

Seguro de Vida en Grupo Temporal Anual Renovable Automáticamente

Cláusula adicional de beneficio por Invalidez total y permanente por accidente

La cobertura adicional del Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Accidente se rige por lo establecido en la presente Cláusula Adicional y en las Condiciones Generales del seguro principal, en adelante Condiciones Generales de la póliza.

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Cláusula Adicional:

- **Accidente:** Se entiende por accidente todo suceso 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 manifiestan 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, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

- **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.
- **Miembro:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **Órgano:** Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, si la persona designada como el Asegurado sufriera, durante la vigencia de la cobertura, algún accidente que fuera la causa de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional. Esto se cumplirá siempre y cuando la invalidez se manifieste como máximo durante los dos (2) años siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente y su causa no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la presente Cláusula Adicional.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia de las lesiones originadas por un accidente.

El pago de esta indemnización exonera a la Compañía del pago de los beneficios por Muerte Accidental y Muerte Accidental en Accidente de Tránsito y determinará la terminación del seguro.

La Compañía cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas. La presente Cláusula Adicional brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las veinticuatro (24) horas del día.

TERCERA: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Sólo se considerará que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente por Accidente si presenta alguna de las condiciones siguientes:

- a. Pérdida total o funcional absoluta de la visión de ambos ojos;
- b. Pérdida total o funcional absoluta de ambos brazos o ambas manos;
- c. Pérdida total o funcional absoluta de ambas piernas o ambos pies;
- d. Pérdida total o funcional absoluta de una mano y un pie.
- e. Pérdida o disminución permanente de la fuerza física o intelectual en un porcentaje igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo. Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

Para la determinación de la invalidez en este supuesto será de aplicación supletoria las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

En este sentido, se deja expresa constancia que la presente Cláusula Adicional no cubrirá otra situación de invalidez distinta a las arribas mencionadas, aún cuando la misma pudiera afectar al Asegurado en más de los dos tercios de su capacidad de trabajo.

CUARTA: EXCLUSIONES

Rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

QUINTA: TERMINACION DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesorio del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales del seguro principal, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- a. Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b. Cuando el Asegurado supere la "Edad Límite de Permanencia" establecida en las Condiciones Particulares para la presente cobertura y que se indica en el Condicionado Particular.
- c. Cuando se devengue el pago de la presente cobertura.

El pago del valor de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un accidente que se produzca con posterioridad a esa fecha.

SEXTA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLAUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza principal, el Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en la cual toma conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio.

Posteriormente, deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copio con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

- a. Informe médico que establezca el diagnóstico final o la condición médica del Asegurado, el cual deberá corresponder a uno de los supuestos indicados en los literales a), b), c) o d) de la Cláusula Tercera del presente documento, adjuntando los exámenes o evaluaciones médicas que se hubieran practicado al asegurado.

En caso se trate del supuesto contenido en el literal e) de la Cláusula Tercera del presente documento, se deberá presentar un Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (Comité Médico de las AFP – COMAFP o Comité Médico de la Superintendencia – COMEC), el cual contiene la determinación del porcentaje de menoscabo de la capacidad de trabajo del Asegurado conforme a las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. **En caso sea emitido por un tercero distinto a los antes indicados, únicamente tendrá valor informativo y referencial, debiendo el Asegurado someterse a las evaluaciones que le requiera la Compañía.**

- b. Atestado o informe policial (o, en su defecto Carpeta Fiscal) vinculado al accidente, de corresponder. A falta del mismo, documentos que demuestren las circunstancias en que se produjo el accidente que ocasiona la invalidez total y permanente del Asegurado.

El Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite dentro de los veinte (20) días de completada la documentación antes indicada, para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía.

Asimismo, el Asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de HIV/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la Compañía, incluyendo la referida al HIV/SIDA.

SÉPTIMA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, contados desde la recepción de toda la documentación exigida, si la solicitud de cobertura es procedente. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

OCTAVA: PAGO DEL BENEFICIO

El beneficio será pagado al Asegurado en una (1) sola cuota, dentro de los treinta (30) días de haber determinado la procedencia de la solicitud de cobertura por Invalidez Total y Permanente por Accidente del Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será solicitado y abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

Seguro de Vida en Grupo Temporal Anual Renovable Automáticamente

Cláusula adicional de Adelanto de suma asegurada por Enfermedad Terminal

Esta cláusula adicional, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal.

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta cláusula adicional:

- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Enfermedad Terminal:** Se entiende como tal a aquel diagnóstico realizado por un médico especializado colegiado, y confirmado por la Compañía, que indique con certeza médica que el Asegurado padece una enfermedad terminal, que le producirá el fallecimiento dentro de los seis (6) meses posteriores al diagnóstico realizado. El diagnóstico debe ser emitido por primera vez, luego de transcurridos noventa (90) días contados desde la fecha de emisión de esta cláusula adicional.
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

SEGUNDA: COBERTURA

La Compañía concederá el beneficio acordado por esta Cláusula Adicional al Asegurado que se le diagnostique alguna enfermedad terminal conforme a la definición contenida en la Cláusula Primera del presente documento, siempre y cuando tal diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez, con posterioridad al Período de Carencia y antes que el Asegurado alcance la Edad Límite de Permanencia indicada en las Condiciones Particulares. Asimismo, el Asegurado deberá superar el "período de sobrevivencia" establecido en la presente Cláusula Adicional.

El beneficio pagado por esta Cláusula Adicional representa un adelanto del capital asegurado de las coberturas de Muerte Natural, Muerte Accidental y Muerte Accidental en Accidente de Tránsito.

TERCERA: PERIODO DE CARENCIA

Ningún beneficio será pagado si la enfermedad terminal es diagnosticada por primera vez dentro del "Período de Carencia" indicado en las Condiciones Particulares para la presente cobertura.

CUARTA: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura las enfermedades que sean causadas directa o indirectamente por:

- Herida o enfermedad causada intencionalmente a sí mismo.**
- Consumo de alcohol, uso de drogas, narcóticos, estupefacientes o sustancia tóxicas, salvo que éstas hubiesen sido prescritas por un profesional médico y consumidas de acuerdo a tal prescripción.**

- c. Intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera sea su etapa de desarrollo.
- d. Toda enfermedad que tenga origen o causa en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- e. Anomalías congénitas o patológicas y las anomalías derivadas o resultantes de las mismas.
- f. Cualquier diagnóstico efectuado por algún integrante del grupo familiar directo del Asegurado, entendiéndose como grupo familiar directo a familiares de hasta segundo grado de consanguinidad, independientemente del hecho que tal persona fuere un médico o profesional de salud.

Asimismo, se entiende que rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

QUINTA: PERIODO DE SOBREVIVENCIA

La Compañía pagará la suma asegurada bajo esta cláusula, solamente si el Asegurado sobrevive a los treinta (30) días posteriores al diagnóstico de la enfermedad terminal.

SEXTA: DURACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesorio del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales del seguro principal, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- a. Cuando la Compañía hubiese realizado el pago del beneficio correspondiente a esta Cláusula Adicional.
- b. Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- c. Cuando el Asegurado supere la Edad Límite de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para esta cobertura.

El pago del valor de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un accidente que se produzca con posterioridad a esa fecha. En este supuesto, la Compañía procederá con la devolución de las primas correspondientes al periodo no transcurrido.

SÉPTIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza, el Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha del Periodo de Supervivencia o desde que toma conocimiento de la existencia del beneficio, si dicha fecha fuese posterior.

Posteriormente, deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de un informe médico con el diagnóstico del especialista que asistió al Asegurado, acompañado con documentación que respalde tal diagnóstico, integrado por estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio.

El Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite dentro del plazo de veinte (20) días de completada toda la documentación antes indicada, para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía.

Asimismo, el Asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de HIV/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la Compañía, incluyendo la referida al HIV/SIDA.

OCTAVA: EFECTOS SOBRE EL SEGURO PRINCIPAL

El beneficio previsto por esta Cláusula Adicional representa un anticipo del capital asegurado de cualquiera de las coberturas del seguro principal. Por lo tanto, una vez producido el fallecimiento del Asegurado, la Compañía descontará de la cobertura básica del seguro principal, la suma adelantada.

Con este adelanto no cesará la obligación del Contratante de pagar las primas siguientes para continuar con la cobertura del seguro principal.

NOVENA: DETERMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

Al finalizar el periodo de sobrevivencia establecido en la Cláusula Sexta del presente documento y dentro de los treinta (30) siguientes a la recepción de toda la documentación solicitada, la Compañía determinará si la solicitud de cobertura es procedente. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación o pruebas adicionales para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

En caso la solicitud de cobertura sea rechazada por alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico y sin perjuicio de que el Asegurado puede acudir a las vías de solución de controversias (Defensoría del Asegurado, Indecopi o al Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable acordado para el presente seguro), el Asegurado podrá solicitar a la Compañía la reconsideración de su solicitud, la misma que será sometida a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte. Los médicos designados por las partes tendrán un plazo de quince (15) días para presentar su informe. En caso de divergencia, ambos médicos designarán dentro de los ocho (8) días siguientes, un tercer perito médico, el que deberá dar su diagnóstico dentro del plazo de quince (15) días posteriores a su designación.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerida por la otra o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente - previa intimación a la otra - procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte a quien el dictamen final le resulte desfavorable.

En caso el Asegurado opte por acudir a las vías de solución de controversias por alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, dicho proceso o procedimiento deberá contemplar un peritaje a cargo de tres (3) médicos elegidos conforme al procedimiento y plazo indicados en el tercer párrafo de la presente cláusula, de lo contrario serán elegidos por la autoridad encargada de resolver la controversia.

DÉCIMA: BENEFICIO INDEMNIZABLE

El beneficio indemnizable, en virtud de la presente Cláusula Adicional, será pagado al Asegurado en una sola cuota después del diagnóstico final de la Compañía que confirme la enfermedad terminal. En caso de impedimento de éste, el beneficio será solicitado y abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

El pago de esta cobertura se efectuará por una sola enfermedad terminal, independientemente del número de enfermedades terminales diagnosticadas al Asegurado en la misma o en distintas fechas.