



COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

CLAUSULA ADICIONAL

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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

ARTÍCULO N° 1: COBERTURA

Se considerará que la invalidez es total y permanente cuando el Asegurado, antes de cumplir la edad límite de permanencia señalada en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, sufra una pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que le produzca un menoscabo de por lo menos dos terceras (2/3) partes de su capacidad física de trabajo.

En caso la invalidez se produzca por un accidente, será objeto de cobertura la invalidez total y permanente que se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al mismo.

Para determinar fehacientemente que la invalidez es total y permanente, el Asegurado será evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, conforme a lo dispuesto por el Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones aprobado mediante Decreto Supremo No. 054-97-EF y su Reglamento, así como las normas complementarias y modificatorias.

Asimismo, se define capacidad de trabajo, como la capacidad del asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para lo cual esté razonablemente preparado de acuerdo a su educación, capacitación o experiencia.

ARTÍCULO N° 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) 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.
- c) 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.
- d) Miembro: Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión tales como piernas y brazos.
- e) Órgano: Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función.
- f) Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico colegiado. Todas las enfermedades que existen simultáneamente, debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma.
- g) Enfermedades Mentales y del Comportamiento: Las enfermedades mentales o trastornos psicológicos son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

ARTÍCULO Nº 3: EXCLUSIONES

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

- a) **Cualquier acto intencional por parte de un beneficiario del Asegurado o persona que habita permanentemente el domicilio del Asegurado que ocasiona lesión corporal o amenaza con ocasionar lesión corporal al Asegurado, incluyendo actos realizados en defensa propia o en la defensa de un tercero. Se considera intencional cualquier lesión a**

consecuencia de una arma de fuego o punzo cortante o cualquier otro instrumento letal, que ocurre durante dicho acto.

- b) Intento de suicidio o lesiones Intencionales auto infligidas o que el Asegurado se encuentre en estado de insania, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- c) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
- d) Viaje o vuelo en vehículo aéreo, submarino de cualquier clase, excepto como pasajero en un vuelo operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente.
- e) Enfermedades preexistentes que sean de conocimiento del Asegurado y no hayan sido resueltas al momento previo de la fecha de contratación del presente seguro.
- f) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de inmunodeficiencia.
- g) Medicina complementaria, alternativo y/o tradicional
- h) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la Escala Modificada de Mercali, determinado por el Instituto Geofísico del Perú, o por el servicio que en el futuro lo reemplace.
- i) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo
- j) Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, inhalación de gases, intoxicaciones y envenenamientos sistemáticos, siempre que este sea preexistente al inicio de la vigencia.
- k) Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo. Se considera la participación del Asegurado ya sea como autor o cómplice. En caso no se emita sentencia, el análisis de la legítima defensa se realizará en función del atestado policial y de ser el caso, cualquier otro documento que esclarezca los hechos.
- l) Lesiones a consecuencia de la participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquéllas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- m) Participación activa en deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, streetluge. Así también la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o

acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.

- n) Bajo la influencia del alcohol y/o drogas y/o alucinógenos. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/litro de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.
- o) Personas con incapacidad total y permanente anterior al inicio de la cobertura de este seguro.

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

ARTÍCULO N° 4: PERÍODO DE COBERTURA Y RENOVACION

La Compañía renovará automáticamente esta Cláusula Adicional, finalizada su vigencia por un periodo igual al inicialmente contratado, salvo que el Contratante manifieste por escrito su decisión de no renovar la misma con treinta (30) días de anticipación a su vencimiento. Si correspondiera modificar el monto de la prima de renovación, este nuevo monto deberá ser informado por escrito por La Compañía al Contratante con cuarenta y cinco (45) días de anticipación del vencimiento. El Contratante tendrá un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo. En caso de silencio del Contratante se entenderá que aprueba la modificación. La Compañía emitirá la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

ARTÍCULO N° 5: AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

El aviso del siniestro deberá ser comunicado a La Compañía en los Centros de Atención al Cliente o en las oficinas del Contratante dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura, deberán presentarse los siguientes documentos:

- a) Copia del Dictamen de Invalidez del COMAFP, COMEC o Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud, caso contrario se aplicará el procedimiento establecido en el Artículo N° 7 “Determinación de la Invalidez Total y Permanente por Accidente”.
- b) Original o copia legalizada de los exámenes clínicos.
- c) Original o copia legalizada de los informes médicos.
- d) Original o copia legalizada del certificado médico.
- e) Original o copia legalizada del atestado policial, de ser el caso.

- f) Original o copia legalizada de la denuncia, de ser el caso.
- g) Original o copia legalizada del dosaje etílico, de ser el caso.
- h) Copia del documento de identidad del Asegurado.

En caso de no presentarse el Dictamen de invalidez del COMAFP o COMEC o Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud, La Compañía examinará al Asegurado por los médicos que se designen para el efecto, pudiendo adoptar todas las medidas conducentes a la mejor y más completa investigación para determinar la certeza, naturaleza y gravedad de las lesiones originadas y verificar el grado de invalidez respectivo, de acuerdo a lo establecido en el Artículo N° 7.

De requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, para consentir el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

Los documentos que se requieran en el presente artículo deberán ser entregados en los Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Contratante.

En la presente póliza, entiéndase que la “copia legalizada” hace referencia a la certificación de reproducción notarial, de conformidad con el Artículo N° 110 del Decreto Legislativo N° 1049.

ARTÍCULO N° 6: TERMINACION DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional terminará en las siguientes situaciones:

- a) El término del seguro principal, producirá el término de la cobertura de esta cláusula.
- b) El pago del capital asegurado bajo esta cláusula causará el término de esta póliza.

La prima será devuelta en los términos establecidos en el seguro principal.

ARTÍCULO N° 7: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Para los casos de determinación de la Invalidez Total y Permanente por Accidente en los que no se cuente con el Dictamen de Invalidez del COMAFP, COMEC o el Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud, La Compañía cuenta con los veinte (20) primeros días contados desde la presentación de la solicitud de la cobertura del siniestro con la documentación señalada en el Artículo N° 5 completa, para someter al Asegurado a exámenes médicos y pruebas necesarias a fin de determinar y verificar el grado de

invalidez permanente por accidente que afecta al Asegurado y si dichas lesiones fueron originadas por un accidente cubierto.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen de La Compañía podrá apelar al mismo dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a la comunicación de la determinación de La Compañía. El Asegurado deberá presentar una carta simple manifestando los fundamentos bajo los cuales se ampara la apelación y, de ser el caso, adjuntar los documentos que contribuyan a su apelación. En este caso, el grado de invalidez será evaluada por una junta compuesta por tres (3) médicos cirujanos elegidos por el Asegurado, de entre una nómina de cinco (5) o más médicos propuestos por La Compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un (1) año como miembros titulares del Comité Médico de las Administradoras de Fondos de Pensiones (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).

La junta médica evaluará el grado de invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Póliza y a las normas que regulan la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones conforme a lo dispuesto por el Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones aprobado mediante Decreto Supremo No. 054-97-EF y su Reglamento, así como las normas complementarias y modificatorias. El plazo para el pronunciamiento de la junta médica es de treinta (30) días.

La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios.

ARTICULO Nº 9: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS Y COASEGUROS

Según lo detallado en el Condicionado Particular.

ARTICULO Nº 10: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Se rige en las Condiciones Generales de la Póliza.