

CLÁUSULA ADICIONAL INVALIDEZ ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

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 cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Accidente médico:** Es aquel accidente producido durante o como consecuencia de una intervención, tratamiento o atención médica. Para efectos del presente seguro, esta definición comprende aquellos casos de negligencia o impericia médica.
- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Beneficiario:** Para efectos de la presente cobertura adicional, el Beneficiario es el mismo Asegurado.
- **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.**
- **Desmembramiento:** La pérdida total de los miembros indicados en la presente Cláusula Adicional.
- **Invalidez Total y Permanente:** El menoscabo sufrido por el Asegurado que le ocasiona la pérdida o disminución de su fuerza física e intelectual en un porcentaje igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, conforme a las normas que rigen al Sistema Privado de Pensiones. **Toda referencia a invalidez efectuada en el presente documento, deberá ser entendida como Invalidez Total y Permanente.**
- **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.
- **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: PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN

Si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional y dentro de los límites de edad prefijados, el Asegurado sufriera lesiones que le provoquen alguna de las formas de invalidez o desmembramiento cubiertos, la Compañía pagará los porcentajes que se indican a continuación sobre el capital asegurado de esta Cláusula Adicional, señalado en las Condiciones Particulares de la póliza:

Coberturas de Desmembramiento:

- a) El 100% por la pérdida total de:
 - La visión de ambos ojos, o
 - Ambos brazos o ambas manos, o
 - Ambas piernas o ambos pies, o
 - Una mano y un pie.
- b) El 50% por la pérdida total de:
 - La audición completa de ambos oídos, o
 - Un brazo, o
 - Una mano, o
 - Una pierna, o
 - Un pie, o
 - La visión de un ojo en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido ceguera total del otro, antes de contratar esta Cláusula Adicional.
- c) El 35% por la pérdida total de:
 - La visión de un ojo en caso de que no existiera ceguera total del otro, antes de contratar esta Cláusula Adicional.
- d) El 25% por la pérdida total de:
 - La audición completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido sordera total del otro, antes de contratar esta Cláusula Adicional.

Cobertura de Invalidez Total y Permanente:

- e) El 100% en aquellos casos de invalidez no contemplados precedentemente y que produzca al Asegurado una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de noventa (90) días consecutivos (Periodo de Observación). La Compañía evaluará la condición del Asegurado, a fin de determinar el estado de invalidez total y permanente y la aplicación de la cobertura.

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/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

En caso de ocurrir más de un accidente, los porcentajes a indemnizar se calcularán aplicando los porcentajes indicados, sobre el capital asegurado y no sobre el saldo después de pagadas indemnizaciones anteriores. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de invalidez por uno o más accidentes ocurridos durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, no podrán en ningún caso exceder el 100% del capital asegurado por concepto de este beneficio.

TERCERA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará hasta el 100% del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta Cláusula Adicional, de acuerdo a los porcentajes establecidos en el presente documento, si la persona designada en la misma como Asegurado sufriera, durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, algún accidente que fuera la causa de su Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento. Esto se cumplirá siempre que el accidente ocurra cuando el seguro principal esté vigente.

Para tener derecho al pago del capital asegurado de esta cobertura, ajustado por el porcentaje determinado según el tipo de cobertura correspondiente establecido en el presente documento, el Asegurado deberá encontrarse con vida y mantener la condición de invalidez total y permanente por lo menos hasta el segundo (2do) año y treinta (30) días contados desde la determinación de su invalidez. En caso contrario, sólo tendrá derecho a un tercio, o dos tercios del capital asegurado ajustado por el porcentaje determinado según el grado de invalidez correspondiente, conforme se establece en la Cláusula Séptima del presente documento. Sin embargo, si el siniestro consiste en la separación completa, en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, el Asegurado tendrá derecho al pago del capital asegurado ajustado por el porcentaje determinado según el tipo de desmembramiento correspondiente, desde el momento en que se determine su condición de invalidez conforme a lo dispuesto en el presente documento.

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

Se cubrirá aquella invalidez o desmembramiento que, cumpliendo con los términos de la presente Cláusula Adicional, se manifieste como máximo dentro de los dos (2) años siguientes al accidente acaecido durante la vigencia de la presente cobertura.

La Compañía cubrirá la Invalidez Total y Permanente o Desmembramiento que pueda resultar de accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

La suma pagada por esta Cláusula Adicional será descontada del capital asegurado de la cláusula de Muerte Accidental, si ésta hubiera sido contratada, en el caso que el Asegurado falleciera a consecuencia del mismo accidente o de un accidente posterior.

La póliza 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 Total y Permanente o Desmembramiento del asegurado que ocurra a consecuencia 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 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, torero, 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.
- c) La participación, práctica o el desempeño formal o informal de las siguientes actividades, oficios o profesiones: acrobacia, obrero de construcción, carpintero, soldador, 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.
- d) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- e) 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.
- f) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- g) 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 el accidente.
- h) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos, anestésicos o similares.
- i) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- j) El denominado "Accidente Cerebro Vascular" y los denominados "Accidentes Médicos", los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.
- k) Consecuencia de enfermedades de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa.

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) Por solicitud de resolución expresa del Contratante 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.
- c) Cuando el Asegurado haya percibido el 100% del beneficio previsto por esta Cláusula Adicional, integrando para la determinación de este porcentaje el pago de todo beneficio generado por una o más lesiones, a consecuencia de uno o varios accidentes, ocurridos durante la vigencia de esta Cláusula Adicional.
- d) Cuando el Asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional de invalidez que contemple exoneración de pago de primas o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.

En los casos (b), (c) y (d) 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 este adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un accidente que se produzca 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 al término del “Periodo de Observación” en caso de invalidez o a la fecha del siniestro en caso de desmembramiento.

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

- (2) 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.**

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 O DEL DESMEMBRAMIENTO

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 **Periodo de Observación** de noventa (90) días consecutivos 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.

En caso de desmembramiento, se seguirá el procedimiento indicado en el párrafo precedente sin considerar el Periodo de Observación aplicable a la Invalidez Total y Permanente.

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.**

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.

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.

OCTAVA: PAGO DEL BENEFICIO

El capital asegurado de esta cobertura, señalado en las Condiciones Particulares, será pagado al Asegurado de la siguiente manera:

- a) Coberturas por Desmembramiento: Si el siniestro cubierto consiste en la separación completa, en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece (Desmembramiento), el beneficio será pagado en una (1) sola cuota, dentro de los treinta (30) días de haberse determinado la procedencia de la cobertura y teniendo en cuenta el porcentaje de indemnización que corresponda según lo dispuesto en la Cláusula Segunda del presente documento.
- b) Cobertura de Invalidez Total y Permanente: De proceder la cobertura, el beneficio será pagado al Asegurado en tres (3) cuotas anuales iguales. Cada cuota será equivalente a un tercio del porcentaje del capital asegurado. La primera cuota se pagará dentro de los treinta (30) días de haber determinado la invalidez del Asegurado. Las otras dos cuotas serán abonadas a los aniversarios del pago de la primera cuota, siempre y cuando el Asegurado siga inválido y con vida; y, sin importar que la vigencia de esta cobertura adicional haya concluido.

La Compañía podrá, a su propio costo, exigir una vez al año dentro de los noventa (90) días previos al aniversario de la aprobación inicial de la invalidez, pruebas que acrediten que la invalidez del Asegurado continúa.

Si por cualquier motivo el Asegurado dejase de presentar las pruebas solicitadas por la Compañía, se perderá el derecho a las cuotas de capital asegurado restantes, salvo que el Asegurado pruebe que se encontraba imposibilitado, por causa de fuerza mayor, de proporcionar las pruebas requeridas dentro del plazo señalado en el párrafo precedente.

NOVENA: 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.