

## CLÁUSULA ADICIONAL EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

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:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **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 la presente Cláusula Adicional, el Asegurado deberá tener entre 18 años y la Edad Máxima de Ingreso indicada en las Condiciones Particulares, pudiendo permanecer como Asegurado bajo la presente cobertura adicional hasta el fin de vigencia del seguro principal.**
- **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 de finalizar la vigencia de la póliza, 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). Si la invalidez cubierta consiste en la separación completa, en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, el Asegurado no tendrá que someterse a la espera de seis (6) meses para gozar del beneficio de esta Cláusula Adicional. 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 serán 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 todo caso, se consideran casos de invalidez total y permanente:

1. La pérdida total de ambos ojos, de modo irreparable.
2. Pérdida total de:
  - ambos brazos,
  - ambas manos,
  - ambas piernas,
  - ambos pies, o
  - un brazo o mano conjuntamente con una pierna o pie

Para efectos del presente contrato se deberá entender que el término invalidez se refiere a Invalidez Total y Permanente conforme a los términos y condiciones del presente documento.

**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.

### **TERCERA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA**

En caso de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de accidente o enfermedad del Asegurado, conforme a la Cláusula Segunda del presente documento, la Compañía exonerará al Contratante del pago de todas y cada una de las primas que por concepto del seguro principal y esta Cláusula Adicional se devenguen, después de la fecha de la invalidez, determinada en la forma descrita en la Cláusula Séptima del presente documento, por todo el tiempo que ésta persista, o hasta el fin de vigencia de la póliza, lo que ocurra primero.

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

La presente Cláusula Adicional brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las veinticuatro (24) horas del día.

#### **CUARTA: EXCLUSIONES**

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la invalidez del asegurado que ocurra como 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 cualquiera 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.
- 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 las siguientes actividades, oficios o profesiones: 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) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- 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) 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.
- j) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos, anestésicos o similares.
- k) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- l) Envenenamiento o inhalación de gas venenoso.
- m) Desórdenes nerviosos o mentales.

Asimismo, rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.

#### **QUINTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

La presente Cláusula Adicional es parte integrante de la póliza y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales. Asimismo, queda expresamente convenido que la presente Cláusula Adicional 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) Fallecimiento del Asegurado.
- c) Por solicitud de resolución expresa del Contratante y/o Asegurado respecto de la presente Cláusula Adicional. La solicitud deberá 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 último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación.

En el caso (c), 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, con excepción del retorno de primas en caso corresponda.

#### **SEXTA: 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 a la fecha del "Periodo de Observación" si este fuese aplicable o de la ocurrencia del siniestro en caso contrario.

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. <sup>(1)</sup>                  | 1. Certificado o Dictamen Médico. <sup>(1)</sup>  |
| 2. Historia Clínica completa, foleada y fedateada. <sup>(2)</sup> | 2. Historia Clínica completa, foleada y fedateada. <sup>(2)</sup>   |
|   | 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 – 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**

**modificadorias 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 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.

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 indicados antes indicados y sometiendo a las evaluaciones médicas requeridas por la Compañía.

### **SÉPTIMA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ**

El Asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de VIH/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 VIH/SIDA.

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 a fin de aclarar la información proporcionada por el Asegurado a efectos de solicitar el pago de la cobertura, 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.

Durante el período de seis (6) meses de observación, la Compañía suspenderá el cobro de primas correspondientes al seguro principal y de esta Cláusula Adicional. En caso de fallecimiento del Asegurado durante este período, la Compañía pagará el beneficio que corresponda de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales del seguro principal, siempre que la causa del deceso no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.

Si se determinara que se ha producido la invalidez total y permanente del Asegurado, la Compañía concederá por escrito el beneficio estipulado en esta Cláusula Adicional, a contar desde la fecha en que se produjo la invalidez, procediendo a exonerar al Asegurado del pago de primas, tanto del seguro principal como de esta cobertura adicional, incluidas las primas devengadas durante el período de observación.

Si se determinara que **no** se ha producido la invalidez total y permanente del Asegurado, la Compañía concederá al Contratante un plazo de seis (6) meses para la regularización de las primas correspondientes al período de observación y procederá al cobro de las primas posteriores a dicho período de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza.

En caso el Asegurado no estuviese conforme con el pronunciamiento de la Compañía, podrá optar por:

- (i) Solicitar a la Compañía la reconsideración de su pronunciamiento; o,

- (ii) Acudir a las vías de solución de controversias pertinentes (Defensoría del Asegurado, Indecopi o al Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable acordado para el presente seguro).

En caso el Asegurado opte por solicitar la reconsideración del pronunciamiento de la Compañía por alguna diferencia relacionada con el porcentaje o grado de invalidez determinado, la invalidez será evaluada por una junta compuesta por tres médicos elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Cláusula Adicional y tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez", según la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. **La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.**

Para los efectos de esta Cláusula Adicional, las comunicaciones entre la Compañía y el Asegurado, y viceversa, se harán por carta en el domicilio consignado por ambas partes en la presente póliza o en su último domicilio conocido. Se deja expresa constancia que el ejercicio de la primera opción (solicitar la reconsideración ante la propia Compañía), no impedirá en caso de disconformidad acudir a las vías de solución de controversias establecidas bajo la segunda opción.

#### **OCTAVA: PERSISTENCIA DE LA INVALIDEZ**

Una vez transcurrido el período de observación de seis (6) meses descrito en la Cláusula Segunda del presente documento, la Compañía podrá, cada seis (6) meses y a su costo, requerir pruebas que acrediten que la invalidez del Asegurado persiste.

Sin embargo, si el Asegurado ha permanecido inválido durante dos (2) años completos desde la fecha de invalidez determinada según esta Cláusula Adicional, la Compañía podrá, a su propio costo, exigir que dichas pruebas se presenten una vez al año, dentro de los noventa (90) días previos al aniversario de la aprobación inicial de la invalidez.

Si por cualquier motivo, el Asegurado dejase de presentar las pruebas solicitadas por la Compañía, deberá continuar a partir de ese momento con el pago de las primas de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y de esta Cláusula Adicional, salvo que el Asegurado pruebe que se encontraba imposibilitado, por causa de fuerza mayor, de proporcionar las pruebas requeridas dentro del plazo de noventa (90) días señalado en el párrafo precedente.

#### **NOVENA: VIGENCIA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO PRINCIPAL**

Las primas exoneradas en virtud de esta Cláusula Adicional no reducirán en modo alguno los beneficios a pagar por el seguro principal. Los valores garantizados de dicho seguro, si los hubiera, serán los mismos que si se hubiesen pagado a su debido tiempo todas las primas exoneradas.

## **DÉCIMO PRIMERA: RETORNO DE PRIMAS**

El retorno de primas correspondiente a la presente cláusula adicional se rige por lo dispuesto en las Condiciones Particulares y en las Condiciones Generales de la póliza. Sin perjuicio de ello, se deja expresa constancia que, en caso proceda el pago de la suma asegurada de la presente cláusula adicional, no procederá el retorno de primas correspondiente a esta cobertura.