

Protección Financiera II

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 directa de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional. Esto se cumplirá siempre y cuando el accidente ocurra antes que el Asegurado cumpla la "Edad Límite de Permanencia" aplicable a la presente cobertura y mientras el seguro principal esté vigente; la invalidez se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente y la causa de la invalidez 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 directa de las lesiones originadas por un accidente.

El pago de esta indemnización 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. Paraplejia o Cuadriplejia por fractura de la columna vertebral.
- f. Estado absoluto de descerebramiento ocasionado por accidente que no permita al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida. Se entiende por descerebramiento a la ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.

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

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la invalidez del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a. El denominado “Accidente Cerebro Vascular” y los denominados “Accidentes Médicos”, como los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.

Asimismo, 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.

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 Beneficiario 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 que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio.

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

- (1) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada.
- (2) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal.
- (3) Resultado del examen de dosaje etílico, según corresponda.
- (4) Resultado del examen toxicológico, según corresponda.

Dentro de los primeros veinte (20) días de completada la información y/o documentación exigida en la presente cláusula para la evaluación de la solicitud de cobertura, el Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para 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 con el objetivo de precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario, 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 beneficiario de esta cobertura adicional es el propio Asegurado. 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.

Protección Financiera II

Cláusula Adicional de Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

Esta Cláusula Adicional se regirá por las siguientes condiciones 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.
- **Invalidez:** A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una enfermedad presenta 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 seis (6) meses (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.

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

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 fuera diagnosticado, durante la vigencia de esta cobertura, alguna enfermedad 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 ocurra antes que el Asegurado cumpla la “Edad Límite de Permanencia” aplicable a la presente cobertura, el seguro principal esté vigente y la causa de la invalidez no se encuentre comprendido dentro de las exclusiones de la presente Cláusula Adicional.

El pago de esta indemnización determinará la terminación del seguro.

TERCERA: PERIODO DE CARENCIA

Ningún beneficio será pagado si la enfermedad es diagnosticada dentro del Periodo de Carencia indicado en las Condiciones Particulares. El Periodo de Carencia se contabiliza desde el inicio de vigencia de esta cobertura.

CUARTA: EXCLUSIONES

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

QUINTA: 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. Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b. Cuando el Asegurado cumpla la "Edad Límite de Permanencia" correspondiente a la presente cobertura y que se indica en el Condicionado Particular.

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, el Beneficiario deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes del Periodo de Observación o desde que toma conocimiento de la existencia del beneficio, si dicha fecha fuese posterior.

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

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 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. Historia Clínica completa, foleada y fedateada, 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 información y/o documentación exigida en la presente cláusula para la evaluación de la solicitud de cobertura, el Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite 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. Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la Compañía los documentos indicados antes indicados y sometiéndose a las evaluaciones médicas requeridas por la Compañía.

Si el Asegurado no contara con un dictamen emitido por algún organismo previsional (COMAFP o COMEC), la Compañía emitirá un Dictamen en base a exámenes médicos, los cuales se realizarán de conformidad con lo dispuesto en 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. La programación de las evaluaciones médicas que correspondan se comunicará dentro de los veinte (20) días siguientes de presentada la

Historia Clínica completa, foleada y fedateada y el dictamen de la Compañía será notificado dentro de los diez (10) días siguientes de la fecha en que se realiza el último examen médico requerido por la Compañía.

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 después de transcurrido el Periodo de Observación o después la recepción de toda la documentación exigida, si fuese posterior, 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 beneficiario de esta cobertura adicional es el propio Asegurado. 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 Enfermedad del Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será solicitado y abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.