

EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE CLAUSULA ADICIONAL

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

ARTÍCULO N°1: COBERTURA

En caso de invalidez total y permanente a consecuencia de enfermedad o accidente del Asegurado, definidos conforme al Artículo N° 2 de la presente cláusula adicional, La Compañía exonerará al Contratante del pago de todas y cada una de las primas que por concepto de la Póliza principal y esta cláusula adicional se devenguen para el Asegurado afectado, después de la fecha de la invalidez, hasta la fecha de fin de vigencia del seguro. Todo ello, siempre y cuando la invalidez se produzca antes que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares del Seguro.

Se entenderá como invalidez total y permanente la pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el Asegurado, por causa de enfermedad o accidente, y que produzca un menoscabo irreversible de al menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo por un periodo de seis (6) meses

Esta evaluación se realizará de conformidad a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo Sistema de Pensiones" regulado por el Decreto Ley N° 25897 y sus normas modificatorias o complementarias.

Además, se reconocerá como invalidez total y permanente:

1. La pérdida total de:

- la vista de ambos ojos, o
- ambas manos, o
- ambos pies, o
- de una mano y de un pie, o
- una mano y la pérdida de la vista de un ojo, o
- un pie y la pérdida de la vista de un ojo.

2. La enajenación mental incurable.

3. La parálisis general.

El término "invalidez" que se mencione en lo sucesivo significará invalidez total y permanente.

La Compañía no otorgará el beneficio de esta cláusula adicional, si la invalidez total y permanente del Asegurado tiene su origen en una enfermedad o accidente anterior a la contratación de esta cláusula adicional. Por lo tanto sólo procederá la exoneración de pago de primas que esta cláusula adicional otorga, si las causas de la invalidez total y permanente del Asegurado se han producido o iniciado durante la vigencia de la presente cláusula adicional.

ARTÍCULO Nº 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

- a) **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
- b) **Miembro:** Cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de locomoción y presión, tales como piernas y brazos.
- c) **Órgano:** Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función.

ARTÍCULO Nº 3: EXCLUSIONES

La exoneración del pago de primas no operará si la invalidez hubiere provenido 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) **Participación 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, street luge. 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.**
- d) **Prestación de servicios en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el asegurado y aceptadas por La Compañía. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.**

- e) El uso de drogas o alucinógenos, salvo que el asegurado sea sujeto pasivo.
- f) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos-litros, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produce su invalidez.
- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país donde se encuentre.

ARTÍCULO Nº 4: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La Compañía cubrirá la invalidez que afecte al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el Artículo Nº 3, literales b), c), d) y g) cuando estos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por La Compañía con el pago de extraprima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la Póliza principal.

ARTÍCULO Nº 5: RESOLUCIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

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

- a) El término del seguro principal por la causa que sea, producirá el término de la cobertura de esta cláusula.
- b) Por rescate o transformación de la Póliza principal en seguro saldado o en seguro prorrogado, según corresponda, cuando la cobertura principal sea la de un seguro de vida con valores garantizados.

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

ARTÍCULO Nº 6: AVISO DEL SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura el Asegurado deberá proporcionar en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía los siguientes documentos:

original o copia certificada del dictamen de invalidez total y permanente emitido por COMAFP o COMEC o el Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud, caso contrario se aplicará el procedimiento establecido en el Artículo N° 8; original o copia certificada de los resultados de las pruebas y exámenes que determinaron el diagnóstico que configuro la Invalidez Total y Permanente y la enfermedad o accidente que la origina; original o copia certificada del acta de intervención policial y/o atestado policial (de ser el caso), original o copia certificada de los resultados de dosajes etílicos y toxicológicos (de ser el caso); historia Clínica completa foliada y fedateada y copia simple del documento de identidad del Asegurado.

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, desde la presentación de todos los documentos detallados en la póliza, para consentir, aprobar o rechazar el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

ARTÍCULO N° 7: PAGO DEL SINIESTRO

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

1. Para el consentimiento expreso: 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, la póliza se encuentre vigente y la causal del siniestro no se encuentre dentro de las exclusiones. La Compañía brindará respuesta dentro de los treinta (30) días de haber recibido la solicitud de cobertura.
2. Para el consentimiento tácito: Si transcurridos más de treinta (30) días calendario de presentados todos los documentos exigidos para el pago del siniestro en la presente póliza La Compañía no se manifestara sobre la procedencia o no de la solicitud de cobertura, el siniestro se considerará consentido.

Sin perjuicio de ello, cuando La Compañía requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, deberá solicitarle al Asegurado, dentro del plazo inicial de 30 días, la ampliación de dicho plazo. Si el Asegurado no lo aprueba, La Compañía podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos 30 días. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad. A falta de pronunciamiento dentro de dicho plazo, se entiende aprobada la solicitud.

Luego de aprobado el siniestro o vencido el plazo para consentir el mismo, La Compañía exonerará de obligación de pago de primas desde el mes siguiente de ocurrida la invalidez hasta que finalice la vigencia de la póliza de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO Nº 8: PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Para los casos de determinación de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad 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 Nº6 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 Privadas de Fondos de Pensiones (COMAFP) o del Comité Médico Central de la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (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.

ARTÍCULO Nº 9: MANTENIMIENTO DE LOS BENEFICIOS DE LA PÓLIZA PRINCIPAL

Las primas exoneradas en virtud de esta cláusula no reducirán en modo alguno las cantidades pagaderas a través de la Póliza principal. Los valores garantizados de dicha Póliza, si los hubiera, serán los mismos que si se hubiesen pagado a su debido tiempo todas las primas exoneradas.

ARTICULO Nº 10: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS Y COASEGUROS

No aplica

ARTICULO Nº 11: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Se rige por las Condiciones Generales de la Póliza.