consideraremos al patrimonio hereditario del dueño como beneficiario.

El beneficiario o beneficiarios y cualquier beneficiario contingente están señalados en la solicitud. Un beneficiario contingente se convierte en beneficiario si el beneficiario muere antes que el Asegurado.

Usted puede nombrar o cambiar beneficiarios o beneficiarios contingentes en cualquier momento durante la vida del Asegurado. Una vez que el cambio haya sido registrado en nuestra oficina en Austin, Texas, el mismo será efectivo a partir de la fecha en que usted lo solicitó. Esto no será aplicable a cualquier pago hecho o acción tomada por nosotros con anterioridad a su registro.

**FECHA EFECTIVA DE LA COBERTURA**

La fecha efectiva de la cobertura bajo esta póliza será como sigue:

1. La fecha efectiva para toda la cobertura en esta solicitud, será determinada de acuerdo a las provisiones de la solicitud.
2. Para aumentar, disminuir o añadir cobertura, la fecha efectiva será determinada de acuerdo a las provisiones de la solicitud y de la Solicitud de Enmienda.
3. Para cualquier seguro que ha sido rehabilitado, la fecha efectiva será determinada de acuerdo a las provisiones de la Solicitud de Rehabilitación.

**TERMINACION DEL SEGURO**

Esta póliza terminara cuando ocurra lo primero de

1. La fecha en que nosotros recibamos de usted una solicitud escrita para el rescate de la póliza.
2. El Aniversario de la póliza después del 95avo cumpleaños del Asegurado.
3. La Fecha de Vencimiento de esta póliza.
4. La fecha en que el período de gracia termine sin que se pague la prima para cubrir la deducción mensual.
5. La fecha de la muerte del Asegurado.

**VALOR AL VENCIMIENTO**

Nosotros le pagaremos a usted en la Fecha de Vencimiento el valor correspondiente. El valor al vencimiento será igual al valor de rescate en la Fecha de Vencimiento.

**BENEFICIO POR MUERTE**

El beneficio por muerte será la cantidad en dólares pagadera al beneficiario después que recibamos prueba satisfactoria de la muerte del Asegurado. El beneficio por muerte está sujeto a los ajustes provistos bajo las provisiones de Declaración Errónea de Edad o Sexo, Indisputabilidad, Suicidio y Préstamos Sobre la Póliza.

Usted puede seleccionar entre dos opciones de beneficio por muerte.

**Opción 1**

El monto del beneficio por muerte será igual al mayor de:

1. El Monto Asegurado menos cualquier préstamo e interés sobre el préstamo no pagado en la fecha del fallecimiento.
2. El Balance de la Cuenta, más 10% del Monto Asegurado, menos cualquier préstamo e interés sobre el préstamo no pagado en la fecha del fallecimiento.

**Opción 2**

El Monto del Beneficio por muerte sera igual al Capital Asegurado, más el balance en la cuenta, menos cualquier préstamo e interés sobre el préstamo no pagado en la fecha del fallecimiento.

La opción aplicable en la fecha de emision es la establecida en la pagina 3.

**CAMBIOS EN EL BENEFICIO POR MUERTE**

El beneficio por muerte puede ser aumentado o reducido en cualquier momento despues del cuarto Aniversario de la Póliza mediante petición escrita a

efecto por usted. El cambio del Capital Asegurado esta sujeto a:

#### Reducción del Monto del Seguro

1. Cualquier reducción será efectiva en el día del Aniversario Mensual que coincida con o que sea más cercano a la fecha en que recibamos dicha solicitud. Cualquier reducción disminuirá el monto del seguro de la siguiente manera:
  - A. Contra el Capital Asegurado provisto por el aumento más reciente;
  - b. Contra los próximos aumentos más recientes sucesivamente; y
  - c. Contra el Capital Asegurado Inicial.
2. El Capital Asegurado en vigor en cualquier momento bajo esta póliza, no puede ser menor que la cantidad mínima de cobertura mostrada en la página 3.

#### Aumento en el Capital Asegurado

Cualquier petición para un aumento debe ser solicitada en solicitud por separado. La misma estará sujeta a evidencia de asegurabilidad satisfactoria para nosotros. El aumento tiene que ser por un mínimo de \$10,000. Cualquier aumento aprobado será efectivo en la fecha del Aniversario Mensual mostrada en el Endoso de Cambio en el Capital Asegurado. El mismo está sujeto a ser acreditado por la deducción. Solamente será permitido un aumento durante cualquier periodo de doce meses.

#### Cambios en la Opción del Beneficio por Muerte

Cambios en la opción del beneficio por muerte pueden ser hechos por escrito después del cuarto aniversario de la póliza. Nosotros nos reservamos el derecho de requerir evidencia de asegurabilidad para estos cambios.

La fecha efectiva del cambio será el día siguiente del Aniversario Mensual, después que recibamos la solicitud para dicho cambio. Solamente será permitido un cambio durante cualquier periodo de doce meses.

#### BALANCE DE LA CUENTA

El balance de la cuenta en la fecha de la póliza será la prima neta.

El balance de la cuenta en cada día del Aniversario Mensual es igual a:

1. El balance de la cuenta en el día del Aniversario Mensual precedente, multiplicado por uno, más la tasa de interés mensual, más:
2. Cualquier prima neta recibida desde el día del Aniversario Mensual precedente con interés a la tasa actual, a partir de la fecha en que nosotros la recibimos hasta el día del Aniversario Mensual, menos:

3. La deducción mensual por el mes de póliza previo, multiplicado por uno, más la tasa de interés mensual actual.

En cualquier día que no sea un día de Aniversario Mensual, el Balance de la Cuenta es igual a:

1. El Balance de la Cuenta en el último día del Aniversario Mensual, más:
2. Cualquier prima neta recibida desde el último día del Aniversario Mensual, menos:
3. La deducción mensual por el mes de póliza actual.

#### CREDITO POR PERSISTENCIA

Al final de los años 16 a 20 de la póliza, se acreditará al Saldo de la Cuenta el 1% de la cantidad equivalente al crédito por primas mostradas en la página 3, menos la cantidad total de los rescates parciales que se hayan hecho. El Crédito por Persistencia nunca será menor que cero.

#### BONIFICACION ESPECIAL

Al final de los años póliza 6 al 15, un porcentaje (el Porcentaje de Bonificación Especial mostrado en la página 3) de la cantidad de la Prima de Bonificación (indicada en la página 3) menos la cantidad total de rescates parciales tomados, será acreditado al Saldo de la Cuenta si el contrato califica. Este contrato califica para la Bonificación Especial si, al final de cada año póliza antes de e incluyendo cualquier año póliza en el cual ha de acreditarse una Bonificación Especial, el total de las primas pagadas acumuladas, menos cualquier rescate parcial, es igual a o mayor que la Cantidad Básica para la Bonificación Especial mostrada en la página 3, por el número de años transcurridos desde la Fecha de la Póliza. La calificación de este contrato se verificará al final de cada año póliza. Si el contrato deja de calificar en cualquier momento, quedará descalificado para recibir la Bonificación Especial de ahí en adelante.

#### DEDUCCION MENSUAL

La deducción mensual por un mes de póliza es igual a (1) más el (2), más el (3), siempre y cuando:

- (1) Es el costo mensual del seguro y el costo de cualquier beneficio adicional provisto por un suplemento en cada mes de la póliza.
- (2) Es el cargo por gastos mensuales. El cargo por gastos mensuales no puede ser mayor que el máximo garantizado mostrado en la página 3.
- (3) Es el cargo por aumento en el Capital Asegurado. El mismo es igual a la cantidad del aumento, multiplicado por el cargo del aumento por cada \$1,000, según se define en el Endoso para Cambio en el Capital Asegurado. El cargo es hecho en el mes de la póliza en el cual el aumento es efectivo.

**COSTO MENSUAL DEL SEGURO**

El costo mensual del seguro es igual al (1), menos el (2) y entonces multiplicando este resultado por el (3), siempre y cuando:

- (1) Es el beneficio por muerte al principio del mes, dividido por 1.0032737.
- (2) Es el Balance de la Cuenta al principio del mes.
- (3) Es el costo de la tarifa mensual del seguro por cada \$1.000.

**COSTO DE LA TARIFA DEL SEGURO**

El costo mensual de la tarifa del seguro está basado en el sexo del Asegurado, clase de prima en la Fecha de la Póliza y la edad alcanzada en el último Aniversario de la Póliza. El costo mensual garantizado de las tarifas de seguro están mostradas en la Tabla de la página 4. El costo mensual de la tarifa será determinado por la Compañía basado en nuestra expectativa de mortalidad futura. Sin embargo, el costo mensual de la tarifa de seguro no será mayor que aquellos mostrados en la Tabla de la página 4. Si se hiciera algún cambio en las tarifas actuales, el cambio será aplicable a todos los individuos en la misma clase de tarifa que el Asegurado.

**TASA DE INTERES**

Está garantizado que la tasa de interés utilizada en el cálculo para el Valor de Rescate sea por lo menos .32737 por ciento mensual, compuesto mensualmente. Esto es lo mismo que 4%, compuesto anualmente. Una tasa de interés más alta puede ser utilizada en el cálculo para el Balance de la Cuenta, a un nivel y de una manera que Nosotros determinemos, basado en nuestras expectativas en cuanto a tasas de intereses futuras. La tasa de interés mayor no se aplicará a la porción, si la hubiese, del Saldo de la Cuenta que sea igual a cualquier préstamo e interés por préstamos.

**BASE PARA LOS CALCULOS**

Los Valores de Rescate Mínimos están basados en la Tabla de Mortalidad mostrada en la página 4 con un interés del 4% anual, compuesto anualmente.

**RESCATE**

Esta póliza puede ser rescatada en cualquier día de Aniversario Mensual, durante la vida del Asegurado y con anterioridad a la Fecha de Vencimiento, mediante petición escrita a nosotros por usted. La cantidad pagadera al rescate es el valor de rescate. El valor de Rescate será pagado en efectivo, o bajo una de las opciones de liquidación seleccionada por usted.

**VALOR DE RESCATE**

El valor de rescate es igual a:

1. El Balance de la Cuenta en la fecha del rescate, menos;
2. Cualquier préstamo sobre la póliza e interés so-

bre el préstamo, menos:

3. El Cargo por el Rescate.

Si el rescate se hace dentro de los 30 días después de un Aniversario de Póliza, el Valor de Rescate no será menor que el Valor de Rescate en dicho Aniversario de la Póliza, menos cualquier préstamo sobre la póliza hechos en o después de dicho Aniversario de la Póliza.

**CARGO POR EL RESCATE**

El Cargo por el Rescate utilizado en el cálculo del valor de rescate es el cargo por el rescate mostrado en la página 5 menos el total de todos los cargos por retiros parciales que hayan sido hechos.

**PRIMA INICIAL**

La prima inicial es la prima pagada en o con anterioridad a la entrega de esta póliza, ya sea en nuestra oficina en Austin, Texas o a un agente autorizado contra entrega de recibo firmado por el agente.

**PRIMAS PERIODICAS PLANEADAS**

La prima periódica planeada es la prima mostrada en la página 3. Nosotros le enviaremos avisos de pago de primas periódicamente. Cambios en la frecuencia y aumentos o disminuciones en la cantidad de los pagos de las primas periódicas planeadas pueden ser hechos por usted. Nosotros nos reservamos el derecho a limitar la cantidad de cualquier aumento.

Después de que el pago inicial sea hecho, nosotros aceptaremos cualquier cantidad de dinero entregado a nosotros (en nuestra oficina en Austin, Texas o a un agente autorizado); en cualquier momento como prima, mientras esta póliza esté en vigor. Nosotros le daremos a usted un recibo firmado por el agente. Durante el periodo entre pagos de primas, esta póliza será continuada según se explica en la provisión de Continuación del Seguro.

**PERIODO DE GRACIA**

Si el Valor de Rescate en la fecha inmediatamente antes del día del Aniversario Mensual es insuficiente para cubrir la deducción mensual para el mes siguiente a dicho día del Aniversario Mensual, un periodo de gracia de 61 días será permitido para el pago de, por lo menos, prima suficiente para cubrir las deducciones mensuales. Un aviso de esta prima será enviado a la última dirección del dueño de la póliza. El periodo de gracia comenzará en la fecha de este aviso. Esta prima será pagadera en el día del Aniversario Mensual y si no es pagada dentro del periodo de gracia, toda cobertura bajo esta póliza terminará sin tener valor alguno al final del periodo de 61 días. Si cualquier reclamación por muerte es pagadera bajo esta póliza durante el periodo de gracia, cualquier deducción mensual no pagada será deducida del producto líquido.

Esta póliza seguirá en vigor, omitiendo el Periodo de Gracia, durante los primeros cuatro años si el total

de las primas pagadas, menos cualesquier retiros parciales, iguala o excede la Prima Minima Mensual mostrada en la página 3, multiplicada por el número de meses desde la Fecha de la Póliza incluyendo el mes actual.

#### CONDICIONES PARA LA REHABILITACION DE LA POLIZA

Si el Periodo de Gracia expira sin que una prima suficiente haya sido pagada, usted puede rehabilitar la póliza de la siguiente manera:

1. La solicitud de rehabilitación tiene que ser hecha por escrito durante la vida del Asegurado, dentro de los cinco años después de la expiración del Periodo de Gracia y con anterioridad a la Fecha de Vencimiento;
2. Tenemos que recibir evidencia de asegurabilidad satisfactoria para Nosotros;
3. El pago para la deducción mensual del último mes del Periodo de Gracia tiene que ser recibido, conjuntamente con una cantidad suficiente para mantener la póliza en vigor durante dos meses;
4. La fecha efectiva de la rehabilitación será el día del Aniversario Mensual que coincida con, o que sea más próximo a la fecha en que la solicitud de rehabilitación sea aprobada por Nosotros. La fecha efectiva en una póliza rehabilitada con respecto a las provisiones de Suicidio e Indisputabilidad será medida a partir de la fecha efectiva de la rehabilitación;
5. Y, tiene que hacerse el pago o rehabilitación de cualquier préstamo e interés sobre el préstamo contra la póliza que existiera en la fecha de expiración del Periodo de Gracia.

#### CONTINUACION DEL SEGURO

Si las primas no son continuadas, el beneficio por muerte bajo esta póliza y cualquier beneficio provisto por cualquier suplemento será continuado (sujeto a la provisión del Periodo de Gracia) hasta que el valor de rescate no sea suficiente para cubrir la deducción mensual. Esta provisión no continuará la póliza pasada la Fecha del Vencimiento, ni tampoco suplemento alguno pasada la fecha de terminación de dicho suplemento, según se define en el suplemento.

#### VALOR DE RESCATE INSUFICIENTE

Si el valor de rescate en la fecha inmediata anterior al día del Aniversario Mensual es insuficiente para cubrir la deducción mensual por el mes después del día del Aniversario Mensual, la póliza terminará según se especifica en la provisión del Periodo de Gracia. Cualquier deducción por el costo mensual del seguro después de la terminación del seguro no será considerada una rehabilitación de la póliza, ni tampoco una renuncia a su terminación por parte nuestra. Cualquier deducción de este tipo será

acreditada al Saldo de la Cuenta en la fecha de la deducción.

#### PRESTAMO SOBRE LA POLIZA

Usted puede obtener un préstamo de nosotros utilizando la póliza como garantía del préstamo. El préstamo tiene que ser solicitado por escrito. Tendrá las siguientes condiciones:

1. El préstamo no puede ser mayor que el Valor de Rescate, menos una cantidad igual a la suma de las deducciones mensuales hasta el próximo Aniversario de la Póliza.
2. La tasa de interés sobre el préstamo se muestra en la página 3. Es pagadero por adelantado en el Aniversario de la Póliza. El interés que no sea pagado a su vencimiento será añadido al préstamo y devengará interés con la misma tasa.
3. El total o parte del préstamo nos puede ser pagado en cualquier momento, mientras la póliza esté en vigor, durante la vida del asegurado. Cada pago tiene que ser de por lo menos \$5.00.
4. Cualquier cantidad debida a nosotros será deducida del total disponible del Balance de la Cuenta en cualquier momento para el rescate de la póliza.
5. Si la cantidad debida a nosotros es mayor que el valor de rescate total de la póliza, nosotros enviaremos por correo al asegurado, a su última dirección conocida, un aviso al efecto. La póliza caucará a los 61 días después del envío de dicho aviso.
6. La póliza tiene que estar en vigor cuando se solicite un préstamo sobre la misma.

#### REPORTE ANUAL

Un reporte anual será enviado al dueño de la póliza por lo menos una vez al año. Este reporte mostrará la cantidad actual de seguro, el balance de la cuenta, el valor de rescate y los préstamos sobre la póliza. También mostrará las primas pagadas y los cambios hechos en la póliza desde el último reporte.

#### RESCATE PARCIAL

Un rescate parcial se puede hacer en cualquier día de Aniversario Mensual durante la vida del asegurado y antes de la Fecha de Vencimiento. Debemos recibir una solicitud escrita por usted. El rescate parcial máximo que se puede hacer es el Valor de Rescate, menos una cantidad igual al total de las deducciones mensuales hasta el próximo Aniversario de la Póliza. El rescate parcial mínimo es de \$200.00.

Cuando se hace un rescate parcial, la cantidad del rescate parcial y el cargo por el rescate parcial serán deducidos del saldo de la cuenta. El beneficio por muerte también será reducido por el total del

rescate parcial y el cargo por el rescate parcial. Esto resultara en una reduccion del Capital inicial Asegurado por la cantidad del rescate parcial y el cargo por el rescate parcial si su beneficio por muerte es la Opción 1.

El cargo por el rescate parcial es la porción prorrateada del Cargo por el Rescate. Esto se calcula dividiendo (a) por (b) y multiplicando esto por (c), siempre y cuando:

- (a) sea la cantidad del rescate parcial,
- (b) sea el Valor de Rescate inmediato anterior al rescate parcial y,
- (c) sea el cargo por el rescate.

#### **PAGO DEMORADO DEL VALOR DE RESCATE O PRESTAMO SOBRE LA POLIZA**

Nosotros tenemos el derecho a demorar el pago de cualquier valor de rescate o la concesión de cualquier préstamo, con la excepción de un préstamo para pagar primas, de cualquier póliza que usted pueda tener con Nosotros, por un período de hasta seis meses después que cualquiera de ellos sea solicitado.

#### **SUICIDIO**

Dentro de los dos años después de la fecha de la póliza, si el fallecimiento de uno de los Asegurados fuera por suicidio, estando éste mentalmente sano o no, Nosotros no pagaremos cantidad alguna bajo esta póliza, excepto la devolución de las primas que hayan sido pagadas, menos:

1. Cualesquier prestamos e intereses de préstamos; menos
2. Todos los rescates parciales.

Dentro de dos años a partir de la fecha efectiva de cualquier aumento en el Capital Asegurado, si la muerte del asegurado es el resultado de suicidio, estando éste mentalmente sano o no, nosotros no pagaremos cantidad alguna con respecto a los aumentos, excepto la devolución de todas las deducciones mensuales deducidas por dichos aumentos.

#### **INDISPUTABILIDAD**

Después que esta póliza haya estado en vigor durante la vida del Asegurado por dos años desde la fecha de la póliza, nosotros no disputaremos por razón alguna, excepto según se especifica en la provisión de Valor de Rescate Insuficiente y por las provisiones que se refieren a beneficios por incapacidad y beneficios adicionales en caso de muerte accidental.

Cualquier aumento en el Capital Asegurado será indisputable despues que el aumento haya estado en vigor por dos años a partir de la fecha efectiva del aumento y mientras el Asegurado este vivo, excepto según se especifica en la Provisión de Valor de Rescate Insuficiente.

#### **LIMITACIONES**

Cualquier beneficio por muerte en exceso de \$50,000 pagadero bajo esta póliza y o cualquiera de sus suplementos, durante los primeros tres años de la póliza, estará limitado si la muerte resulta: (a) de la participación en cualquier acto de guerra ya sea declarada o no declarada, conmoción militar o civil, o en cualquier actividad de naturaleza ilegal o por la asociación con personas involucradas en dichas actividades, o (b) directa o indirectamente por, o esta relacionada en cualquier forma a un secuestro o caso de extorsión.

Si la muerte ocurre durante los primeros tres años de la póliza y resultara como consecuencia de alguna de las circunstancias arriba indicadas, el beneficio por muerte pagadero en exceso de \$50,000 será reducido en un 90% durante el primer año de la póliza, en un 75% durante el segundo año, y en un 50% en el tercer año.

#### **DECLARACION ERRONEA DE EDAD O SEXO**

Esta póliza es emitida a la edad mostrada en la pagina 3. Esta es la edad del Asegurado en su último cumpleaños en la fecha de la póliza, de acuerdo a la fecha de nacimiento especificada en la solicitud.

Si la edad o sexo del Asegurado ha sido declarada erróneamente, el beneficio pagadero sera ajustado por la diferencia en las deducciones mensuales deducidas y las deducciones mensuales que debieron haber sido deducidas, acumuladas a las tasa de interés que fueron acreditadas al Balance de la Cuenta.

#### **CESION**

Usted puede ceder los derechos de esta póliza a otra persona. Sin embargo, Nosotros no estamos obligados por la cesión hasta que la misma sea registrada en nuestra oficina en Austin, Texas. La cesión estará sujeta a cualquier cantidad debida a Nosotros antes de que la cesión fuera registrada. Nosotros no somos responsables por la validez de cualquier cesión.

#### **CAMBIO DE PLAN**

Usted puede cambiar esta póliza por otro plan de seguro, siempre que Nosotros lo aprobemos. Usted tiene que pagar el gasto correspondiente y proveernos con la evidencia de asegurabilidad que Nosotros solicitamos.

## OPCIONES DE LIQUIDACION

## ESTIPULACIONES GENERALES

En vez de pagar el producto de este contrato en una sola suma, el mismo puede ser pagado bajo una de las opciones de liquidación enumeradas seguidamente.

La cantidad disponible para una opción tiene que ser por lo menos \$2,000 o proveer pagos periódicos de por lo menos \$20.

Antes que el producto sea pagadero, usted puede seleccionar o cambiar una opción mediante petición escrita a Nosotros. Después que el producto sea pagadero, el beneficiario podrá seleccionar una opción si:

1. Usted no ha hecho una selección previa que todavía esté en vigor; y
2. El producto sea pagadero en una sola suma y no haya sido pagado.

A no ser que usted nombre un beneficiario, usted será el beneficiario para todas las cantidades, excepto beneficio por muerte. Si el beneficiario no es una persona natural, la opción no será disponible sin el consentimiento nuestro. Una opción no está disponible a un cesionario.

Una opción comienza cuando el producto es pagadero si:

1. Una opción ha sido seleccionada;
2. Usted nos ha enviado este contrato; y
3. Nosotros hemos enviado al beneficiario un contrato suplementario.

El contrato suplementario explicará los pagos que el beneficiario recibirá. Si el beneficiario termina el contrato suplementario durante los primeros 60 días después del comienzo de la opción, nosotros pagaremos el monto de los beneficios originales, menos cualquier pago que ya hayamos hecho. Después de esto, nosotros pagaremos la cantidad especificada en el contrato suplementario.

## MUERTE DEL BENEFICIARIO

Si el beneficiario muere después que la opción comience, a no ser que se haya provisto de otra manera, nosotros pagaremos en una sola suma al patrimonio hereditario del beneficiario:

- (i) Cualquier cantidad no pagada dejada con nosotros bajo la Opción 5 conjuntamente con cualquier interés no pagado; o

- (ii) El valor actual de cualquier cantidad garantizada no pagada bajo las Opciones 2, 3, o 4, conmutado al 3% anual, compuesto anualmente.

## DERECHO DE RETIRAR LOS FONDOS

Después que la opción comienza, a no ser que se haya provisto de otra manera en el contrato suplementario, el beneficiario puede retirar en una sola suma cualquier cantidad no pagada dejada con nosotros bajo la Opción 5, conjuntamente con cualquier interés no pagado, o el valor actual de cualquier cantidad garantizada no pagada bajo la Opción 4, conmutada al 3% anual, compuesto anualmente. Este retiro de fondos terminará el contrato suplementario.

## INTERES

La tasa de interés para todas las opciones es del 3% anual, compuesto anualmente. Un interés mayor puede ser concedido a discreción nuestra.

## PRIMER PAGO

El primer pago bajo las Opciones 2 a la 4 es hecho cuando la opción comienza. Bajo la Opción 5, el interés es devengado desde la fecha en que la opción comienza.

## OPCION 1 - INGRESO DE POR VIDA

El producto puede ser pagado en cantidades mensuales iguales hasta que el beneficiario muera. La cantidad de cada pago es mostrada en la Tabla de la Opción 1.

## OPCION 2 - INGRESO DE POR VIDA CON UN PERIODO GARANTIZADO

El producto puede ser pagado en cantidades mensuales iguales. Estos pagos pueden ser garantizados por 5, 10, 15, o 20 años. Después que los pagos garantizados hayan sido hechos, los pagos serán hechos hasta que el beneficiario muera. La cantidad de cada pago es mostrada en la Tabla de la Opción 2. Nosotros requeriremos prueba de la edad y sexo del beneficiario.

## OPCION 3 - INGRESO POR VIDA CON REEMBOLSO EN PAGOS PARCIALES

El producto puede ser pagado en pagos mensuales iguales. Estos pagos serán garantizados hasta que el total pagado sea igual a los beneficios disponibles. Después que los pagos garantizados hayan sido hechos, los pagos serán hechos hasta que el beneficiario muera.

## OPCION 4 - PAGOS POR UN PERIODO FIJO

El producto puede ser pagado en pagos iguales por hasta 30 años. La cantidad de cada pago es mostrada en la Tabla de la Opción 4.

## OPCIONES DE LIQUIDACION - (Continuación)

## OPCION 5 - INTERES

El producto puede ser dejado con nosotros para ganar interés por un período específico. Este período no puede ser mayor de 30 años.

## COMPRA DE UNA ANUALIDAD CON PRIMA UNICA

Si nuestra anualidad de prima única provee pagos mayores al beneficiario que los pagos provistos bajo las Opciones 1, 2, 3 ó 4, la anualidad puede ser comprada.

**TABLA PARA LAS OPCIONES 1 Y 2 - INGRESO POR VIDA O INGRESO POR VIDA CON PERIODO GARANTIZADO**

Pagos mensuales por cada \$1,000 del producto basados en el sexo y la edad del beneficiario cuando la opción comienza. El pago para las edades no mostradas será suministrado mediante petición al efecto. Los pagos están basados en la Tabla A de 1983 y en un interés del 3%.

Edad del Beneficiario	Ingreso de por Vida		5 Años Garantizados		10 Años Garantizados		15 Años Garantizados		20 Años Garantizados	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
50	\$ 4.27	\$ 3.60	\$ 4.26	\$ 3.90	\$ 4.22	\$ 3.89	\$ 4.17	\$ 3.84	\$ 4.04	\$ 3.61
51	4.34	3.67	4.33	3.96	4.29	3.95	4.23	3.91	4.11	3.68
52	4.42	3.75	4.41	4.03	4.37	4.01	4.31	3.98	4.20	3.75
53	4.51	3.83	4.50	4.10	4.45	4.08	4.39	4.05	4.28	3.82
54	4.60	3.91	4.59	4.17	4.54	4.15	4.48	4.12	4.37	3.90
55	4.70	4.00	4.68	4.25	4.62	4.22	4.57	4.20	4.46	3.98
56	4.80	4.08	4.78	4.33	4.72	4.30	4.67	4.28	4.55	4.06
57	4.91	4.17	4.88	4.41	4.82	4.38	4.77	4.36	4.64	4.14
58	5.02	4.26	4.98	4.50	4.92	4.47	4.87	4.44	4.73	4.22
59	5.14	4.35	5.07	4.60	5.02	4.55	4.97	4.53	4.82	4.30
60	5.26	4.44	5.16	4.70	5.12	4.64	5.07	4.61	4.91	4.38
61	5.42	4.53	5.32	4.81	5.28	4.76	5.23	4.73	5.07	4.49
62	5.57	4.63	5.47	4.93	5.43	4.88	5.38	4.85	5.22	4.60
63	5.74	4.73	5.63	5.05	5.58	4.99	5.53	4.93	5.37	4.71
64	5.91	4.83	5.79	5.18	5.73	5.10	5.68	5.07	5.52	4.82
65	6.10	4.93	6.03	5.32	5.88	5.22	5.83	5.19	5.67	4.93
66	6.29	5.03	6.21	5.47	6.03	5.36	6.08	5.33	5.82	5.04
67	6.50	5.13	6.41	5.63	6.19	5.50	6.24	5.47	5.97	5.15
68	6.72	5.23	6.62	5.80	6.36	5.65	6.41	5.61	6.12	5.26
69	6.97	5.34	6.84	5.98	6.54	5.80	6.59	5.76	6.27	5.37
70	7.23	5.45	7.07	6.18	6.73	5.96	6.78	5.91	6.42	5.48
71	7.51	5.56	7.32	6.39	6.93	6.14	6.98	6.09	6.57	5.59
72	7.80	5.67	7.59	6.62	7.14	6.33	7.19	6.29	6.72	5.70
73	8.12	5.79	7.88	6.86	7.37	6.54	7.41	6.50	6.87	5.81
74	8.45	5.91	8.18	7.12	7.62	6.76	7.65	6.71	7.02	5.92
75	8.82	6.04	8.54	7.39	7.99	7.00	8.02	6.96	7.39	6.04

**TABLA DE LA OPCION 3 - INGRESO POR VIDA CON REEMBOLSO EN PAGOS PARCIALES**

Pagos mensuales por cada \$1,000 del producto basados en el sexo y la edad del beneficiario cuando la opción comienza. El pago para las edades no mostradas será suministrado mediante petición al efecto. Los pagos están basados en la Tabla A de 1983 y en un interés del 3%.

Edad del Beneficiario	Hombre	Mujer	Edad del Beneficiario	Hombre	Mujer	Edad del Beneficiario	Hombre	Mujer
50	\$ 4.18	\$ 3.60	50	\$ 4.80	\$ 4.48	70	\$ 8.16	\$ 7.07
51	4.24	3.66	51	4.86	4.54	71	8.22	7.13
52	4.30	3.72	52	4.92	4.60	72	8.28	7.19
53	4.37	3.78	53	4.98	4.66	73	8.34	7.25
54	4.43	3.84	54	5.04	4.72	74	8.40	7.31
55	4.50	3.90	55	5.10	4.78	75	8.46	7.37
56	4.56	3.96	56	5.16	4.84			
57	4.63	4.02	57	5.22	4.90			
58	4.69	4.08	58	5.28	4.96			
59	4.76	4.14	59	5.34	5.02			
60	4.82	4.20	60	5.40	5.08			

**TABLA PARA LA OPCION 4 - PAGOS POR UN PERIODO FIJO**

Pagos mensuales por cada \$1,000 del producto. Los pagos están basados en un interés del 3%.

Número de Años Pagados	Mensual	Número de Años Pagados	Mensual	Número de Años Pagados	Mensual
1	\$ 64.47	11	\$ 6.86	21	\$ 3.30
2	42.66	12	6.24	22	3.18
3	28.95	13	5.71	23	3.06
4	22.06	14	5.26	24	2.94
5	17.91	15	4.87	25	2.82
6	15.14	16	4.52	26	2.70
7	13.16	17	4.23	27	2.57
8	11.68	18	3.96	28	2.45
9	10.52	19	3.73	29	2.33
10	9.57	20	3.51	30	2.21



NATIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY  
AUSTIN, TEXAS

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA  
Favor de subrayar primer apellido

195

**SEGURO PRIMARIO:**

**PARTE I**

Nombres KOSMARI Lucila Apellidos Linares de Saucedo  
 Sexo F. Fecha de Nacimiento Mes 03 Dia 16 Año 48 Edad 46 Pais de Nacimiento Peru  Usa Tabaco  No Usa Tabaco  
 Domicilio Calle 29 M2. N.V. Lote 15 - Urb. Moriscal Castilla  
 Ciudad SAN BOYSA. Pais Peru Código Postal L. 41  
 Estatura 1 m 58 cms Peso 60 Kg No. Tarjeta de Identidad LE. 08213807 Teléfono Casa 374599  
 Empleador En Casa Ingreso Anual US\$ Teléfono Trabajo   
 Caracteres de su ocupación  Seguro en Vigor \$ NO ADB en Vigor \$ NO  
 Tipo de Seguro Globe Flex 75 Beneficio por Muerte  Opción I  Opción II Monto \$ 100.000  WP-Exención de Pago de la Prima por Incapacidad  ADB-Beneficio de Muerte Accidental \$ 100.000.  
 OIR-Suplemento del Asegurado Primario \$   Beneficio en Vida  OIR-Suplemento del Otro Asegurado  Otro

**SEGURO:** (si no es el asegurado primario)  
 Nombres y apellidos  Parentesco con el Asegurado   
 Domicilio  No. Tarjeta de Identidad   
 Ciudad  Pais  Código Postal

**BENEFICIARIO:**  
 Beneficiario Cesar Enrique Saucedo Sanchez Parentesco Esposo Edad 53

Contingente Cesar A.; Jenny R.; Annie J.; Julie E.; Saucedo Linares Parentesco Padres - 26; 23; 21; 16 Edad

**PRIMAS:** Anual \$ 1556 Monto de Prima del Modo \$  Efectivo con la Solicitud \$ 778.-  
 Frecuencia:  Semestral  Anual

**INFORMACIÓN ADICIONAL:**  
El pago lo hace el esposo, quien es una persona solvente.

**OTROS ASEGURADOS:**  
 Nombres  Apellidos   
 Fecha de Nacimiento Mes  Dia  Año  Edad  Pais de Nacimiento   Usa Tabaco  No Usa Tabaco  
 Monto \$  Estatura  Peso  Parentesco Con el Asegurado   
 Caracteres de su ocupación  Ingreso Anual \$  No. Tarjeta de Identidad  Seguro En Vigor \$   
 Beneficiario  Parentesco Con el Otro Asegurado  Edad

Nombres  Apellidos   
 Fecha de Nacimiento Mes  Dia  Año  Edad  Pais de Nacimiento   Usa Tabaco  No Usa Tabaco  
 Monto \$  Estatura  Peso  Parentesco Con el Asegurado   
 Caracteres de su ocupación  Ingreso Anual \$  No. Tarjeta de Identidad  Seguro En Vigor \$   
 Beneficiario  Parentesco Con el Otro Asegurado  Edad

Nombres  Apellidos   
 Fecha de Nacimiento Mes  Dia  Año  Edad  Pais de Nacimiento   Usa Tabaco  No Usa Tabaco  
 Monto \$  Estatura  Peso  Parentesco Con el Asegurado   
 Caracteres de su ocupación  Ingreso Anual \$  No. Tarjeta de Identidad  Seguro En Vigor \$   
 Beneficiario  Parentesco Con el Otro Asegurado  Edad

HISTORIA MEDICA-PARTE II DE LA SOLICITUD

Esta Historia Médica-Parte II de la Solicitud enmendará y formará parte de la solicitud para seguro de vida del solicitante, con la compañía Nacional Western Life Insurance Company, 850 East Anderson Lane, Austin, Texas 78752-1602

Propuesto Asegurado (Identificación con foto)	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Edad
Nombre <i>Lucila</i> Apellido <i>Linarez de Sotocedo</i>	<i>03/16/48</i>	<i>46</i>

1. ¿Cuándo fue la última vez que consultó a un médico? Fecha *hace año* Razón *control*  
 Nombre del Médico *Dra Gloria Riesco* Dirección *Av. Tupac Katari 1855 L.*

2. Nombre del Médico personal: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Historia Familiar del Propuesto Asegurado	Edad si Vive	Edad si ha Fallecido	Causa de la Muerte si ha Fallecido o Estado de Salud si Vive		Número de sobrevivientes	Número de Fallecidos	Causa de Muerte si ha Fallecido
Esposa o Esposo	<i>53</i>		<i>Buena</i>	Hermanos	<i>2</i>		
Madre	<i>64</i>		<i>Buena</i>	Hermanas	<i>1</i>		
Padre	<i>73</i>		<i>Buena</i>				

4. Durante los últimos 12 meses, ha usado tabaco o algún producto con nicotina? *NOV 17 1994*  SI  NO

5. ¿Ha tenido alguna vez o ha recibido diagnóstico médico o tratamiento por:

A. ¿Presión arterial alta, infarto, anemia, dolor en el pecho, enfermedad de la sangre, del corazón, de las arterias o venas?  SI  NO

B. ¿Úlceras, enfermedad o desorden del estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o recto?  SI  NO

C. ¿Diabetes, cáncer, tumores, quistes, leucemia, o desorden del páncreas, tiroides, adrenal, linfáticas u otras glándulas?  SI  NO

D. ¿Epilepsia, convulsiones, desorden mental o nervioso, parálisis, o trastorno cerebral o del sistema nervioso?  SI  NO

E. ¿Enfermedad del riñón, de la vejiga, órganos genitales, o ha tenido azúcar o sangre en la orina, o ha tenido gonorrea o sífilis?  SI  NO

F. ¿Asma, enfisema, tuberculosis, bronquitis crónica, o enfermedad de los pulmones, pecho o garganta?  SI  NO

6. ¿Ha perdido o aumentado usted más de 5 kg en los últimos 12 meses?  SI  NO

7. Aparte de las respuestas que anteceden, alguno de los propuestos asegurados durante los últimos 5 años ha:

A. ¿Consultado a un médico, o ha sido admitido a un hospital, centro de tratamiento, u otra institución médica?  SI  NO

B. ¿Sido tratado por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o tenido una prueba con resultado positivo para el virus SIDA?  SI  NO

C. ¿Sido sometido a radiografías, electrocardiogramas, prueba de sangre, o algún otro examen para diagnóstico médico?  SI  NO

D. ¿Solicitado o recibido indemnización por alguna incapacidad física o mental?  SI  NO

E. ¿Sido aconsejado a que se someta a alguna cirugía, tratamiento, o a algún examen para diagnóstico que no ha sido completado?  SI  NO

F. ¿Ha tomado medicamento para alguna enfermedad, desorden o condición que no se indica arriba?  SI  NO

G. ¿Ha sido tratado o consultado con un médico por el uso del alcohol o ha usado alguna vez drogas ilegales?  SI  NO

PARTE II DETALLES: Favor de proveernos los detalles completos de todas las respuestas afirmativas de arriba.

Cuenta NO.	Razón Que Originó El Tratamiento	Fecha	Nombre del Médico u Hospital y Dirección
<i>6</i>	<i>Brote para adelgazar (Estot)</i>		
<i>7c</i>	<i>Análisis clínicos (chequeo médico rutinario)</i>	<i>6/10/94</i>	<i>Lab. ROE</i>

Si necesita más espacio utilice una hoja adicional firmada y fechada por el propuesto asegurado.

Declaro que las respuestas anteriores son completas y verdaderas a mi mejor saber y entender.

Fechado en *Limón* este *15* día de *Noviembre*, 19*94*

Testigo  *[Signature]* M.D.  *[Signature]*

Firma del Médico Examinador: \_\_\_\_\_ Firma del Propuesto Asegurado: \_\_\_\_\_

Conteste en su totalidad

**PREGUNTAS NO MEDICAS:**

Aplicable a cada propuesto asegurado. Para respuestas afirmativas, de detalles abajo (Parte I: Detalles) o complete el cuestionario apropiado requerido por la Compañia.

**PARTE I**

1. ¿Durante los últimos 12 meses, alguno de los propuestos asegurados ha usado tabaco en forma alguna o producto con nicotina?
2. ¿Existe alguna solicitud para seguro de vida o solicitud para rehabilitación pendiente con alguna compañía?
3. ¿Alguno de los propuestos asegurados ha sido declinado, postpuesto o cobrado una extra prima para un seguro de vida?
4. ¿Reemplazará esta póliza alguna póliza de seguro de vida o de anualidad actualmente en vigor con cualquier compañía?  
En caso afirmativo, dé el nombre de la compañía y el No. de póliza.
5. ¿Intenia viajar a algún país extranjero dentro de los próximos dos años?
6. En los últimos 5 años, alguno de los propuestos asegurados ha:
  - A. ¿Piloteado o sido miembro de la tripulación de una aeronave, ha volado en un globo o algún planeador o aparato similar?
  - B. ¿Sido piloto de automovilismo, buzo, paracaidista, alpinista o participado en un pasatiempo peligroso?
  - C. ¿Sido encontrado culpable de conducir ebrio, de alguna ofensa criminal o está actualmente libre bajo fianza?
  - D. ¿Sido encontrado culpable de cuatro o más violaciones de tránsito, o se le ha suspendido o revocado su licencia de conducir?
  - E. ¿Sido tratado por el uso del alcohol o ha asistido a un grupo de asistencia mutua para que le ayude a dejar el uso del alcohol?
  - F. ¿Usado cocaína, marihuana, heroína, anfetaminas, narcóticos, estimulantes o alguna otra droga ilegal o sustancia controlada?

PARTE I DETALLES: \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS MEDICAS:**

Aplicable a cada propuesto asegurado. Dar detalles completos abajo (Parte II: Detalles).

**PARTE II**

1. Alguno de los propuestos asegurados ha tenido alguna vez, o ha recibido indicación médica o tratamiento por:
  - A. ¿Presión arterial alta, infarto, anemia, dolor en el pecho, enfermedad de la sangre, del corazón, de las arterias o venas?
  - B. ¿Ulceras o enfermedad o desorden del estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o recto?
  - C. ¿Diabetes, cáncer, tumores, quistes, leucemia, o desorden del páncreas, tiroides, adrenas, hipófisis u otras glándulas?
  - D. ¿Convulsiones epilépticas, desorden mental o nervioso, parálisis, o desorden del cerebro o del sistema nervioso?
  - E. ¿Enfermedad del riñón, de la vejiga, órganos genitales, o tenido azúcar o sangre en la orina, o ha tenido gonorrea o sífilis?
  - F. ¿Asma, enfisema, tuberculosis, bronquitis crónica o enfermedad de los pulmones, pecho o garganta?
2. ¿Alguno de los propuestos asegurados ha perdido o aumentado más de cinco kilogramos de peso durante los últimos 12 meses?
3. ¿Ha muerto algún miembro de la familia de los propuestos asegurados por enfermedad antes de cumplir 60 años?
4. Aparte de lo contestado arriba, alguno de los propuestos asegurados durante los últimos 5 años ha:
  - A. ¿Consultado a un médico o ha sido admitido a un hospital, centro de tratamiento u otra institución médica?
  - B. ¿Sido tratado por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o tenido una prueba positiva para el virus del SIDA?
  - C. ¿Sido sometido a radiografías, electrocardiograma, prueba de sangre o algún otro examen para diagnostico médico?  
¿Solicitado o recibido indemnización por alguna incapacidad física o mental?
  - E. ¿Sido aconsejado de someterse a alguna cirugía, tratamiento o a algún examen para diagnostico que no ha sido completado?
5. ¿Tiene alguno de los propuestos asegurados, alguna enfermedad o desorden no indicado arriba o toma medicamentos para ella?

PARTE II DETALLES:

Pregunta No.	Nombre de la persona tratada	Razón del Tratamiento	Fecha	Nombre del Doctor Hospital y Dirección
4.4		Chequeo Ginecologico Anual		Dr. Rodolfo Saucedo

Si necesita más espacio, utilice una hoja de papel adicional fechada y firmada por el/los propuesto/s asegurado/s

Uno de los abajo firmantes: Autorizan que todos los datos, hechos en esta solicitud y poder que se otorga las respuestas en esta solicitud sean usadas para determinar la asegurabilidad y la emision de la póliza de vida o de salud o tergiversacion, anula la póliza desde su fecha de emision; y (c) ningun agente o examinador medico tiene la autoridad para examinar o alterar ningun contrato. Esta póliza entrara en vigor cuando: (1) la solicitud sea aprobada en las oficinas de la National Western en Texas; (2) National Western entregue la póliza; (3) la prima inicial haya sido pagada; y (4) cada una de las tres condiciones previas se haya cumplido mientras el solicitante esté vivo y la salud y asegurabilidad del solicitante sean como se describen en la solicitud.

Uno de los abajo firmantes: Autorizan a cualquier medico titulado, practicante de medicina, hospital, clinica, u otra institucion proveedora de servicios de salud, compania de seguro de vida o a la Agencia de Informacion Medica (MIB), u otra organizacion o persona para que dé cualquier informacion sobre mi persona o mi salud mental o fisica a la Compania y/o a sus agentes autorizados para que determinen mi elegibilidad para un seguro de vida. La Compania está autorizada a dar esta informacion a sus reaseguradores y al MIB. National Western o sus reaseguradores están autorizados a dar esta informacion a otras companias de seguro de vida o de salud a las cuales se les ha presentado solicitud de seguro o a las cuales se les ha sometido una reclamacion de beneficios. Esta autorizacion también se aplica a cualquier miembro de mi familia que esto para cobertura en la solicitud y es válida por dos años desde la fecha mostrada abajo. Una fotocopia de este formulario es tan válida como el original. Yo puedo obtener una copia de este formulario al solicitarla.

Uno de los abajo firmantes declaran haber recibido el Aviso Reporte al Consumidor, Aviso de Revelacion al MIB y Prácticas de Seguros de Vida (si fuese aplicable).  
Opcion de préstamo automatico para la prima (cuando esté disponible) se ha elegido, a menos que sea indicado lo contrario en esta solicitud.

Nombre del Dueño si no es el Propuesto Asegurado Primario para un seguro de negocios indique el nombre del funcionario y el nombre de la compania

✓ [Firma]  
FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO PRIMARIO  
(Si la edad es 17 años o menor firma del padre)

Nombre de los propuestos asegurados de 18 años o mayores:

Asegurado #1 ✓  
Asegurado #3 ✓  
Cidade en Livorno . Pove . Fecha OCT. 27. 94  
Ciudad Pais

Otro Asegurado #2 ✓  
[Firma] . 45622  
Agente/Testigo de todas las firmas

Conteste en su totalidad

**PREGUNTAS NO MEDICAS:**

Aplicable a cada propuesto asegurado. Para respuestas afirmativas, de detalles abajo (Parte I: Detalles) o complete el cuestionario apropiado requerido por la Compañía

**PARTE I**

1. ¿Durante los últimos 12 meses, alguno de los propuestos asegurados ha usado tabaco en forma alguna o producto con nicotina?
2. ¿Existe alguna solicitud para seguro de vida o solicitud para rehabilitación pendiente con alguna compañía?
3. ¿Alguno de los propuestos asegurados ha sido declinado, pospuesto o cobrado una extra prima para un seguro de vida?
4. ¿Reemplazará esta póliza alguna póliza de seguro de vida o de anualidad actualmente en vigor con cualquier compañía?  
En caso afirmativo, dé el nombre de la compañía y el No. de póliza \_\_\_\_\_
5. ¿Intenia viajar a algún país extranjero dentro de los próximos dos años?
6. En los últimos 5 años, alguno de los propuestos asegurados ha:
  - A. ¿Piloteado o sido miembro de la tripulación de una aeronave, ha volado en un globo o algún planeador o aparato similar?
  - B. ¿Sido piloto de automovilismo, buzo, paracaidista, alpinista o participado en un pasatiempo peligroso?
  - C. ¿Sido encontrado culpable de conducir ebrio, de alguna piensa criminal o está actualmente libre bajo fianza?
  - D. ¿Sido encontrado culpable de cuatro o más violaciones de tránsito, o se le ha suspendido o revocado su licencia de conducir?
  - E. ¿Sido tratado por el uso del alcohol o ha asistido a un grupo de asistencia mutua para que le ayude a dejar el uso del alcohol?
  - F. ¿Usado cocaína, marihuana, heroína, anfetaminas, narcóticos, estimulantes o alguna otra droga ilegal o sustancia controlada?

PARTE I DETALLES: \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS MEDICAS:**

Aplicable a cada propuesto asegurado. Dar detalles completos abajo (Parte II: Detalles).

**PARTE II**

1. ¿Alguno de los propuestos asegurados ha tenido alguna vez, o ha recibido indicación médica o tratamiento por:
  - A. ¿Presión arterial alta, infarto, anemia, dolor en el pecho, enfermedad de la sangre, del corazón, de las arterias o venas?
  - B. ¿Ulceras o enfermedad o desorden del estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o recto?
  - C. ¿Diabetes, cáncer, tumores, quistes, leucemia, o desorden del páncreas, tiroides, adrenal, hipófisis u otras glándulas?
  - D. ¿Convulsiones epilépticas, desorden mental o nervioso, parálisis, o desorden del cerebro o del sistema nervioso?
  - E. ¿Enfermedad del riñón, de la vejiga, órganos genitales, o tenido azúcar o sangre en la orina, o ha tenido gonorrea o sífilis?
  - F. ¿Asma, enfisema, tuberculosis, bronquitis crónica o enfermedad de los pulmones, pecho o garganta?
2. ¿Alguno de los propuestos asegurados ha perdido o aumentado más de cinco kilogramos de peso durante los últimos 12 meses?
3. ¿Ha muerto algún miembro de la familia de los propuestos asegurados por enfermedad antes de cumplir 60 años?
4. Aparte de lo contestado arriba, alguno de los propuestos asegurados durante los últimos 5 años ha:
  - A. ¿Consultado a un médico o ha sido admitido a un hospital, centro de tratamiento u otra institución médica?
  - B. ¿Sido tratado por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o tenido una prueba positiva para el virus del SIDA?
  - C. ¿Sido sometido a radiografías, electrocardiograma, prueba de sangre o algún otro examen para diagnóstico médico?
  - D. ¿Solicitado o recibido indemnización por alguna incapacidad física o mental?
  - E. ¿Sido aconsejado de someterse a alguna cirugía, tratamiento o a algún examen para diagnóstico que no ha sido completado?
5. ¿Tiene alguno de los propuestos asegurados, alguna enfermedad o desorden no indicado arriba o toma medicamentos para ella?

PARTE II DETALLES:

Pregunta No.	Nombre de la persona tratada	Razón del Tratamiento	Fecha	Nombre del Doctor, Hospital y Dirección
416		Chequeo Ginecologica Anual		Dr. Rodolfo Saucedo

Si necesita más espacio, utilice una hoja de papel adicional fechada y firmada por el (los) propuesto(s) asegurado(s)

CARGO POR AUMENTO EN EL CAPITAL ASEGURADO  
POR CADA \$1,000 DE AUMENTO

Edad Alcanzada	Cargo
0-35	\$ 2.00
36-40	3.00
41-45	4.00
46-50	5.00
Más de 50	6.00

Este es un cargo hecho por una sola vez en el momento en que el aumento se hace efectivo.  
Está basado en la edad alcanzada del asegurado, en el último Aniversario de la Póliza.

NATIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY

OFICINA EJECUTIVA, AUSTIN, TEXAS

PRIMA FLEXIBLE - POLIZA CON BENEFICIOS FLEXIBLES

LEA SU POLIZA CUIDADOSAMENTE

PLAN DE SEGURO DE VIDA CON PRIMA FLEXIBLE AJUSTABLE. BENEFICIO DE MUERTE FLEXIBLE. VALOR DE RESCATE PAGADERO EN LA FECHA DE VENCIMIENTO. BENEFICIO POR MUERTE PAGADERO AL FALLECIMIENTO QUE OCURRA ANTES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO. PRIMAS FLEXIBLES PAGADERAS DURANTE LA VIDA DEL ASEGURADO HASTA LA FECHA DE VENCIMIENTO. SIN DIVIDENDOS.

Esta póliza es un contrato legal entre usted y Nosotros.



**ASEGURADO PRIMARIO:**

**PARTES**

Nombres KOSMORI Lucila Apellidos LINCRÉS de Saucedo

Sexo F. Fecha de Nacimiento Mes 03 Día 16 Año 48 Edad 46 País de Nacimiento Perú  Usa Tabaco  No Usa Tabaco

Dirección Calle 29 Mz. N.V. Lote 15 - Urb. MORISCAL CASTILLA

Ciudad SAN BOYSA. País Perú Código Postal L. 41

Estatura 1 m 58 cms Peso 60 Kg No. Tarjeta de Identidad LE. 08213807 Teléfono Casa 374599

Empleador En Casa Ingreso Anual US\$ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_

Deberes de su Ocupación Seguro en Vigor \$ NO ADB en Vigor \$ NO

Plan de Seguro Global Flex 75 Beneficio por Muerte  Opción I  Opción II Monto \$ 100,000  WP-Exención de Pago de la Prima por Incapacidad  ACB-Beneficio de Muerte Accidental \$ 100,000.

TIR-Suplemento del Asegurado Primario \$ \_\_\_\_\_  Beneficio en Vida  OIR-Suplemento del Otro Asegurado  Otro \_\_\_\_\_

**DUÑO:** (si no es el asegurado primario)

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_ Parentesco con el Asegurado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ No. Tarjeta de Identidad \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO:**

Cesar Enrique Saucedo Sánchez Parentesco Esposo Edad 53

Contingente Cesar A.; Jenny R.; Annie J.; Julie E.; Saucedo Lincres Parentesco Esposo Edad 26; 23; 21; 16

**PRIMAS:** Anual \$ 1556 Monto de Prima del Modo \$ \_\_\_\_\_ Efectivo con la Solicitud \$ 778.-

Modo:  Semestral  Anual  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

**INFORMACION ADICIONAL:** El pago lo hace el esposo, quien es una persona solvente.

**OTROS ASEGURADOS:**

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ País de Nacimiento \_\_\_\_\_  Usa Tabaco  No Usa Tabaco

Monto \$ \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Parentesco Con el Asegurado \_\_\_\_\_

Ingreso Anual \$ \_\_\_\_\_ No. Tarjeta de Identidad \_\_\_\_\_ Seguro En Vigor \$ \_\_\_\_\_

Parentesco Con el Otro Asegurado \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ País de Nacimiento \_\_\_\_\_  Usa Tabaco  No Usa Tabaco

Monto \$ \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Parentesco Con el Asegurado \_\_\_\_\_

Ingreso Anual \$ \_\_\_\_\_ No. Tarjeta de Identidad \_\_\_\_\_ Seguro En Vigor \$ \_\_\_\_\_

Parentesco Con el Otro Asegurado \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ País de Nacimiento \_\_\_\_\_  Usa Tabaco  No Usa Tabaco

Monto \$ \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Parentesco Con el Asegurado \_\_\_\_\_

Ingreso Anual \$ \_\_\_\_\_ No. Tarjeta de Identidad \_\_\_\_\_ Seguro En Vigor \$ \_\_\_\_\_

Parentesco Con el Otro Asegurado \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Conteste en su totalidad

**PREGUNTAS NO MEDICAS:**

Aplicable a cada propuesto asegurado. Para respuestas afirmativas, de detalles abajo (Parte I: Detalles) o complete el cuestionario apropiado requerido por la Compañia

**PARTE I**

1. ¿Durante los últimos 12 meses, alguno de los propuestos asegurados ha usado tabaco en forma alguna o producto con nicotina?  S  N
2. ¿Existe alguna solicitud para seguro de vida o solicitud para rehabilitación pendiente con alguna compañía?  S  N
3. ¿Alguno de los propuestos asegurados ha sido declinado, pospuesto o cobrado una extra prima para un seguro de vida?  S  N
4. ¿Reemplazará esta póliza alguna póliza de seguro de vida o de anualidad actualmente en vigor con cualquier compañía?  S  N  
En caso afirmativo, dé el nombre de la compañía y el No. de póliza: \_\_\_\_\_
5. ¿Intenta viajar a algún país extranjero dentro de los próximos dos años?  S  N
6. En los últimos 5 años, alguno de los propuestos asegurados ha:
  - A. ¿Piloteado o sido miembro de la tripulación de una aeronave, ha volado en un globo o algún planeador o aparato similar?  S  N
  - B. ¿Sido piloto de automovilismo, buzo, paracaidista, alpinista o participado en un pasatiempo peligroso?  S  N
  - C. ¿Sido encontrado culpable de conducir ebrio, de alguna ofensa criminal o está actualmente libre bajo fianza?  S  N
  - D. ¿Sido encontrado culpable de cuatro o más violaciones de tránsito, o se le ha suspendido o revocado su licencia de conducir?  S  N
  - E. ¿Sido tratado por el uso del alcohol o ha asistido a un grupo de asistencia mutua para que le ayude a dejar el uso del alcohol?  S  N
  - F. ¿Usado cocaína, marihuana, heroína, antetamínicos, narcóticos, estimulantes o alguna otra droga ilegal o sustancia controlada?  S  N

**PARTE I DETALLES:** \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS MEDICAS:**

Aplicable a cada propuesto asegurado. Dar detalles completos abajo (Parte II: Detalles).

**PARTE II**

- Alguno de los propuestos asegurados ha tenido alguna vez, o ha recibido indicación médica o tratamiento por:
- A. ¿Presión arterial alta, infarto, anemia, dolor en el pecho, enfermedad de la sangre, del corazón, de las arterias o venas?  S  N
  - B. ¿Úlceras o enfermedad o desorden del estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o recto?  S  N
  - C. ¿Diabetes, cáncer, tumores, quistes, leucemia, o desorden del páncreas, tiroides, adrenal, infáticas u otras glándulas?  S  N
  - D. ¿Convulsiones epilépticas, desorden mental o nervioso, parálisis, o desorden del cerebro o del sistema nervioso?  S  N
  - E. ¿Enfermedad del riñón, de la vejiga, órganos genitales, o tenido azúcar o sangre en la orina, o ha tenido gonorrea o sífilis?  S  N
  - F. ¿Asma, enfisema, tuberculosis, bronquitis crónica o enfermedad de los pulmones, pecho o garganta?  S  N
2. ¿Alguno de los propuestos asegurados ha perdido o aumentado más de cinco kilogramos de peso durante los últimos 12 meses?  S  N
  3. ¿Ha muerto algún miembro de la familia de los propuestos asegurados por enfermedad antes de cumplir 60 años?  S  N
- Aparte de lo contestado arriba, alguno de los propuestos asegurados durante los últimos 5 años ha:
- A. ¿Consultado a un médico o ha sido admitido a un hospital, centro de tratamiento u otra institución médica?  S  N
  - B. ¿Sido tratado por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o tenido una prueba positiva para el virus del SIDA?  S  N
  - C. ¿Sido sometido a radiografías, electrocardiograma, prueba de sangre o algún otro examen para diagnóstico médico?  S  N
  - D. ¿Solicitado o recibido indemnización por alguna incapacidad física o mental?  S  N
  - E. ¿Sido aconsejado de someterse a alguna cirugía, tratamiento o a algún examen para diagnóstico que no ha sido completado?  S  N
- ¿Tiene alguno de los propuestos asegurados, alguna enfermedad o desorden no indicado arriba o toma medicamentos para ella?  S  N

**PARTE II DETALLES:**

Fecha	Nombre de la persona tratada	Razon del Tratamiento	Fecha	Nombre del Doctor, Hospital y Dirección
		Chequeo Ginecologico ANUAL		Dr. Rodolfo Saucedo.

Si necesita más espacio, utilice una hoja de papel adicional (fecha y llamada por el (los) propuesto(s) asegurado(s))



HISTORIA MEDICA-PARTE II DE LA SOLICITUD

Esta Historia Médica-Parte II de la Solicitud enmendará y formará parte de la solicitud para seguro de vida del solicitante, con la compañía National Western Life Insurance Company, 850 East Anderson Lane, Austin, Texas 78752-1602

Propuesto Asegurado (Identificación con foto)	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Edad
Nombre <i>Lucila</i> Apellido <i>Linarez de Salcedo</i>	<i>03/16/48</i>	<i>46</i>

1. ¿Cuándo fue la última vez que consultó a un médico? Fecha *hace un año* Razón *control*  
 Nombre del Médico *Dra. Gloria Riesco* Dirección *Av. Tupac Amaru 1855 Lince*

3. Historia Familiar del Propuesto Asegurado	Edad si Vive	Edad si ha Fallecido	Causa de la Muerte si ha Fallecido o Estado de Salud si Vive		Número de sobrevivientes	Número de Fallecidos	Causa de Muerte si ha Fallecido
Esposa o Esposo	<i>53</i>		<i>Buena</i>	Hermanos	<i>2</i>		
Madre	<i>64</i>		<i>Buena</i>	Hermanas	<i>1</i>		
Padre	<i>73</i>		<i>Buena</i>				<i>AFTER 12/1/94</i>

4. ¿Durante los últimos 12 meses, he usado tabaco o algún producto con nicotina? *NOV 17 1994*  SI  NO
5. Ha tenido alguna vez o ha recibido diagnóstico médico o tratamiento por:
- A. ¿Presión arterial alta, infarto, anemia, dolor en el pecho, enfermedad de la sangre, del corazón, de las arterias o venas?  SI  NO
  - B. ¿Úlceras, enfermedad o desorden del estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o recto?  SI  NO
  - C. ¿Diabetes, cáncer, tumores, quistes, leucemia, o desorden del páncreas, tiroides, adrenal, linfáticas u otras glándulas?  SI  NO
  - D. ¿Epilepsia, convulsiones, desorden mental o nervioso, parálisis, o trastorno cerebral o del sistema nervioso?  SI  NO
  - E. ¿Enfermedad del riñón, de la vejiga, órganos genitales, o ha tenido azúcar o sangre en la orina, o ha tenido gonorrea o sífilis?  SI  NO
  - F. ¿Asma, enfisema, tuberculosis, bronquitis crónica, o enfermedad de los pulmones, pecho o garganta?  SI  NO
6. ¿Ha perdido o aumentado usted más de 5 kg en los últimos 12 meses?  SI  NO
7. Aparte de las respuestas que anteceden, alguno de los propuestos asegurados durante los últimos 5 años ha:
- A. ¿Consultado a un médico, o ha sido admitido a un hospital, centro de tratamiento, u otra institución médica?  SI  NO
  - B. ¿Sido tratado por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o tenido una prueba con resultado positivo para el virus SIDA?  SI  NO
  - C. ¿Sido sometido a radiografías, electrocardiogramas, prueba de sangre, o algún otro examen para diagnóstico médico?  SI  NO
  - D. ¿Solicitado o recibido indemnización por alguna incapacidad física o mental?  SI  NO
  - E. ¿Sido aconsejado a que se someta a alguna cirugía, tratamiento, o a algún examen para diagnóstico que no ha sido completado?  SI  NO
  - F. ¿Ha tomado medicamento para alguna enfermedad, desorden o condición que no se indica arriba?  SI  NO
  - G. ¿Ha sido tratado o consultado con un médico por el uso del alcohol o ha usado alguna vez drogas ilegales?  SI  NO

PARTE II DETALLES: Favor de proveernos los detalles completos de todas las respuestas afirmativas de arriba.

Pregunta No.	Razón Que Originó El Tratamiento	Fecha	Nombre del Médico u Hospital y Dirección
<i>6</i>	<i>Dieta para adelgazar (Estotica)</i>		
<i>7c</i>	<i>Análisis clínicos (chequeo médico rutinario)</i>	<i>6/14/94</i>	<i>Lab. ROE</i>

Si necesita más espacio utilice una hoja adicional firmada y fechada por el propuesto asegurado.

Verifico que las respuestas anteriores son completas y verdaderas a mi mejor saber y entender.  
 Firmado en *Lima* este *15* día de *Noviembre*, 19*94*  
 Estigo *Xi* M.D. *[Firma]* Firma del Propuesto Asegurado *[Firma]*  
 Firma del Médico Examinador *[Firma]*

EL PROPUESTO ASEGURADO DEBE SER IDENTIFICADO POR UN DOCUMENTO QUE CONTENGA SU FOTO

Estatura (Con zapatos) ..... 1 m 60 cm  
 Peso (Con Ropa) ..... 60 kg  
 Pecho (Inspiración Completa) Varones Solamente ..... cm  
 (Expiración Forzada) ..... cm  
 Abdomen, a Nivel del Ombligo ..... cm  
 3. ¿Lo pesó ud.? ..... Si  No   
 ¿Lo midió ud.? ..... Si  No   
 2. ¿Tiene apariencia no saludable o aparenta mayor edad que la declarada? ..... Si  No   
 Presión Arterial: \*Registre la 2da y 3ra cifra en intervalos durante el examen si existe historia de hipertensión o si la primera cifra es de 140 sistólica o 90 diastólica o mayor.

	1ra Cifra	*2da Cifra	*3era Cifra
sistólica	100		
diastólica	80		
pulsaciones	62		
regularidades del pulso por minuto			

¿Durante el examen ha encontrado alguna anomalía en lo que se refiere a: (Circule los puntos que apliquen y dé detalles) Si No

A. ¿Auriculares o vasos sanguíneos (si existe un soplo indique la localización, transmisión, etc. Para engrosamiento o edema indique el grado.) .....  Si  No

B. ¿Oj. ... dos, nariz, boca, faringe? (Si la visión y el oído están seriamente afectados indique el grado y la corrección.) .....  Si  No

C. ¿Piel (incluyendo cicatrices); nódulos linfáticos, venas varcosas, o arterias periféricas? .....  Si  No

D. Sistema nervioso (incluya reflejos, marcha, parálisis)? .....  Si  No

E. ¿Sistema respiratorio? .....  Si  No

F. ¿Abdomen (incluya cicatrices)? .....  Si  No

G. ¿Sistema genitourinario (incluyendo la próstata)? .....  Si  No

H. ¿Sistema endocrinal (incluyendo la tiroides y los senos)? .....  Si  No

I. ¿Sistema músculo-esquelético (incluyendo la columna vertebral, las articulaciones, amputaciones, deformidades)? .....  Si  No

¿Tiene usted conocimiento de alguna historia médica adicional? .....  Si  No

(Un reporte confidencial puede ser enviado al director médico.)  
 Orina: (No se requiere cuando una muestra ha sido enviada al laboratorio de la compañía aseguradora.)  
 A. Gravedad Específica .....  
 B. Albúmina .....  
 C. Glucose .....  
 D. ¿Ha enviado usted muestra al laboratorio de la compañía aseguradora? .....

Pregunta No.	Detalles de las respuestas afirmativas a las Preguntas 1C, 3, 4 y 5	
3 B	Miopia	Lejos OD + 3.00 Lente OD + 5.00 Desde 1989 OI + 2.75 OI + 4.75
3 F	Cicatriz	suproumbilical de 12 cm - IQ: CD 6 uistectomía
3 F	Cicatriz	suprapúbica 15 cm Histerectomía. 1973

Examen físico que fue examinado cuidadosamente a Huaco Lineros de Saucro de Lima PERU  
 no ha sido identificado por un documento de identidad con foto (Ciudad y País)  
 Por cuánto tiempo ha conocido al propuesto asegurado? Desconocido ¿Es usted pariente del propuesto asegurado? No  
 Examinado en:  Mi Consultorio  Su oficina de trabajo  Su residencia Este 15 día de Octubre 1994 a las 9:30 a.m.  p.m.  
 Firma del Examinador  Hugo E. Malaspina M. Nombre del Examinador en letra de imprenta Hugo E. Malaspina M.  
 Dirección del Examinador Av. Encabada 851 Pontonico  
 Colegio Médico 16985 Año Titulado 1982  
 ¿Su Especialidad Médica? Medicina General Sus Honorarios por este examen S.....  
 Nombre del agente que autorizó el examen .....

Por favor asegúrese que este reporte este total y correctamente completado. Envíelo directamente al director medico en la Casa Matriz de la Compañía.



NATIONAL WESTERN  
LIFE INSURANCE COMPANY

850 EAST ANDERSON LANE • AUSTIN, TEXAS 78752-1602

INSURED  
POLICY  
NUMBER

ROSMARI L LINARES-DE SAUCEDO  
01-00817057

ROSMARI L LINARES-DE SAUCEDO  
CALLE 29 MZ N V LOTE 15  
URB MARISCAL CASTILLA  
SAN BORJA  
LIMA 41, PERU

204      FECHA: 28 NOVIEMBRE 1994

RECIBO OFICIAL

HEMOS APLICADO A SU POLIZA UN PAGO  
POR \$778.00 A PARTIR DE  
4 NOVIEMBRE 1994.  
GRACIAS POR ESTE PAGO. AGRADECEMOS  
LA CONFIANZA DEPOSITADA EN NUESTRA  
EMPRESA.

*Helen Miller*

HELEN MILLER  
VICEPRESIDENTE ASISTENTE  
CONTABILIDAD DE PRIMAS  
DEPT. DE CONTABILIDAD INT'L  
45622-45622-45622

622



NATIONAL WESTERN  
LIFE INSURANCE COMPANY

850 EAST ANDERSON LANE • AUSTIN, TEXAS 78752-1602

INSURED  
POLICY  
NUMBER

ROSMARI L LINARES-DE SAUCEDO  
01-00817057

ROSMARI L LINARES-DE SAUCEDO  
CALLE 29 MZ N V LOTE 15  
URB MARISCAL CASTILLA  
SAN BORJA  
LIMA 41, PERU

217      FECHA: 15 ENERO 1995

RECIBO OFICIAL

HEMOS APLICADO A SU POLIZA UN PAGO  
POR \$778.00 A PARTIR DE  
15 DICIEMBRE 1994.  
GRACIAS POR ESTE PAGO. AGRADECEMOS  
LA CONFIANZA DEPOSITADA EN NUESTRA  
EMPRESA.

*Helen Miller*

HELEN MILLER  
VICEPRESIDENTE ASISTENTE  
CONTABILIDAD DE PRIMAS  
DEPT. DE CONTABILIDAD INT'L  
45622-45622-45622

622

THE AREA OF THE DOCUMENT CONTAINING THESE CHARACTERS IS A SECURITY FEATURE. IF THESE CHARACTERS ARE NOT VISIBLE, THE DOCUMENT CONTAINS A SECURITY VOID LABEL. BE CAREFUL.

 **NATIONAL WESTERN**  
**LIFE INSURANCE COMPANY**  
350 EAST ANDERSON LANE • AUSTIN, TEXAS 78753-1602

POLICY BENEFIT

SF-540  
1131

NO. 729134

DATE  
12 17 97

AMOUNT  
\*271500.00

VOID AFTER 180 DAYS FROM CHECK DATE

▶▶▶▶ **PAY ONLY 271500.00**

GENERAL CESAR SAUCEDO SANCHEZ

PAY  
TO THE  
ORDER OF

*Direct Cash*  
*Kimberly Allen*

VOID OVER \$271500.00  
TO: BANK ONE, TEXAS, NA, PORT ARTHUR, TEXAS

⑈ 729134 ⑈ 1 1 1 3 1 0 1 4 0 1 ⑈ 0580007573 ⑈

26  
veintis  
33

# ENTRADA

FECHA 8-Ene.-98

Sres. BANCO DE CREDITO OVERSEAS LIMITED - Nassau Bahamas  
Sirvanse efectuar por mi/nuestra cuenta la/s siguiente/s operacion/es :

- 1. Establecimiento de Dep. a Plazo - BCOL.....
- 2. Incrementar el TD.

## DETALLE DEL DEPOSITO:

Nº	TASA	PLAZO	IMPORTE US\$
1	6.25%	90 dias	271,500.00

FECHA VALOR : 1/15 / 98  
Por un total de :

**US\$ 271,500.00**

Los mismos que se servirán ingresar en Custodia Nº 100942 TD: 67600954

A nombre de : SAUCEDO SANCHEZ, CESAR ò JENNY ROSSEMARY SAUCEDO LINARES ò ANNIE JACQUELINE SAUCEDO LINARES

Para lo cual entregó :

EFFECTIVO **US** VALORES **US 271,500.00**

## DETALLE DE LOS VALORES ENTREGADOS:

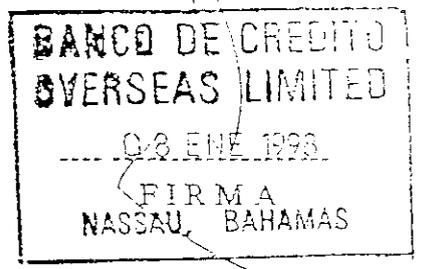
CHEQUE Nº	CUENTA Nº	BANCO GIRADO	PLAZA	IMPORTE US\$
729134		BANK ONE TEXAS	N.A	271,500.00

POR LOS INTERESES AGRADECERÉ SE SIRVAN:

- 1. Incrementar al Vencimiento ( X )
- 2. Pagar al Vencimiento ( )

AL VENCIMIENTO ,RENOVAR CADA 90 DIAS  
La correspondencia se servirán ENVIAR A CAJA BCOL - 193

Nombre Completo /Razon Social Dirección  
Nº de operacion en Cta. Registro :



BCOL

**BANCO DE CREDITO  
OVERSEAS LTD.**  
NASSAU BAHAMAS

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

our re: April 12, 1999

 through:  
100942-0101  
67600954

We Confirm the rollover of your deposit with us at 7.500000% .  
This deposit is issued by Banco de Credito Overseas Ltd., Nassau and  
is held in safekeeping in your name

Principal	Value	Maturity	Interest at maturity
348,037.85 USD	04/12/99	07/12/99	6,507.83

Value Date	Description	Movement Amount	Account Balance
	Previous Balance		341,500.53
04/12/99	deposit closing	341,500.53	0.00 USD
04/12/99	Ed Interest paid	6,537.32	
04/12/99	deposit opening	348,037.85	348,037.85 USD

At Maturity

We will rollover the interest and the principal for 90 days.

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

Banco de Credito Overseas Ltd.

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 No Signatures Required  
 3463 R32 MOS

BCOL

BANCO DE CREDITO  
OVERSEAS LTD.  
NASSAU BAHAMAS

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

our re: July 12, 1999

through:

100942-0101  
67600954

We Confirm the rollover of your deposit with us at 7.250000%  
This deposit is issued by Banco de Credito Overseas Ltd., Nassau and  
is held in safekeeping in your name

Principal	Value	Maturity	Interest at maturity
354,545.68 USD	07/12/99	10/11/99	6,408.53

Value		Movement	Account
Date	Description	Amount	Balance
	Previous Balance		348,037.85
07/12/99	deposit closing	348,037.85	0.00 USD
07/12/99	Td Interest paid	6,507.83	
07/12/99	deposit opening	354,545.68	354,545.68 USD

At Maturity

We will rollover the interest and the principal for 90 days.

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

Banco de Credito Overseas Ltd.

No Signatures Required  
4168 R32 MOS

BCOL

**BANCO DE CREDITO  
OVERSEAS LTD.**  
NASSAU BAHAMAS

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

our re: October 11, 1999

through:  
100942-0101  
67600954

We Confirm the rollover of your deposit with us at 6.625000%  
This deposit is issued by Banco de Credito Overseas Ltd., Nassau and  
is held in safekeeping in your name

Principal	Value	Maturity	Interest at maturity
360,954.21 USD	10/11/99	01/11/00	6,027.44

Value		Movement	Account
Date	Description	Amount	Balance
	Previous Balance		354,545.68
10/11/99	deposit closing	354,545.68	0.00 USD
10/11/99	Td Interest paid	6,408.53	
10/11/99	deposit opening	360,954.21	360,954.21 USD

At Maturity

We will rollover the interest and the principal for 90 days.

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

Banco de Credito Overseas Ltd.

\_\_\_\_\_  
No Signatures Required  
4891 R32 MOS

BCOL

BANCO DE CREDITO  
OVERSEAS LTD.  
NASSAU BAHAMAS

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

our re: January 11, 2000

through:  
100942-0101  
67600954

We Confirm the rollover of your deposit with us at 6.375000%  
This deposit is issued by Banco de Credito Overseas Ltd., Nassau and  
is held in safekeeping in your name

Principal	Value	Maturity	Interest at maturity
366,981.65 USD	01/11/00	04/10/00	5,768.65

Value		Movement	Account
Date	Description	Amount	Balance
	Previous Balance		360,954.21
01/11/00	deposit closing	360,954.21	0.00 USD
01/11/00	Td Interest paid	6,027.44	
01/11/00	deposit opening	366,981.65	366,981.65 USD

At Maturity

We will rollover the interest and the principal for 90 days.

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

Banco de Credito Overseas Ltd.

No Signatures Required

5714 R32 MOS

BCOL

BANCO DE CREDITO  
OVERSEAS LTD.  
NASSAU BAHAMAS

2938

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

our re: April 10, 2000

through:  
100942-0101  
67600954

We Confirm the rollover of your deposit with us at 6.500000%  
This deposit is issued by Banco de Credito Overseas Ltd., Nassau and  
is held in safekeeping in your name

Principal	Value	Maturity	Interest at maturity
429,672.38 USD	04/10/00	07/10/00	6,963.05

Value Date	Description	Movement Amount	Account Balance
	Previous Balance		423,430.48
04/10/00	deposit closing	423,430.48	0.00 USD
04/10/00	Td Interest paid	6,241.90	
04/10/00	deposit opening	429,672.38	429,672.38 USD

At Maturity

We will rollover the interest and the principal for 90 days.

Banco de Credito Overseas Ltd.

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No Signatures Required  
6459 R32 MOS

Please advise us promptly of any discrepancy

BCOL

BANCO DE CREDITO  
OVERSEAS LTD.  
NASSAU BAHAMAS

2939

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

our re: July 10, 2000

through:  
100942-0101  
67600954

We Confirm the rollover of your deposit with us at 7.000000%  
This deposit is issued by Banco de Credito Overseas Ltd., Nassau and  
is held in safekeeping in your name

Principal	Value	Maturity	Interest at maturity
436,635.43 USD	07/10/00	10/09/00	7,620.19

Value Date	Description	Movement Amount	Account Balance
	Previous Balance		429,672.38
07/10/00	deposit closing	429,672.38	0.00 USD
07/10/00	Td Interest paid	6,963.05	
07/10/00	deposit opening	436,635.43	436,635.43 USD

At Maturity  
We will rollover the interest and the principal for 90 days.

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

Banco de Credito Overseas Ltd.

No Signatures Required  
7232 R32 MOS

Please advise us promptly of any discrepancy

BCOL

BANCO DE CREDITO  
OVERSEAS LTD.  
NASSAU BAHAMAS

2940

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

our re: October 9, 2000  
through:  
100942-0101  
67600954

We Confirm the rollover of your deposit with us at 7.250000%  
This deposit is issued by Banco de Credito Overseas Ltd., Nassau and  
is held in safekeeping in your name  
Principal Value Maturity Interest at maturity  
444,255.62 USD 10/09/00 01/08/01 8,030.07

Value	Date	Description	Movement Amount	Account Balance
		Previous Balance		436,635.43
10/09/00		deposit closing	436,635.43	0.00 USD
10/09/00		Td Interest paid	7,620.19	
10/09/00		deposit opening	444,255.62	444,255.62 USD

At Maturity  
We will rollover the interest and the principal for 90 days.

Banco de Credito Overseas Ltd.

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

No Signatures Required  
7922 R32 MOS

Please advise us promptly of any discrepancy

BCOL

BANCO DE CREDITO  
OVERSEAS LTD.  
NASSAU BAHAMAS

27  
reinstated  
2941

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

our re: October 12, 2000

through:  
100942-0101  
67600954

We Confirm a rate change in your your deposit with us. The new rate is  
7.000000%

Principal	Rate	Maturity	Int. at Maturity
444,255.62	7.000000%	01/08/01	7,753.17

Rate change is valued 10/09/00

We will rollover the interest and the principal for 90 days.

Banco de Credito Overseas Ltd.

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

No Signatures Required  
7943 R32 MOS

Please advise us promptly of any discrepancy

BCOL

BANCO DE CREDITO  
OVERSEAS LTD.  
NASSAU BAHAMAS  
Oversias

*27*  
*2942*

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

our re: October 12, 2000  
through:  
100942-0101  
67600954

We Confirm a rate change in your your deposit with us. The new rate is 7.000000%

<u>Principal</u>	<u>Rate</u>	<u>Maturity</u>	<u>Int. at Maturity</u>
444,255.62	7.000000%	01/08/01	7,753.17

Rate change is valued 10/09/00

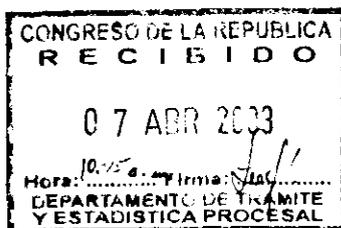
We will rollover the interest and the principal for 90 days.

Banco de Credito Overseas Ltd.

CESAR SAUCEDO SANCHEZ -O-  
JENNY ROSSEMARY SAUCEDO  
LINARES -O-ANNIE JACQUELINE  
SAUCEDO LINARES  
C.B.193,

No Signatures Required  
7943 R32 MOS

Please advise us promptly of any discrepancy



Lima, 4 de Abril del 2003.

**Señor**  
**CESAR DELGADO-GUEMBES**  
**Director General Parlamentario**  
**Congreso de la República**  
**Ciudad.-**

De mi mayor consideración:

Acuso recibo de su oficio No. 923-2002-2003-DDP-D/CR por el que me invita, por encargo del señor Presidente del Congreso de la República y de la Comisión Permanente a la Sesión que la Comisión del Congreso celebrará el Lunes 7 de Abril próximo a las 4.00 PM, oportunidad en la que se debatirá y votará el Informe de la Sub-Comisión Investigadora de la Denuncia Constitucional No. 138 presentada en mi contra.

Por la presente, ruego a usted tenga a bien informar al Señor Presidente de la Comisión Permanente que no voy a concurrir a la Sesión programada para el próximo 7 de Abril, y, en consecuencia estoy designando a los Doctores **JORGE CARRERA CALMELL** y **RENATO D. SALGUERO CAYCHO** para que en su condición de Abogados me representen y me defiendan de los cargos imputados.

Muy atentamente



**CESAR ENRIQUE SAUCEDO SANCHEZ**

MINISTERIO DE JUSTICIA  
ESTADO PLURAL BOLIVIANO  
Tribunal del Poder Judicial Penitenciario

110640

Callao, 07 de Abril de 2003

COPIA N° 180-03-1991-0021-0000

DESTINATARIO: CESAR ENRIQUE SANCHEZ  
Director General Interoctomio  
Congreso de la Republica  
Ciudad

ASUNTO: COMUNICACION manifiesto de interno requerido para Sesion a celebrarse al dia 07 ABRIL 03 a horas 10:00 en los ambientes del Congreso de la Republica

RECE: Oficio N° 024-2002-2003 DDP JUCR

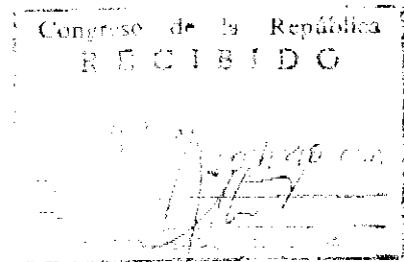
Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con la finalidad de comunicarle que segun el documento referido se dispone la presencia del interno SANCHEZ SANCHEZ CESAR ENRIQUE para el dia de hoy 07 ABRIL 03 a horas 10:00 en los ambientes del Congreso de la Republica con fin de tratar asuntos competentes a la Denuncia Constitucional N° 138 lo cual por manifiesto escrito del mencionado interno sera realizado con la presencia de los abogados CARRERA CALMULL JORGELI y SALGUEIRO CAYUHO RENATO D. Como sus representantes judiciales para su defensa en los cargos imputados a su persona como ex funcionario del Poder Judicial tanto con ello se encuentra fisico en los ambientes del Congreso de la Republica.

Es todo cuanto informo a Ud. Señor Director General para los fines que estime convenientes.

Atentamente,  
Manifiesto Escrito.

Atentamente,

  
CESAR ENRIQUE SANCHEZ  
Interno N° 0021  
Callao



BOGOTÁ, D. C. 19 DE JUNIO DE 2007

Señor  
**CESAR DELGADO-CUEMBES**  
Miembro General Parlamentario  
Congreso de la República  
Bogotá

Querido señor representante:

En virtud de la resolución de su oficio No. 927-2002-2003-IDDP-D OR por el que me ha sido permitida la posibilidad de ser Presidente del Congreso de la República y de conformidad con lo que me ha sido comunicado a una sesión que la Comisión del Congreso celebre el día martes 19 de junio próximo a las 10:00 PM, y en virtud de la que se designa a los señores **ARACELIA CANNELL** y **RENATO D. SALGUERO** como abogados de la Suo Comisión Investigadora de la Demanda por el delito de homicidio en mi contra.

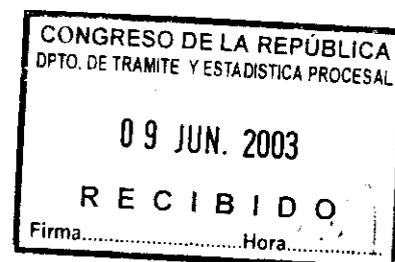
Por lo tanto, le ruego a usted tenga a bien informar al Señor Presidente del Congreso de la República que no voy a comparecer a la Sesión programada para el día martes 19 de junio y en consecuencia estoy designando a los señores **ARACELIA CANNELL** y **RENATO D. SALGUERO** como abogados de la Suo Comisión Investigadora de la Demanda por el delito de homicidio en mi contra.

Atentamente,

**DENUNCIA CONSTITUCIONAL NO. 138**

Lima, 6 de Junio del 2003.

Señor Dr.  
**CARLOS FERRERO COSTA**  
Presidente del Congreso de la República  
Ciudad.-



De mi mayor consideración:

Por la presente, ruego a usted tener en cuenta que no voy a concurrir a la Sesión del Pleno programada para el próximo Martes 10 de los corrientes y, en consecuencia estoy designando a mis Abogados, doctores **JORGE CARRERA CALMELL** y **RENATO SALGUERO CAYCHO** para que en su condición de Abogados me representen y ejerzan mi defensa ante el Pleno del Congreso.

Muy atentamente,



**CESAR ENRIQUE SAUCEDO SANCHEZ**  
DNI No. 41185710

054700