

CLÁUSULA ADICIONAL INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD CONJUNTA

La presente 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:

- **Accidente:** Se entiende por accidente a 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 como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Asegurado:** Se refiere de manera indistinta al Asegurado Principal y/o al Asegurado Adicional. En ambos casos, se trata de las personas naturales cuyas vidas se aseguran en virtud de la presente póliza.
- **Asegurado Adicional:** Es aquel Asegurado distinto al Asegurado Principal.
- **Asegurado Principal:** Es aquel Asegurado que suscribe la póliza en calidad de Contratante.
- **Beneficiario:** Para efectos de la presente cobertura adicional, el Beneficiario es el mismo Asegurado que padece de una invalidez cubierta.
- **Edad:** Para efectos del presente seguro se considerará como edad la edad actuarial del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal. **Al momento de contratación de esta Cláusula Adicional, el Asegurado deberá tener entre XX y XX años, pudiendo permanecer como Asegurado bajo la presente cobertura adicional hasta el fin del año póliza en el cual cumpla los XX años de edad (Edad Máxima de Permanencia).**
- **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Contratante y/o Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.
- **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:** Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función. Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

Asimismo, rigen para la presente Cláusula Adicional las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

SEGUNDA: DEFINICIÓN DE INVALIDEZ

A efectos de la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente el hecho que el Asegurado antes del fin del año póliza en el cual cumpla la Edad Máxima de Permanencia y, adicionalmente, si es consecuencia de enfermedad después de haber transcurrido por lo menos seis (6) meses desde el inicio de la vigencia de esta cobertura (Periodo de Carencia); sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual que le produzca un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, debido a lesiones corporales o por enfermedad y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses consecutivos (Periodo de Observación). 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 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/S AFP y sus normas modificatorias y complementarias.

TERCERA: COBERTURA

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Principal o del Asegurado Adicional a consecuencia de enfermedad o de accidente, la Compañía pagará el capital asegurado para esta Cláusula Adicional indicado en las Condiciones Particulares. Esto se cumplirá siempre que la enfermedad o el accidente que ocasiona la invalidez total y permanente se diagnostique u ocurra, según corresponda, cuando el seguro principal esté vigente.

Además, si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia de enfermedad, únicamente procederá la cobertura en caso hayan transcurrido por lo menos seis (6) meses desde el inicio de la cobertura de la presente Cláusula Adicional (Periodo de Carencia) y la Invalidez Total y Permanente se manifieste antes del fin del año póliza en el cual el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia indicada en el presente documento.

Asimismo, en caso la Invalidez Total y Permanente sea producto de un accidente, se cubrirá aquella invalidez que, cumpliendo con los términos del primer párrafo de la presente cláusula, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente acaecido durante la vigencia de la presente cobertura.

Se deja expresa constancia que esta póliza únicamente otorga cobertura sobre la invalidez total y permanente de uno de los Asegurados.

CUARTA: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Enfermedad o dolencia preexistente.
- b) Enfermedad congénita.
- c) 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.
- d) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- e) La participación o práctica de los siguientes deportes riesgosos: buceo, montañismo, andinismo, alpinismo, paracaidismo, ala delta, parapente, vuelo o caída libre, puenting, canotaje, rafting, surfing, saltos ornamentales, escalada en paredes montañosas o artificiales, cacería con armas de fuego, boxeo, toreo, artes marciales, ciclismo de montaña, skate; la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante, en los siguientes deportes de velocidad: carreras de caballo o carrera de vehículos terrestres, marítimos o aéreos, motorizados o no.
- f) La participación, práctica o el desempeño formal o informal de actividades, oficios o profesiones relacionados con: acrobacia, obrero de construcción, carpintero, soldador, bombero, taxista, mototaxista, repartidor motorizado, chofer de transporte público, transportista de líquidos inflamables, lubricantes o sustancias corrosivas, fumigantes o insecticidas, electricista de alta tensión, operador de grúas, personal de seguridad, minero, trabajo en plataformas petrolíferas o en perforación de pozos, trabajo en altura y/o pirotécnicos.
- g) Consumo del alcohol o de alcaloides.
- h) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos-litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo su invalidez.
- i) Duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.
- j) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- k) La enfermedad del SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es VIH positivo.
- l) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- m) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- n) Envenenamiento o inhalación de gas venenoso.
- o) Desórdenes nerviosos o mentales.

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

QUINTA: RENOVACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Esta Cláusula Adicional se emite con vigencia anual. Transcurrido este período, la presente Cláusula Adicional se renovará en forma automática hasta el aniversario póliza inmediatamente anterior a la fecha en la que el mayor de los Asegurados cumpla la Edad Máxima de Permanencia indicada en el presente documento; salvo que el Contratante manifieste, mediante documento escrito, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al inicio del periodo de renovación automática aplicable. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima correspondiente a la presente Cláusula Adicional y/o cualquier condición establecida en la misma podrán ser modificados en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas y la Compañía emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones, de acuerdo con lo establecido en el artículo 7º de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la presente Cláusula Adicional se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo anual correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática.

SEXTA: DURACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales del mismo, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal convenido 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 realice el pago del beneficio correspondiente a esta Cláusula Adicional.
- b) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- c) Al finalizar el año póliza en el cual el mayor de los Asegurados cumpla la Edad Máxima de Permanencia.
- d) Por solicitud de resolución expresa del Contratante respecto de la presente Cláusula Adicional. La solicitud efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios empleados para la contratación del seguro, quedando esta cobertura sin efecto a las 23:59 horas del día en el cual es notificada la respectiva comunicación.
- e) Por vencimiento del plazo de vigencia de la presente Cláusula Adicional o de los sucesivos plazos de renovación de ésta en caso (i) el Contratante manifieste su voluntad de no renovarla; o, (ii) no proceda su

renovación por rechazo del Contratante respecto de la propuesta de modificación efectuada por la Compañía.

En los casos (a), (c), (d) y (e) la terminación de la presente Cláusula Adicional no supone necesariamente la terminación del seguro principal, por lo que la parte de la prima que corresponde a esta Cláusula Adicional será rebajada de la prima periódica.

El pago del valor de la prima después de haber quedado sin efecto esta Cláusula Adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un siniestro ocurrido con posterioridad a esa fecha. En tal caso dicho monto será devuelto al Contratante sin intereses ni responsabilidad ulterior.

SÉTIMA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza, el Beneficiario deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes al término del "Periodo de Observación".

Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura proporcionando a la Compañía los originales o copias con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

En caso de invalidez por enfermedad	En caso de invalidez por accidente
1. Certificado o Dictamen Médico. ⁽¹⁾	1. Certificado o Dictamen Médico. ⁽¹⁾
2. Historia Clínica completa, foleada y fedateada. ⁽²⁾	2. Historia Clínica completa, foleada y fedateada. ⁽²⁾
	3. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del accidente, salvo que razones procesales lo impidiesen.

(1) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (Comité Médico de las AFP – COMAAPP 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.**

(2) La Historia Clínica completa según los términos de las Condiciones Generales del seguro principal e incluye los informes médicos y de laboratorio sobre el diagnóstico y tratamiento, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan.

Dentro de los primeros veinte (20) días de completada la documentación antes listada, 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 la invalidez total y permanente. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía. Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la Compañía los documentos antes indicados y sometiéndose a las evaluaciones médicas requeridas por la Compañía.

OCTAVA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, contados desde la fecha que resulte posterior entre la recepción de toda la documentación solicitada al Asegurado y la finalización del **Período de Observación** de seis (6) meses desde el inicio de la invalidez a que se refiere la Cláusula Segunda del presente documento, si ha ocurrido la invalidez total y permanente del Asegurado. 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.

El beneficio indemnizable correspondiente a la presente cobertura será pagado al Asegurado dentro de los treinta (30) días de haberse determinado que su condición califica como una invalidez total y permanente de conformidad con los términos y condiciones de la presente Cláusula Adicional.