

CLAUSULA ADICIONAL DE INCAPACIDAD PERMANENTE ACCIDENTAL

Esta cláusula adicional forma parte integrante de la Póliza; no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza, se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO N° 1: COBERTURA

La Compañía pagará al Asegurado los porcentajes que se indican a continuación, sobre el capital asegurado señalado en la Solicitud-Certificado de Seguro para esta cláusula adicional, si a consecuencia directa de un accidente, el Asegurado sufre lesiones que le provoquen algunas de las siguientes formas de incapacidad, siempre que ellas ocurran dentro de los dos (2) años corridos siguientes a la fecha del accidente que las originó.

Los porcentajes de indemnización serán:

1. El 100% del capital asegurado por incapacidad, por la pérdida de:
 - la visión de ambos ojos, o
 - ambos brazos o ambas manos, o
 - ambas piernas o ambos pies, o
 - un brazo o mano conjuntamente con una pierna o pie.
2. El 50% del capital asegurado por incapacidad, por la pérdida de:
 - la audición completa de ambos oídos, o
 - un brazo, o
 - una pierna, o
 - la visión de un ojo en caso de que el Asegurado, ya hubiese tenido ceguera total del otro, antes de contratar esta cláusula adicional.
3. El 40% del capital asegurado por incapacidad, por la pérdida de:
 - una mano o
 - un pie.
4. El 35% del capital asegurado por incapacidad, por la pérdida de:
 - un ojo, en caso de que no exista ceguera total del otro ojo, antes de contratar esta cláusula adicional.
5. El 25% del capital asegurado por incapacidad, por la pérdida de:
 - la audición completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido sordera total del otro, antes de contratar este adicional.
6. El 20% del capital asegurado por incapacidad, por la pérdida de:
 - un dedo pulgar.
7. El 15% del capital asegurado por incapacidad, por la pérdida de:
 - un dedo índice.
8. El 13% del capital asegurado por incapacidad, por la pérdida de:
 - la audición de un oído en caso de que no existiere sordera total del otro oído antes de contratar esta cláusula adicional.
9. El 5% del capital asegurado por incapacidad, por la pérdida de:
 - cualquiera de los otros dedos de la mano que no sea un pulgar o índice.

10. El 3% del capital asegurado por incapacidad, por la pérdida de:
- un dedo del pie.

11. En caso de pérdida de una o varias falanges de un dedo, el monto a pagar será igual a la proporción de falanges perdidas respecto del total de falanges del dedo afectado, aplicado al porcentaje del capital asegurado indicado en los puntos anteriores.

La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos se determinará sumando el porcentaje asignado en los puntos anteriores a cada uno de los dedos o falanges perdidos.

En caso de ocurrir más de un accidente, los porcentajes a indemnizar se calcularán aplicando los porcentajes indicados sobre el capital asegurado y no sobre el saldo después de pagadas indemnizaciones anteriores. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de la incapacidad por uno o más accidentes ocurridos durante la vigencia de esta cláusula adicional, no podrán en ningún caso exceder el 100% del capital asegurado por concepto de esta cláusula adicional.

La cobertura de esta cláusula adicional es incompatible con la cobertura principal de muerte accidental cuando ambas coberturas cubren un mismo accidente. Por consiguiente, si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente cubierto por ambas coberturas, las sumas que se paguen en virtud de la presente cláusula adicional serán descontadas de las que corresponda pagar por concepto de la cobertura principal de muerte accidental.

La suma pagada por esta cláusula adicional no afectará al capital asegurado de la cobertura principal por muerte accidental, todo ello siempre que dicha cláusula adicional haya sido incluida en la póliza y que se trate de siniestros diferentes.

ARTÍCULO Nº 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula se entiende por:

a) Accidente: Todo suceso súbito, imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas.

No se consideran los hechos que sean consecuencia de los denominados Accidentes Médicos: Infartos del miocardio, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

b) Incapacidad

- Pérdida Total: La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.

- Pérdida Funcional Absoluta: La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- c) Miembro: Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión tales como piernas y brazos.
- d) Órgano: Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función.

ARTÍCULO Nº 3: EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la incapacidad del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a. Intento de suicidio cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.
- b. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- c. Tratamiento médico, fisioterapéutico, quirúrgico o anestésico.
- d. Si el accidente que ha causado la incapacidad se ha originado con anterioridad al inicio de la vigencia de la cobertura del asegurado.
- e. Enfermedad.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal de la póliza.

ARTÍCULO Nº 4: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto:

- a) Por terminación anticipada del seguro principal.
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, rebajándose desde entonces la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.
- c) Una vez que por uno o varios accidentes se haya pagado el 100% del capital asegurado de esta cláusula adicional.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización por un accidente que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso, la prima será devuelta en los términos establecidos en el seguro principal.

ARTÍCULO Nº 5: PAGO DEL SINIESTRO

La cobertura se considerará aprobada en los siguientes casos:

1. De manera expresa, una vez que el Asegurado haya presentado todos los documentos requeridos en la presente póliza, siempre y cuando de dichos documentos se desprenda que el siniestro se encuentra bajo la cobertura del presente seguro y no se encuentra en las exclusiones del mismo; y que el seguro se encuentre vigente.

2. De manera tácita, si transcurridos treinta (30) días calendario de completada toda la documentación solicitada en la póliza, La Compañía no se manifestara sobre la procedencia de la solicitud de cobertura. En caso La Compañía lo requiera podrá solicitar a la Superintendencia un plazo adicional de treinta (30) días para pronunciarse sobre la cobertura del siniestro, de lo que se informará al Asegurado conforme a lo dispuesto en el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, Resolución SBS N° 3202-2013.

Luego de aprobado el pago del siniestro o vencido el plazo para consentir el mismo, la obligación de pagar el capital será cumplida por La Compañía de acuerdo a lo pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza. El capital será pagado en un plazo no mayor a treinta (30) días de aprobado el pago del siniestro o consentido el mismo.

ARTÍCULO N° 6: PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA LA SOLICITUD DE LA COBERTURA

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza principal, el Contratante o el Asegurado deberán presentar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes relativos al Accidente (copia simple del DNI del Asegurado, Historia Clínica completa foliada y fedateada expedida por el Hospital o Clínica que atendió la emergencia del Asegurado, original o copia certificada del acta de intervención policial y/o original o copia certificada del atestado policial, en caso corresponda, expedido por la Policía Nacional del Perú - PNP; así como original o copia certificada de los resultados de dosajes étlicos y toxicológicos, en caso corresponda, expedidos por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público) dentro del plazo prescriptorio legal vigente.

El Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la compañía solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar el grado de incapacidad y efectividad de las lesiones originales en el accidente. El costo será de cargo de la Compañía. El sometimiento a los exámenes y pruebas que La Compañía solicite se realizará dentro de los veinte (20) primeros días de los treinta (30) que tiene la aseguradora para pronunciarse sobre la solicitud de cobertura.

ARTÍCULO N° 7: DETERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD

La Compañía determinará en un máximo de 30 días de haber recibido toda la documentación requerida si se ha producido la incapacidad de un Asegurado y el porcentaje que le corresponde del capital asegurado conforme a lo dispuesto en el Artículo N° 1 de esta Cláusula. Para tal efecto, el Asegurado deberá acompañar a su solicitud de cobertura los antecedentes y documentos médicos que respalden su condición de incapacidad, así como sus exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen o el porcentaje asignado del capital asegurado, podrá apelar del mismo dentro de los 10 días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía. En este caso, la incapacidad será evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos 3 años como miembros titulares del Comité Médico de las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMAFP) o del Comité Médico Central de la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMEC). También serán válidos como evidencia de

incapacidad los documentos médicos emitidos por el Instituto Nacional de Rehabilitación - INR y de ESSALUD.

La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía. En caso de disconformidad con el pronunciamiento, el Asegurado podrá acudir a cualquiera de los mecanismos de solución de controversias que tiene habilitados.

La declaración de incapacidad del Asegurado de algún organismo del Sistema Previsional Privado o Estatal, tendrá para la compañía y para la junta médica un valor meramente informativo y referencial.

ARTÍCULO Nº 8: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS Y COASEGUROS

No aplica.

ARTÍCULO Nº 9: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Se rige en las Condiciones Generales de la póliza.