



MAS X TU FAMILIA
PÓLIZA SIMPLIFICADA DE MICROSEGUROS
MÁS POR TU FAMILIA
Microseguro regulado por la Resolución SBS N° 14283-2009
N° Póliza:

Número de Suministro:

COMPAÑÍA: El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros / Av. Juan de Arona 830, San Isidro / RUC 20100035392 / Pacífico Asiste Central de Emergencias y Asistencia 01 415-1515 (Lima y Provincias). Central de información y ventas 01 513-5000 (Lima y Provincias) / www.pacificoseguros.com Código Reg. SBS: AE0446100072

1 Asegurado

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____
Nombres _____ F. de Nacimiento _____ D.N.I./C.E. _____
Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____ Profesión _____
Dirección _____ Nro. _____ Dpto. _____ Mz. _____ Lt. _____
Urbanización _____ Distrito _____ Departamento _____
Teléfono _____ E-mail _____

2 Personas asegurables

Podrán contratar este seguro las personas que sean titulares de un suministro de energía eléctrica o una persona autorizada por escrito por el titular del suministro, desde los 18 años de edad, pudiendo permanecer asegurado hasta el día que cumplan los 70 años de edad. Este requisito se aplica para el ASEGURADO y para su cónyuge y/o conviviente. Si el ASEGURADO cumple la edad límite durante el periodo del contrato, la cobertura que otorga esta póliza terminará. Si la (el) cónyuge y/o conviviente del ASEGURADO cumple la edad límite durante el periodo de contrato, la cobertura que otorga esta póliza terminará para esa persona.

Por la contratación de este microseguro, la (el) cónyuge y/o conviviente del asegurado se encuentra totalmente asegurada(o) según los términos de esta Póliza Simplificada. La condición de cónyuge y/o conviviente se acreditará a la COMPAÑÍA cuando ésta lo requiera, previo al pago de la indemnización y renta.

3 Beneficiarios de la cobertura de Muerte Accidental – (Indemnización y renta – máximo 1 persona)

En caso de fallecimiento del ASEGURADO por un siniestro amparado por esta Póliza Simplificada, la COMPAÑÍA pagará la suma asegurada señalada al beneficiario designado por el ASEGURADO. En caso de fallecimiento del cónyuge o conviviente la indemnización y renta será pagada al ASEGURADO, aún cuando se haya designado Beneficiario. En caso de que el ASEGURADO y el cónyuge fallezcan en el mismo accidente, la indemnización y renta se pagará al beneficiario designado y en su ausencia a los herederos legales del Asegurado.

Adicionalmente se entregará a la persona que reciba la indemnización por muerte accidental una renta de S/.XXX mensuales por el periodo de un año.

Apellidos y Nombres	DNI	Edad	Parentesco	%
				100%

Si no se completara este recuadro, los beneficiarios del ASEGURADO serán sus herederos legales.

Cualquier cambio de beneficiario se hará en forma expresa y por escrito personalmente por el ASEGURADO en cualquier momento posterior a la firma del presente documento y será válido siempre que se efectúe antes de la ocurrencia del siniestro.

4 Coberturas

a) Muerte Accidental

	SUMA ASEGURADA
En caso de muerte accidental del ASEGURADO y/o su cónyuge o conviviente la COMPAÑÍA pagará el monto de la suma asegurada señalada.	S/. 6,000
Adicionalmente, en caso de muerte accidental del ASEGURADO y/o su cónyuge o conviviente La COMPAÑÍA pagará una renta mensual por la suma señalada, durante XX meses.	S/. 500 mensuales por 12 meses

b) Invalidez Permanente

	SUMA ASEGURADA
En caso de Invalidez Permanente Total que haya sufrido el Asegurado y/o su cónyuge o conviviente a causa de un accidente amparado en la póliza simplificada, La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada señalada.	S/. 6,000
En caso de Invalidez Permanente Parcial que haya sufrido el Asegurado y/o cónyuge o conviviente a causa de un accidente amparado en la Póliza Simplificada, La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada correspondiente al grado de Invalidez, según la tabla inserta en esta póliza.	Hasta S/. 6,000

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Muerte e Invalidez Permanente. Si la Muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Permanente, "LA COMPAÑIA" deducirá de la suma asegurada por Muerte, la indemnización pagada por Invalidez Permanente.

5 Beneficios adicionales

BENEFICIO	
Afiliación automática del cónyuge o conviviente	Las coberturas aplican tanto para el Asegurado como para el Cónyuge o Conviviente.
Reposición del medidor Termo magnético	En caso de robo y/o hurto por un máximo de dos eventos al año.

6 Prima mensual S/3.47 (incluye IGV y derecho de emisión) a ser cargado en el recibo de luz

Para que la Póliza Simplificada esté vigente, el ASEGURADO deberá pagar mensualmente la prima correspondiente dentro de la fecha de vencimiento establecido en el recibo de luz del suministro de EDELNOR. Si no se paga la prima en la fecha establecida, el pago podrá realizarse dentro de los siguientes 30 días calendarios, sin intereses, considerándose éste un plazo de gracia. De ocurrir un siniestro dentro del plazo de gracia, la COMPAÑIA cubrirá el siniestro en tanto se encuentre amparado por esta Póliza Simplificada, teniendo el derecho a descontar de la indemnización el importe correspondiente a la prima adeudada.

Los pagos efectuados por el ASEGURADO a EDELNOR se consideran abonados a la COMPAÑIA.

7 Comunicaciones

Todas las comunicaciones, reclamos y pagos al comercializador (EDELNOR) tienen el mismo efecto que si se hubiesen dirigido a la COMPAÑIA.

8 Ajustes de la Prima y Modificaciones

En caso fuera necesario efectuar modificaciones a las condiciones de la póliza simplificada la COMPAÑIA sustentará ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Pólizas de Seguros y Notas Técnicas, la necesidad de efectuar los cambios propuestos y utilizará los medios necesarios para que el ASEGURADO tome conocimiento de dichas modificaciones, por lo menos con treinta (30) días calendarios de anticipación. En este sentido, en la oportunidad del pago de la prima, se deberá entregar al ASEGURADO un detalle de las modificaciones a la cobertura, elaborado por la COMPAÑIA, con la finalidad de que manifieste su conformidad con los nuevos términos de la cobertura. la COMPAÑIA conservará la evidencia de la comunicación efectuada y ante el silencio del ASEGURADO, se entenderá que ha aceptado las nuevas condiciones del seguro.

Asimismo, la COMPAÑIA deberá informar al ASEGURADO que en caso de no aceptar las condiciones modificadas del contrato, la cobertura terminará en el plazo previsto en el párrafo anterior o en su defecto, cuando venza el periodo de gracia correspondiente al momento en que el ASEGURADO deje de pagar la prima.

9 Definiciones Importantes

Accidente: Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de 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. No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el ASEGURADO.

Comercializador: EDELNOR S.A.

Muerte Accidental: Fallecimiento inmediato del ASEGURADO por causas que cumplen la condición de accidentes definida en la presente póliza simplificada. Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes ocurrido el accidente.

Invalidez Permanente: Situación en que la persona, sufrido un accidente amparado por la póliza y luego de haber sido dado de alta, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva, que disminuyan o anulen su capacidad de realizar labores habituales, dando lugar a distintos grados de incapacidad.

Indemnización: Importe que la COMPAÑIA está obligada a pagar en caso de ocurrir un siniestro cubierto por esta Póliza Simplificada. No puede exceder la suma asegurada.

Siniestro: Materialización del riesgo asegurado que produce los daños garantizados en la póliza y debe ser valorado económicamente.

10 Inicio, duración y vigencia de la cobertura

La cobertura del seguro se inicia a partir de la firma del presente documento siempre que se encuentre completa la información solicitada en esta Póliza Simplificada. La cobertura se mantendrá vigente mientras:

- El pago de la prima de seguro haya sido realizado dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de la firma del presente documento. En el caso que se encuentre en trámite la instalación del suministro eléctrico, la cobertura del seguro se mantendrá suspendida hasta que se efectúe la instalación y el ASEGURADO pague la prima. La suspensión se mantendrá por un plazo máximo de 365 días, vencido el cual, sin que se haya pagado la prima, el contrato quedará resuelto automáticamente.
- El ASEGURADO se encuentre al día en el pago de sus primas o se encuentre en período de gracia.

- c) No se den las causales de terminación de la cobertura, previstas en esta Póliza Simplificada.

11 Término de la cobertura

La responsabilidad de la COMPAÑÍA terminará cuando ocurra el primero de los siguientes hechos:

- a) El plazo de gracia termine sin que el ASEGURADO haya cumplido con pagar la prima.
- b) A solicitud expresa del ASEGURADO, la cual debe comunicar con 30 días calendario de anticipación.
- c) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- d) Al sobrevenir la invalidez permanente total y/o parcial del ASEGURADO y haber sido ésta indemnizada por la COMPAÑÍA.
- e) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- f) Falto de pago de la prima
- g) Falta de instalación del suministro eléctrico.

12 Resolución automática de la Póliza Simplificada

Esta Póliza Simplificada terminará automáticamente a los 90 días de producido el incumplimiento del pago de la prima, no teniendo la COMPAÑÍA responsabilidad por los siniestros ocurridos a partir de la fecha en que se produjo la mora en el pago de la prima.

13 Exclusiones

La COMPAÑÍA no pagará las indemnizaciones previstas en esta Póliza Simplificada cuando los accidentes se originen como consecuencia de:

- a) Guerra, rebelión, revolución, golpe de Estado o cualquier otro evento que determine el mantenimiento de la ley marcial o el estado de sitio.
- b) Huelga, motín y conmoción civil; daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- c) Radiación nuclear.
- d) Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes o reglamentos públicos.
- e) Suicidio o lesiones inferidas al ASEGURADO por sí mismo o por un tercero con su consentimiento.

14 Procedimiento en caso de siniestro

El ASEGURADO o sus Beneficiarios, producida la muerte accidental o invalidez del ASEGURADO y/o su cónyuge o conviviente, están en la obligación de comunicarlo a la COMPAÑÍA mediante carta, fax o correo electrónico y presentar los siguientes documentos:

En caso de **Muerte Accidental** se deberá presentar:

- Documento Nacional de Identidad
- Original del Certificado Médico de Defunción.
- Original de la Partida de Defunción.
- Original del Protocolo de Autopsia completo.
- Original del Examen toxicológico emitido por la Morgue.
- Resultado del examen de Dosaje Etílico emitido por la Policía Nacional del Perú, en el caso de accidentes de tránsito, en los que ASEGURADO sea el conductor del vehículo.
- Atestado Policial completo.
- Testamento, Resolución Judicial o Acta Notarial de sucesión intestada debidamente inscrita en Registros Públicos, en caso que no se haya designado Beneficiario en esta Póliza.
- En caso que el beneficiario fuera menor de edad se deberá presentar los siguientes documentos: Partida de Nacimiento del menor y copia del documento de identidad de la persona que lo represente. Se indemnizará al menor de edad, mediante la apertura de una libreta de ahorros en el banco que designe la COMPAÑÍA, según lo establecido en las normas legales vigentes.

En caso de **Invalidez Permanente** se deberá presentar:

- Documento Nacional de Identidad.
- Resultado del examen de Dosaje Etílico emitido por la Policía Nacional del Perú, en el caso de accidentes de tránsito en el que el Asegurado y/o su Cónyuge o conviviente era el conductor del vehículo.
- Certificado de invalidez permanente emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud.

En caso de **robo o hurto del medidor termo magnético** se deberá presentar:

- Denuncia Policial
- DNI del Titular del suministro

- c) No se den las causales de terminación de la cobertura, previstas en esta Póliza Simplificada.

11 Término de la cobertura

La responsabilidad de la COMPAÑÍA terminará cuando ocurra el primero de los siguientes hechos:

- a) El plazo de gracia termine sin que el ASEGURADO haya cumplido con pagar la prima.
- b) A solicitud expresa del ASEGURADO, la cual debe comunicar con 30 días calendario de anticipación.
- c) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- d) Al sobrevenir la invalidez permanente total y/o parcial del ASEGURADO y haber sido ésta indemnizada por la COMPAÑÍA.
- e) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- f) Falto de pago de la prima
- g) Falta de instalación del suministro eléctrico.

12 Resolución automática de la Póliza Simplificada

Esta Póliza Simplificada terminará automáticamente a los 90 días de producido el incumplimiento del pago de la prima, no teniendo la COMPAÑÍA responsabilidad por los siniestros ocurridos a partir de la fecha en que se produjo la mora en el pago de la prima.

13 Exclusiones

La COMPAÑÍA no pagará las indemnizaciones previstas en esta Póliza Simplificada cuando los accidentes se originen como consecuencia de:

- a) Guerra, rebelión, revolución, golpe de Estado o cualquier otro evento que determine el mantenimiento de la ley marcial o el estado de sitio.
- b) Huelga, motín y conmoción civil; daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- c) Radiación nuclear.
- d) Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes o reglamentos públicos.
- e) Suicidio o lesiones inferidas al ASEGURADO por sí mismo o por un tercero con su consentimiento.

14 Procedimiento en caso de siniestro

El ASEGURADO o sus Beneficiarios, producida la muerte accidental o invalidez del ASEGURADO y/o su cónyuge o conviviente, están en la obligación de comunicarlo a la COMPAÑÍA mediante carta, fax o correo electrónico y presentar los siguientes documentos:

En caso de **Muerte Accidental** se deberá presentar:

- Documento Nacional de Identidad
- Original del Certificado Médico de Defunción.
- Original de la Partida de Defunción.
- Original del Protocolo de Autopsia completo.
- Original del Examen toxicológico emitido por la Morgue.
- Resultado del examen de Dosaje Etílico emitido por la Policía Nacional del Perú, en el caso de accidentes de tránsito, en los que ASEGURADO sea el conductor del vehículo.
- Atestado Policial completo.
- Testamento, Resolución Judicial o Acta Notarial de sucesión intestada debidamente inscrita en Registros Públicos, en caso que no se haya designado Beneficiario en esta Póliza.
- En caso que el beneficiario fuera menor de edad se deberá presentar los siguientes documentos: Partida de Nacimiento del menor y copia del documento de identidad de la persona que lo represente. Se indemnizará al menor de edad, mediante la apertura de una libreta de ahorros en el banco que designe la COMPAÑÍA, según lo establecido en las normas legales vigentes.

En caso de **Invalidez Permanente** se deberá presentar:

- Documento Nacional de Identidad.
- Resultado del examen de Dosaje Etílico emitido por la Policía Nacional del Perú, en el caso de accidentes de tránsito en el que el Asegurado y/o su Cónyuge o conviviente era el conductor del vehículo.
- Certificado de invalidez permanente emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud.

En caso de **robo o hurto del medidor termo magnético** se deberá presentar:

- Denuncia Policial
- DNI del Titular del suministro

15 Otros seguros

Producido un eventual siniestro amparado por esta Póliza, la indemnización será por cuenta de LA COMPAÑÍA, independientemente de si el ASEGURADO tenga otros seguros similares.

El ASEGURADO no podrá tener contratado más de una Póliza de este seguro. En caso de que el ASEGURADO cuente con más de una cobertura de este seguro la COMPAÑÍA considerará que dicho ASEGURADO está cubierto bajo la cobertura que proporcione el mayor Beneficio. Cuando las coberturas contratadas sean idénticas, la COMPAÑÍA considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO la prima del seguro duplicado.

16 Pago de los Beneficios

En caso de fallecimiento del ASEGURADO por un accidente amparado por esta Póliza Simplificada, la COMPAÑÍA pagará la suma asegurada señalada al beneficiario designado por el ASEGURADO. En caso el ASEGURADO no designara beneficiario la indemnización y renta se repartirá entre sus herederos legales. En caso de fallecimiento del cónyuge o conviviente la indemnización y renta será pagada al ASEGURADO. En caso de que el ASEGURADO y cónyuge fallezcan en el mismo accidente, la indemnización y renta se pagará al beneficiario designado y en su ausencia a los herederos legales del Asegurado.

En caso de Invalidez Permanente del ASEGURADO y/o su cónyuge o conviviente, la indemnización será pagada al mismo ASEGURADO.

En caso de robo o hurto del medidor termo magnético, la reposición se dará al Titular del suministro.

El pago de la indemnización por cualquiera de las coberturas lo efectuará la COMPAÑÍA directamente al beneficiario en un plazo máximo de diez (10) días calendario contados desde la fecha de presentación de toda la documentación sustentatoria del reclamo. Las reclamaciones por falta de pago del beneficio podrán efectuarse a través de la COMPAÑÍA o del comercializador (EDELNOR).

17 Deducibles

Esta Póliza Simplificada no contempla deducibles, copagos ni franquicias.

18 Reclamación fraudulenta

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO o su beneficiario perderá todo beneficio derivado de la póliza si, en cualquier momento el ASEGURADO, su beneficiario, o terceras personas que actúen en su representación, empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una reclamación o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente Póliza Simplificada.

19 Prescripción

Los reclamos y las acciones derivadas de la presente Póliza Simplificada prescribirán en el plazo de 10 años.

20 Atención de quejas y reclamos

En caso de quejas o reclamos el ASEGURADO puede llamar al Área de Atención al Cliente de PACIFICO SEGUROS teléfono 215-1000, enviar una carta o acercarse a la oficina principal ubicada en Av. Juan de Arona 830 San Isidro, en el siguiente horario: de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m., o a través de www.pacificoseguros.com. En todos los casos las quejas o reclamos serán atendidos en un plazo máximo de quince (15) días calendarios de presentados.

Para cualquier reclamación por falta de pago de la indemnización, el trámite podrá efectuarse a través de la COMPAÑÍA o del comercializador (EDELNOR), contando con un plazo máximo de 15 días calendario para resolverlo.

La COMPAÑÍA es la única y exclusiva responsable por el cumplimiento del íntegro de las estipulaciones contenidas en la presente Póliza Simplificada. En ese sentido EDELNOR no asumirá compromiso alguno por cualquier controversia, reclamo, queja, denuncia y/o demanda que pudiera surgir directamente con respecto a los derechos, obligaciones y/o servicios emanados de este seguro. La responsabilidad de EDELNOR únicamente se limitará a facilitar la comercialización de los seguros y a recaudar la prima de los seguros a través de los recibos de cobranza del consumo eléctrico.

21 Jurisdicción

Cualquier controversia suscitada respecto de la validez, ejecución y/o pagos de la presente póliza será sometida a la Jurisdicción de los Jueces y Tribunales que determinen las normas sobre la materia.

22 Defensoría del asegurado

El ASEGURADO y los beneficiarios tienen derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, entidad que procura resolver las controversias que surjan entre ellos y la COMPAÑÍA, de acuerdo a los términos del Reglamento de la Defensoría del Asegurado. Su oficina está ubicada en la calle Arias Araguez N° 146, Miraflores, Lima, teléfono 4469158, pág. web: www.defaseg.com.pe

DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURADO

La firma de la presente Póliza Simplificada manifiesta de manera expresa y voluntaria mi intención de tomar el seguro y pagar las primas mensuales correspondientes. Solicito y autorizo que las primas mensuales señaladas sean cargadas en el recibo de luz de EDELNOR, cuyo número de suministro se indica en la parte superior de la primera página de esta Póliza Simplificada.

Asimismo declaro estar en buen estado de salud, que los datos proporcionados son válidos y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad determina la nulidad del contrato de seguro y en consecuencia toda obligación de la COMPAÑÍA.

23 Tabla para calcular el grado de invalidez permanente total y parcial

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determinará la invalidez permanente total	100%
Pérdida total de ojos	100%
Pérdida completa de los dos brazos o ambas manos	100%
Pérdida completa de las dos piernas o ambos pies	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna, o de una mano y una pierna	100%
Pérdida completa de una mano y de un pie, o de un brazo y un pie	100%

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%	
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%	
Sordera total e incurable de un oído	15%	
Ablación de la mandíbula inferior	50%	
INVALIDEZ SUPERIORES	DERECHO	IZQUIERDO
Pérdida de un brazo (arriba del codo)	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%	36%
Pérdida total del dedo pulgar de la mano	20%	18%
Pérdida total del dedo índice	16%	14%
Pérdida total del dedo medio	12%	10%
Pérdida total del dedo anular	10%	8%
Pérdida total del dedo meñique	6%	4%
INVALIDEZ INFERIORES		
Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60%	
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	50%	
Pérdida de un pie	35%	
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%	
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%	

22 Defensoría del asegurado

El ASEGURADO y los beneficiarios tienen derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, entidad que procura resolver las controversias que surjan entre ellos y la COMPAÑÍA, de acuerdo a los términos del Reglamento de la Defensoría del Asegurado. Su oficina está ubicada en la calle Arias Araguez N° 146, Miraflores, Lima, teléfono 4469158, pág. web: www.defaseg.com.pe

DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURADO

La firma de la presente Póliza Simplificada manifiesta de manera expresa y voluntaria mi intención de tomar el seguro y pagar las primas mensuales correspondientes. Solicito y autorizo que las primas mensuales señaladas sean cargadas en el recibo de luz de EDELNOR, cuyo número de suministro se indica en la parte superior de la primera página de esta Póliza Simplificada.

Asimismo declaro estar en buen estado de salud, que los datos proporcionados son válidos y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad determina la nulidad del contrato de seguro y en consecuencia toda obligación de la COMPAÑÍA.

23 Tabla para calcular el grado de invalidez permanente total y parcial

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determinará la invalidez permanente total	100%
Pérdida total de ojos	100%
Pérdida completa de los dos brazos o ambas manos	100%
Pérdida completa de las dos piernas o ambos pies	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna, o de una mano y una pierna	100%
Pérdida completa de una mano y de un pie, o de un brazo y un pie	100%

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%	
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%	
Sordera total e incurable de un oído	15%	
Ablación de la mandíbula inferior	50%	
INVALIDEZ SUPERIORES	DERECHO	IZQUIERDO
Pérdida de un brazo (arriba del codo)	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%	36%
Pérdida total del dedo pulgar de la mano	20%	18%
Pérdida total del dedo índice	16%	14%
Pérdida total del dedo medio	12%	10%
Pérdida total del dedo anular	10%	8%
Pérdida total del dedo meñique	6%	4%
INVALIDEZ INFERIORES		
Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60%	
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	50%	
Pérdida de un pie	35%	
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%	
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%	

Fractura no consolidada de un pie (pseudoartrosis total)	20%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cm	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cm	8%
Pérdida total del dedo gordo de un pie	10%
Pérdida total de cualquier dedo de cualquier pie	4%

Declaro haber leído el documento en su integridad y estar de acuerdo con el mismo.

Firma del Asegurado



Ricardo Mulanovich Barrios
Gerente de Negocios Minoristas de LA COMPAÑÍA

día

mes

año

Declaro bajo juramento que el ASEGURADO ha firmado este documento en mi presencia.

Nombre del Vendedor

Código del Vendedor

Firma del Vendedor

CCSS

