

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL
ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE
“RENTA ESTUDIANTIL”**

**CLÁUSULA ADICIONAL
“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 irreversible 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 el capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares, si la persona designada como el Asegurado fuera diagnosticado, durante la vigencia de cobertura, con 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 supere la “Edad Máxima 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.

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

El pago de esta indemnización determinará la terminación de la cobertura del seguro, respecto de cada Asegurado.

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 supere la "Edad Máxima de Permanencia".

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 una enfermedad diagnosticada 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 al término 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 proporcionando a la Compañía los originales o copias con certificación de reproducción notarial 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.
3. Estado de cuenta de la pensión.

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.

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 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 beneficio será pagado a la fecha de configuración de la invalidez y de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Beneficiario e Importe del Beneficio".