CLÁUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍA

1. DEFINICIONES

ACCIDENTE: Cualquier suceso que es provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo e involuntario.

DÍA DE ESTANCIA: Período de 24 horas continúas en las que el Asegurado se encuentra hospitalizado.

ENFERMEDAD: Pérdida de salud. Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de causa en general conocida, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible. **El embarazo, alumbramiento y sus complicaciones no se consideran accidentes ni enfermedades.**

EPICRISIS: es el documento médico legal, en el que se registra el resumen de la Historia Clínica que se originó como consecuencia de la atención médica del paciente en la IPRESS. Se entrega obligatoriamente a la solicitud del paciente o su representante legal dentro del plazo máximo de cinco (5 días). En caso de Defunción, la oportunidad de la entrega es con egreso del difunto de la Institución Prestadora de Servicios de Salud y se realiza en forma obligatoria al representante legal del difunto.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: Es la Institución legalmente autorizada por el Ministerio de Salud correspondiente para brindar el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras certificados, las 24 horas del día. Estas Instituciones Hospitalarias deben estar acreditadas con un nivel atención igual o superior a la categoría I-4, según lo contemplado en el portal de la Superintendencia Nacional de Salud (www.susalud.gob.pe).

MÉDICO: Persona que ejerce la medicina, titulado, colegiado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión en una institución legalmente autorizada. **No se considera cuando el asegurado recibe atención médica a domicilio o se atiende con médicos particulares.**

PERIODO DE CARENCIA: Se entiende por período de carencia al período inicial durante el cual, en caso se presente algún siniestro, éste no será cubierto durante ese período ni durante todo el periodo de vigencia de la Póliza, ni en sus renovaciones, considerándose éstas como excluidas de cobertura. El período de carencia para esta cobertura es de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro. No aplica período de carencia para casos de accidente.

2. COBERTURA.

Esta cobertura otorga la indemnización descrita en las Condiciones Particulares, en caso que el Asegurado y/o Asegurado Dependiente (sólo Cónyuge) acredite mediante la documentación referida en el presente documento, la realización de una intervención quirúrgica conforme lo establecido en la presente cláusula, a consecuencia de accidente o enfermedad y que haya contado con un período mínimo de hospitalización de 72 horas continúas en una Institución Hospitalaria legalmente autorizada.

Edades límites de ingreso para el Asegurado y Asegurado Dependiente (Sólo Cónyuge)
Edad mínima de ingreso: 18 años cumplidos
Edad máxima de ingreso: 64 años y 364 días
Edad máxima de permanencia: 74 años y 364 días

Una vez realizado el pago de la indemnización por cualquier cirugía, la cobertura quedará sin efecto alguno y a su vez esta cobertura solo puede utilizarse una vez durante la vida del asegurado.

Las intervenciones quirúrgicas cubiertas por la presente cobertura son las siguientes:

Cirugía Cerebral: Entendiéndose aquella en donde se compromete exclusivamente el encéfalo, incluyendo patologías vasculares adquiridas **(se excluye enfermedades congénitas tales como aneurisma y/o malformación arteriovenosa, tumores o traumatismos). No incluye cirugía exclusivamente craneana.**

Cirugía Cardiaca: Incluye todo el corazón (músculo cardiaco, arterias coronarias y válvulas). **Se excluye de cobertura el tratamiento con colocación de marcapasos cardiaco.**

Cirugía Pulmonar: Apertura de la cavidad torácica para acceder al pulmón o al árbol bronquial. **Se excluye de cobertura la punción quirúrgica de la pared torácica (toracentesis).**

Cirugía Gástrica: Entendiéndose como las cirugías únicamente del estómago. **Se excluye cirugía bariátrica (procedimientos quirúrgicos para tratar la obesidad).**

Cirugía Hepática: Cirugía de cualquier parte del hígado mediante apertura de la cavidad abdominal o por cirugía laparoscópica. **(Se excluye cirugía de vesícula).**

Cirugía de Bazo: Extirpación o reparación del bazo mediante apertura de la cavidad abdominal o por cirugía laparoscópica.

Cirugía Traumatológica que implique colocación de prótesis permanentes: **No incluye cirugía de osteosíntesis.**

Cirugía por Prótesis: Son aditamentos ortopédicos que se aplican externamente para reemplazar parcial o totalmente una extremidad superior o inferior amputada de origen adquirido o por una deficiencia congénita.

Cirugía por Osteosíntesis: Es la estabilización interna o externa de los fragmentos óseos hasta que se obtiene la consolidación. Para ello se utilizan diferentes dispositivos tales como placas, clavos, tornillos, alambre, agujas y pines, entre otros, a los que se los denomina ELEMENTOS O MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, construidos con BIOMATERIALES.

3. EXCLUSIONES.

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, la presente cláusula adicional excluye de su cobertura las intervenciones quirúrgicas que ocurran como consecuencia de:

Enfermedad diagnosticada durante los primeros seis (06) meses de vigencia de la presente Póliza (periodo de carencia).

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.

La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso.

Accidente del Asegurado desempeñando un deporte de manera profesional.

En caso que el Asegurado se encuentra conduciendo un vehículo bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o alucinógenos o en estado de sonambulismo. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia del alcohol o droga, si el ASEGURADO o Beneficiarios se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente. Esta presunción es válida solo en los casos en que el ASEGURADO haya sido conductor del vehículo

Duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.

Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

Enfermedades preexistentes.

Intervenciones quirúrgicas relacionadas a maternidad, sea cesárea, parto natural, cualquier tipo de aborto.

Intervenciones quirúrgicas que tengan fines estéticos o reconstructivos.

Actos de naturaleza fraudulenta o dolosa o acto intencional o negligencia inexcusable.

Intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión

4. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

AVISO DE SINIESTRO:

Se deberá dar aviso de siniestro bajo el plazo establecido en el numeral 32 de las Condiciones Generales

SOLICITUD DE COBERTURA

A fin de solicitar la cobertura, se deberán presentar los siguientes documentos:

Copia Certificada o Fedateada del Informe Médico suscrito por el Médico especialista debidamente registrado en Perú, sin que éste sea el CONTRATANTE de la Póliza, el mismo ASEGURADO o cónyuge o conviviente o pariente hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad

Copia fedateada y foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO donde se evidencien los diagnósticos y procedimientos realizados que sustenten la condición cubierta por la Póliza, conforme a lo indicado en la presente cláusula que incluya reporte operativo y epicrisis en donde se evidencie el procedimiento realizado.

Copia Certificada o Fedateada del Documento que acredita el ingreso y el alta al hospital.

Copia del DNI del ASEGURADO TITULAR.

Copia Certificada de Atestado Policial completo en caso de Accidente.

El análisis del siniestro y el pago del mismo se realizará conforme lo establecido en el numeral 32 de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

5. TERMINACIÓN DE LA PRESENTA COBERTURA ADICIONAL.

Será causal de terminación de la presente cobertura:

- A partir del momento en que la ASEGURADORA hubiese realizado el pago del beneficio correspondiente a esta cláusula adicional.
- Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia para ésta cobertura, en cuyo caso la ASEGURADORA dejará de cobrar la prima correspondiente a la cobertura que se brinda mediante la presente cláusula adicional.

Si después de la terminación de este seguro, la ASEGURADORA llegare a recibir cualquier prima, no significará que el seguro ha sido restablecido y, por lo tanto, la obligación de la ASEGURADORA se limitará a la devolución de dichas primas.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ASISTENCIA POR INVALIDEZ (PÉRDIDA DE EXISTENCIA INDEPENDIENTE)

Queda entendido y convenido que, en adición a los términos y condiciones de la Póliza de Seguro de la cual forma parte la presente cláusula adicional.

1. Definiciones

Se considera la Pérdida de Existencia Independiente cuando el Asegurado se encuentra incapacitado para realizar de manera permanente y completa, tres o más de las seis Actividades Básicas de la Vida Diaria, y por lo tanto, necesita la asistencia de una tercera persona cada vez que requiera realizarlas. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria son:

- Higiene Personal: Bañarse/ducharse

El Asegurado es capaz de bañarse, ducharse y secarse y, en particular, de entrar y salir del baño/ducha, con o sin la ayuda de apoyos y sin la asistencia de otras personas. La incapacidad de llegar al cuarto de baño no constituye una necesidad de asistencia.

- Higiene personal: Lavado parcial del cuerpo

El Asegurado es capaz, sin la asistencia de otras personas o con la ayuda de apoyos, de lavar su cuerpo (la parte superior e inferior), cepillar sus dientes, peinarse y afeitarse. El asegurado es capaz, sin asistencia de otras personas o con la ayuda de apoyos, de efectuar su higiene íntima después de usar el baño o durante el período menstrual. La incapacidad de llegar al cuarto de baño, no constituye una necesidad de asistencia.

- Continencia

El asegurado es capaz de controlar sus esfínteres vesical y anal. Existe necesidad de asistencia cuando el asegurado sufre de incontinencia permanente o no puede vaciar su vejiga o defecar voluntariamente. También existe necesidad de asistencia, cuando la continua incontinencia vesical o fecal hace necesario el uso permanente de catéteres, pañales o compresas absorbentes (y no solamente para facilitar el proceso) que el asegurado no pueda aplicar, cambiar, vaciar o limpiar por su cuenta. Si se trata solo de incontinencia vesical o anal que pueda corregirse mediante el uso de pañales y compresas absorbentes y si el asegurado es capaz de ponérselos y sacárselos sin ayuda de terceros, entonces no existe la necesidad de asistencia.

- Vestirse y desvestirse

El Asegurado es capaz, sin asistencia de otras personas o con la ayuda de apoyos, de vestirse y desvestirse (la parte superior e inferior del cuerpo) y, si fuera necesario, colocarse y abrocharse un corsé o prótesis.

- Movilidad

El asegurado es capaz de desplazarse por la casa sin asistencia de otras personas o con la ayuda de apoyos. El asegurado es capaz de sentarse y ponerse de pié, entrar y salir de la cama y subir y bajar las escaleras sin ayuda de otras personas. El asegurado es capaz de salir de la casa y regresar a ella, sin la asistencia de otras personas.

- Comer y beber

El Asegurado es capaz de consumir alimentos y bebidas preparados y servidos sin asistencia de otras personas, usando cubiertos y vajilla adaptados; por preparados también se entiende que los enlatados han sido abiertos y la fruta pelada. La necesidad de asistencia también existe si el alimento debe ser administrado a la persona asegurada a través de tubos.

Sin perjuicio de las exclusiones de cobertura contempladas en el artículo 3, se entiende por accidente el hecho violento, externo, visible y fortuito que ocurra durante la vigencia de la póliza y que produzca en la

integridad física del Asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas, o ahogamiento. No se considera un accidente los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

2. Cobertura

La ASEGURADORA otorgará la cobertura bajo la presente cláusula adicional, siempre y cuando, el Asegurado acredite encontrarse en una situación de Pérdida de Existencia Independiente según lo definido en el artículo 1 y siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

a) Que la Pérdida de Existencia Independiente sea causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura que se otorga mediante la presente cláusula adicional.

b) La Pérdida de Existencia Independiente tiene que producirse antes que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia indicada en el artículo 5 de la presente cláusula adicional.

c) La Pérdida de Existencia Independiente se deberá determinar una vez que transcurra el periodo de espera inicial o carencia de ciento ochenta (180) días desde el inicio de la cobertura, de acuerdo a lo establecido en el artículo 6 de esta cláusula adicional.

d) Que el Asegurado haya sobrevivido un periodo de ciento ochenta (180) días los cuales serán contados desde la calificación del estado de Pérdida de Existencia Independiente, dictaminada por el médico evaluador de la ASEGURADORA y que conserve la situación de Pérdida de Existencia Independiente, de acuerdo a lo establecido en el artículo 6 de la presente cláusula adicional.

3. Exclusiones para el pago de Beneficio

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, ésta cláusula adicional excluye de su cobertura los siguientes hechos:

a) Lesiones, enfermedades y cualquier tratamiento médico, fisioterapéutico, quirúrgico o anestésico, preexistentes excepto que hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la ASEGURADORA al momento de contratar el seguro.

b) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier 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.

c) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio de alto riesgo accidental e invalidante, que no hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la ASEGURADORA al momento de contratar el seguro o durante su vigencia. Se consideran las siguientes actividades, profesiones u oficios como riesgosos: Trabajadores de lugares nocturnos como bares, cantinas o centros nocturnos, Trabajadores de la construcción, Trabajadores de la industria maderera, Trabajos con sustancias radiactivas, corrosivas y/o patológicas, Trabajadores de la industria petrolera y gas, Ganaderos, Electricistas, Trabajadores de la minería, Médico y/o Técnico radiólogo, Tripulación y/o pasajeros de aviones militares, Hípica, Tripulantes y/o pasajeros de helicópteros, Aviación deportiva, Fumigador, Exhibiciones acrobáticas, Trabajadores de calderas, Cobradores, Transportistas de sustancias tóxicas, carga pesada, ganado, sustancias inflamables o caudales/valores, Misioneros, Expedicionistas científicos, Estibadores, Manipulación de sustancias, explosivos y/o demolición, Doble, Trabajadores de drenajes y dragas, Trabajadores de espectáculos circenses, Fotógrafos en zonas de conflicto, Guardabosques, Guardavidas, Salvavidas, Insecticidas, Trabajadores en altura, Instaladores de antenas, Investigadores privados, Operadores de maquinaria pesada, Personal de aduana o frontera, Pirotecnia y juegos

pirotécnicos, Políticos, Servicios de carga y descarga, Servicios de salvamento y Tripulación de submarino.

d) Que el asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o alucinógenos o en estado de sonambulismo. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente. Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia del alcohol o droga, si el ASEGURADO o Beneficiarios se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente. Esta presunción es válida solo en los casos en que el ASEGURADO haya sido conductor del vehículo.

e) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

f) Lesiones sufridas en actos delictivos intencionales en que participa directamente el asegurado, o al participar en riñas, duelos y peleas en las que él haya sido el provocador salvo en el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.

g) SIDA, el complejo relacionado con el SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es HIV positivo.

h) Omisión de solicitar o seguir consejo médico.

i) Intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión

4. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA:

La ASEGURADORA cubrirá la Pérdida de Existencia Independiente que afecte al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el literal c) del numeral 3 precedente, en cuanto estos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la ASEGURADORA con el pago de la extraprima respectiva, dejando constancia en las condiciones particulares de la póliza.

5. Edades de Ingreso y Permanencia en la Póliza

Edad mínima de ingreso: 18 años cumplidos
Edad máxima de ingreso: 59 años y 364 días
Edad máxima de permanencia: 74 años y 364 días

6. Periodos de Carencia, de Sobrevivencia y de conservación de la condición de Pérdida de Existencia Independiente

Se establece un periodo de Carencia de ciento ochenta (180) días, a contar desde la inclusión del Asegurado bajo la presente cobertura (en caso que la inclusión sea al inicio de vigencia o durante la misma). En caso la Pérdida de Existencia Independiente sea causada por un accidente, no aplicará el Periodo de Carencia antes descrito.

Se establece un periodo de sobrevivencia de ciento ochenta (180) días, a contar desde que se determine la Pérdida de Existencia Independiente. Al finalizar este período el asegurado deberá acreditar mediante un Informe médico que acredite y confirme que el Asegurado ha mantenido y conservado el estado de Pérdida de Existencia Independiente durante un periodo de ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha en que se produjo la Pérdida de Existencia Independiente, a fin de gozar de la prestación asegurada. Este periodo de sobrevivencia no será aplicable cuando la Pérdida de Existencia Independiente sea causada por un accidente.

7. Carácter del Beneficio.

El beneficio que se otorga al Asegurado bajo esta cobertura es adicional e independiente de la indemnización que corresponda pagar en caso de producirse el fallecimiento del Asegurado. En caso de fallecimiento del asegurado solamente podrán deducirse las primas periódicas correspondientes a esta cobertura aún no vencidas y pendientes de pago hasta completar la anualidad respectiva.

En caso de que se califique la situación de Pérdida de Existencia Independiente en el transcurso del período de espera inicial, se devolverá la prima pagada correspondiente a esta cobertura.

8. Procedimiento en Caso de Siniestro y Obligaciones del Asegurado

Producida la pérdida de Existencia Independiente, el Asegurado o su Apoderado, deberá comunicarlo por escrito a la ASEGURADORA dentro de un plazo de noventa (90) días de ocurrido el siniestro o de haber tomado conocimiento del beneficio.,

Para acreditar el derecho a la indemnización, corresponde al Asegurado presentar la siguiente documentación:

a) Formulario de Solicitud de Cobertura de Pérdida de Existencia Independiente, según modelo que otorgue la ASEGURADORA.

b) Copia Certificada o Fedateada del Informe y Certificado médico que determine el estado de Pérdida de Existencia Independiente.

c) Copia Certificada o Fedateada del Informe médico que acredite y confirme que el Asegurado mantiene y/o conserva el estado de Pérdida de Existencia Independiente durante un periodo de ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha en que se produjo la Pérdida de Existencia Independiente. Este informe sólo se presentará cuando la Pérdida de Existencia Independiente sea causada por enfermedad.

d) Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del Asegurado, debidamente suscrito por el médico y/o las entidades que atienden y han atendido al Asegurado.

Corresponde también al Asegurado facilitar cualquier documento que sea requerido por la ASEGURADORA con la finalidad de aclarar o precisar la documentación originalmente presentada, así como la posiblidad que sea examinado cuantas veces sean necesarias por facultativos designados por la ASEGURADORA y con gastos a cargo de la ASEGURADORA, bajo los plazos y procedimientos establecidos en el procedimiento de atención en caso de siniestros descrito en las Condiciones Generales. Para tal efecto, el Asegurado autoriza desde ya a que cualquier médico, hospital, centro asistencial, empleado de hospital o a cualquier persona que le haya atendido o haya sido consultada o que lo haga en el futuro, para que suministre a la ASEGURADORA toda la información que ella considere necesaria y solicite en cualquier tiempo.

9. Determinación del Estado de Pérdida de Existencia Independiente

La determinación del estado de Pérdida de Existencia Independiente deberá ser evaluada por el/los médico(s) de la ASEGURADORA basándose en si se cumplen o no las Actividades Básicas de la Vida Diaria descritas y definidas en el artículo 1 de la presente cláusula adicional.

Una vez recibida la documentación y las pruebas en forma completa, las mismas que constan descritas en el numeral 8 precedente, la ASEGURADORA determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si es que se ha producido la Pérdida de Existencia Independiente del Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos en su caso. En caso que se determine el Estado de Pérdida de Existencia Independiente según artículo 1 antes citado, la ASEGURADORA tendrá, a partir de la fecha de consentido el siniestro, un plazo de treinta (30) días para pagar la indemnización. En caso la Pérdida de

Existencia Independiente sea causado por enfermedad, el Asegurado deberá acreditar que mantiene este estado por un plazo de ciento ochenta (180) días. Para esto, al finalizar este plazo, deberá presentar un informe actualizado de su médico tratante u otros exámenes si la ASEGURADORA así lo requiere, donde se confirmen que mantiene su condición de Pérdida de Existencia Independiente.

El Asegurado dentro de los quince (15) días siguientes a la comunicación de la determinación de la ASEGURADORA, en caso esté en desacuerdo, podrá requerir que la certificación de Pérdida de Existencia Independiente sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos, uno de ellos propuesto por el Asegurado, el otro por la ASEGURADORA, y el tercero elegido por los dos médicos elegidos , los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por lo menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas del Sistema Privado de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la Pérdida de Existencia Independiente del Asegurado pronunciándose si se encuentra incapacitado para realizar de manera permanente y completa las Actividades Básicas de la Vida Diaria, conforme a las definiciones descritas en el artículo 1, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha Pérdida de Existencia Independiente.

La Junta Médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados por la ASEGURADORA.

La declaración de la Pérdida de Existencia Independiente del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la ASEGURADORA y para la Junta Médica un valor meramente referencial.

Durante el periodo de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la ASEGURADORA, el contratante deberá continuar con el pago regular de la prima.

10. Terminación de la Cobertura

La cobertura de Pérdida de Existencia Independiente otorgada mediante la presente cláusula adicional, terminará:

a) Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el artículo 5 antes citado, en cuyo caso la Compañía dejará de cobrar la prima correspondiente a la cobertura que se brinda mediante la presente cláusula adicional.

b) Por la resolución del contrato de seguro de la cual forma parte la presente cláusula adicional.

c) A partir del momento en que la ASEGURADORA hubiese realizado el pago del beneficio correspondiente a esta cláusula adicional.

Si después de la terminación de este seguro, la ASEGURADORA llegare a recibir cualquier prima, no significará que el seguro ha sido restablecido y, por lo tanto, la obligación de la ASEGURADORA se limitará a la devolución de dichas primas.

Las demás disposiciones establecidas en las condiciones generales, que no hayan sido modificadas expresamente por la presente Cláusula Adicional, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.

CLAUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Queda entendido y convenido que, en adición a los términos y condiciones generales de la Póliza de Seguro de la cual forma parte la presente Cláusula, la presente cobertura se regirá por las siguientes condiciones:

1. DEFINICIONES:

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Se considera Invalidez Total y Permanente el hecho que el Asegurado sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual, de forma definitiva e irreversible, 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.

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.

Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución Nº232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

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 manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas.
No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

Las demás disposiciones establecidas en las condiciones generales, que no hayan sido modificadas expresamente por la presente Cláusula Adicional, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.

2. COBERTURA

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado de forma definitiva e irreversible, que surja como consecuencia de enfermedad o de accidente, la ASEGURADORA –mediante la presente cláusula adicional- pagará el capital asegurado indicado para esta cláusula en las Condiciones Particulares de la póliza. Esto se cumplirá siempre que la Póliza de Seguro se encuentre vigente y la invalidez total y permanente ocurra antes que el Asegurado cumpla sesenta y cuatro años (64) y trescientos sesenta y cuatro días (364) de edad.

En los casos de Invalidez Total y Permanente del Asegurado que se presenten como consecuencia de un accidente, el otorgamiento de la cobertura se brindará así la Invalidez Total y Permanente se configure dentro de los dos (02) años siguientes a la fecha de producido el accidente, siempre que este accidente se haya producido durante la cobertura activa de la presente Póliza.

3. EXCLUSIONES:

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, ésta cláusula adicional excluye de su cobertura la invalidez total y permanente del Asegurado, la que ocurra como consecuencia de:

a) 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.

b) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente cláusula adicional o durante su vigencia.

c) Si el asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o alucinógenos o en estado de sonambulismo. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente. Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia del alcohol o droga, si el ASEGURADO o sus Beneficiarios se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente. Esta presunción es válida solo en los casos en que el ASEGURADO haya sido conductor del vehículo.

d) Duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.

e) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

f) SIDA, el Complejo Relacionado al SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es HIV positivo.

g) Enfermedades preexistentes.

h) Intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.

4. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA:

La ASEGURADORA cubrirá la invalidez total y permanente que afecte al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el literal b) del numeral 3 precedente, solo cuando éstos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la ASEGURADORA con el pago de la extra prima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

5. TERMINACIÓN DE LA PRESENTE COBERTURA ADICIONAL.

Será causal de terminación de la presente cobertura:

a) A partir del momento en que la ASEGURADORA hubiese realizado el pago del beneficio correspondiente a esta cláusula adicional.

b) Por cualquiera de las causas de terminación de la Póliza de Seguro descritas en las Condiciones Generales.

c) Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia para ésta cobertura, en cuyo caso la ASEGURADORA dejará de cobrar el costo correspondiente a la cobertura que se brinda mediante la presente cláusula adicional.

d) Por voluntad de una de las partes mediante aviso escrito dado a la otra procediendo con la devolución de las primas no devengadas o el pago por parte del Asegurado y/o Contratante de las primas pendientes de pago por el período corrido, según corresponda.

f) Si la Invalidez Total y Permanente se produjere por una enfermedad diagnosticada durante los seis (06) meses siguientes a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza. En este caso, la ASEGURADORA devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente al riesgo de invalidez y reducirá las siguientes en el mismo importe.

Si después de la terminación de este seguro, la ASEGURADORA llegare a recibir cualquier prima, no significará que el seguro ha sido restablecido y, por lo tanto, la obligación de la ASEGURADORA se limitará a la devolución de dichas primas.

6. SOLICITUD DE COBERTURA

Para solicitar la cobertura, el Asegurado deberá presentar a la ASEGURADORA lo siguiente:

Copia Certificada del documento que acredite el estado de invalidez expedido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del COMEC, MINSA o ESSALUD.

Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO.

Copia del DNI del ASEGURADO.

Corresponde al Asegurado otorgar las pruebas de su situación de invalidez total y permanente, debiendo presentar a la ASEGURADORA, los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan.

LA ASEGURADORA podrá exigirle al ASEGURADO, bajo los plazos establecidos en el procedimiento de atención en caso de siniestro descrito en las Condiciones Generales, aclaraciones o precisiones respecto de la documentación presentada, e inclusive., podrá obtenerlas por sus propios medios.

El Asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la ASEGURADORA, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, ASEGURADORA u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la ASEGURADORA, incluyendo la referida al VIH/SIDA. La ASEGURADORA declara que la información obtenida referida al diagnóstico del VIH//SIDA será tratada como información confidencial y empleada exclusivamente para determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico por la cual se solicita la cobertura.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el pronunciamiento / dictamen, podrá apelar el mismo dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la ASEGURADORA. En este caso, 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 ASEGURADORA, 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 SBS (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 Nº 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

La declaración de invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la ASEGURADORA y para la junta médica un valor meramente informativo y referencial.

Para los efectos de esta cláusula adicional, las comunicaciones entre la ASEGURADORA y el Asegurado, y viceversa, se harán por carta en el domicilio consignado por ambas partes en la póliza, salvo que el ASEGURADO haya informado debidamente a la ASEGURADORA, el cambio de domicilio, lugar donde se harán llegar las comunicaciones pertinentes.

CLAUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACION POR ENFERMEDADES GRAVES

Queda entendido y convenido que, en adición a los términos y condiciones de las condiciones generales de la Póliza de Seguros contratada, mediante la presente cláusula adicional que forma parte de la misma, regirán las condiciones siguientes

COBERTURA

La ASEGURADORA pagará al ASEGURADO, la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares, si es que el ASEGURADO se ve afectado por alguna de las enfermedades graves descritas en la presente cláusula, durante el período de vigencia de la Póliza de Seguro (luego de transcurrir el período de carencia) y antes de cumplir sesenta y cuatro años (64) y trescientos sesenta y cuatro días (364) de edad.

Será condición para la activación de la presente cobertura adicional, que el Asegurado sobreviva por 30 días calendarios contados desde la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave presentada. Por ende, en caso que se produzca el fallecimiento del Asegurado antes del plazo descrito, esta cobertura no se activará.

PERIODO DE CARENCIA

En este periodo el Asegurado no cuenta con esta cobertura, es decir, si es que se presenta la situación de alguna enfermedad grave durante dicho período, ésta no será materia de cobertura inclusive aún culminando este período de carencia. El período de carencia es de ciento ochenta (180) días contados desde la fecha de inicio de vigencia.

Las enfermedades graves son las siguientes:

1. Ataque al Corazón (Infarto de Miocardio)

Un infarto de miocardio es la muerte del tejido cardiaco debido a una obstrucción prolongada del flujo sanguíneo. Bajo esta definición, el infarto de miocardio se manifiesta por un aumento y/o caída de los biomarcadores cardíacos (troponina o CKMB) a niveles considerados como diagnóstico de infarto de miocardio. El diagnostico debe ser confirmado por un cardiólogo y al menos debe tener dos de los siguientes criterios:

- Síntomas de isquemia (como angina de pecho)
- Cambios en el Electrocardiograma sugestivos de nueva isquemia (nuevos cambios ST-T o nuevo bloqueo de rama izquierda)
- Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG

Se excluyen:

- **Síndrome agudo coronario (angina de pecho estable o inestable).**
- **Elevación de troponinas en ausencia de enfermedades cardiacas isquémicas (p.ej. miocarditis, disfunción apical, contusión cardíaca, embolia pulmonar, toxicidad de drogas).**
- **Infarto de miocardio con arterias coronarias normales o causados por vasoespasmo coronario, puentes miocárdicos o abuso de drogas.**
- **Infarto de miocardio que se produce dentro de 14 días después de angioplastia coronaria o cirugía bypass.**

2. Derrame e Infarto Cerebral

Muerte del tejido cerebral debido a un evento cerebrovascular agudo causado por trombosis o hemorragia intracraneal (incluida la hemorragia subaracnoidea), o embolia proveniente de una fuente extracraneal con:

- Aparición aguda de nuevos síntomas neurológicos, y
- Nuevo déficit neurológico evidenciado en el examen clínico.

Se excluyen:

- **Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND)**
- **Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos**
- **Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.**
- **Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa)**

3. Cirugía de By-pass Aortocoronaria

Cirugía de corazón para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias con injertos (venosos o arteriales) de derivación (bypass). Cirugía cardíaca con esternotomía completa (división vertical del esternón) y los procedimientos mínimamente invasivos (esternotomía o toracotomía parcial) están cubiertos. La necesidad de cirugía debe ser determinada por un cardiólogo o cirujano cardíaco y apoyado por los resultados de angiografía coronaria.

Se excluyen:

- **La cirugía de bypass para tratar el estrechamiento u obstrucción de una arteria coronaria**
- **La angioplastía coronaria o implante de stent**

4. Cáncer

Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica ycaracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un Especialista.

A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

Se excluyen:

- **Ningún tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ (incluyendo el carcinoma ductal y lobular in situ de mama y la displasia cervical CIN-1, CIN 2 y CIN-3).**
- **Ningún cáncer de próstata al menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 o que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0.**
- **La leucemia linfocítica crónica a no ser que haya progresado, hasta al menos la etapa B de Binet.**
- **Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis.**
- **Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1N0M0.**

- **Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta.**
- **Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial.**
- **Gammapatía monoclonal de significado indeterminado.**
- **Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del Helicobacter Pylori.**
- **Tumor del estroma gastrointestinal (sigla en inglés GIST) en estadio I y II de acuerdo con el Manual de de estadificación del cáncer de la AJCC, séptima edición(2010).**
- **Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación.**
- **Carcinoma microinvasor de mama (histológicamente clasificado como T1mic) a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación.**
- **Carcinoma microinvasor del cuello uterino (histológicamente clasificado como estadio IA1) a menos que la enfermedad requiera histerectomía, quimioterapia o radiación.**

5. Trasplante de órganos mayores, compuesto de tejidos o de médula ósea

Someterse como receptor a un trasplante por autoinjerto o isoinjerto de uno o más de los siguientes órganos:

- Corazón
- Riñón
- Hígado (incluyendo trasplante de parte del hígado o del hígado proveniente de donante vivo)
- Pulmón (incluyendo el trasplante de un solo lóbulo de donante vivo o trasplante de un solo pulmón)
- Médula Ósea (trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas precedida por la ablación total de la médula ósea)
- Intestino Delgado
- Páncreas

El trasplante parcial o total de cara, manos, brazos y piernas (trasplante de aloinjertos de tejido compuesto) se encuentran también cubiertos por esta definición. El trastorno principal que motiva el trasplante debe ser considerado como imposible de tratar por cualquier otro medio, de acuerdo a confirmación médica del especialista en la materia.

Se excluyen:

- **El trasplante de otros órganos, partes del cuerpo o tejidos (incluyendo la córnea y la piel)**
- **El trasplante de otras células (incluyendo células de los islotes y células madre que no sean las hematopoyéticas)**

6. Fallo Renal (Enfermedad renal en etapa final)

Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones, que como consecuencia requiere hemodiálisis o diálisis peritoneal. Las diálisis deben ser médicamente necesarias y confirmadas por un especialista en nefrología.

No están cubiertos por esta definición:

Insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporal

EXCLUSIONES

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, ésta cláusula adicional excluye de su cobertura y no cubre ninguna enfermedad o lesión del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

- **Alcoholismo o drogadicción.**
- **SIDA o presencia del virus VIH.**
- **Enfermedades preexistentes.**
- **Padecimientos congénitos.**
- **Trasplantes que sean procedimientos de investigación.**
- **Riñas en los que hubiere intervenido el asegurado, salvo que sea en legítima defensa la cual deberá ser acreditada mediante resolución judicial o existan indicios suficientes que acrediten la misma.**
- **Alborotos populares en los que hubiere intervenido el asegurado.**

AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza principal, el aviso de siniestro deberá darse a la ASEGURADORA dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de diagnóstico comprobado de la existencia de alguna de las enfermedades cubiertas por esta cláusula adicional. Asimismo, se deberán presentar los antecedentes relativos al siniestro dentro de los sesenta (60) días contados desde igual fecha, salvo en el caso de lo dispuesto en el numeral 2 precedente, en cuyo caso deberá presentar documentación médica que demuestre la existencia de deficiencia neurológica durante al menos tres (3) meses contados a partir del diagnóstico.

SOLICITUD DE COBERTURA

Para solicitar la cobertura contenida en la presente cláusula, el ASEGURADO deberá presentar:

a. Certificado Médico original donde se describa el diagnóstico y la existencia de algunas de las enfermedades cubiertas por esta cláusula adicional.
b. Copia fedateada y foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO donde se verifique el diagnóstico y/o existencia de alguna de las enfermedades cubiertas por esta cláusula adicional.

PAGO DEL SINIESTRO

Aplican las condiciones establecidas en el numeral 3 del Artículo 32° de las Condiciones Generales.

TÉRMINO DE LA COBERTURA BRINDADA POR ESTA CLÁUSULA

Esta cláusula adicional sólo será válida y regirá mientras la Póliza de Seguro esté vigente, quedando sin efecto la presente cláusula, en los siguientes casos:

A) 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.

B) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad o la edad de término de esta Póliza de Seguro señalada expresamente en las Condiciones Particulares, en caso de que ella sea menor, rebajándose desde entonces, el importe de la prima que correspondía a la cobertura de esta cláusula adicional.

C) A partir del momento en que la ASEGURADORA realice el pago de cualquiera de las coberturas descritas en la presente cláusula adicional.

El pago de prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional, no dará derecho en ningún caso, al beneficio contemplado en ella. En tal caso la prima será devuelta en moneda corriente y al valor que tenga la moneda del seguro, al día del pago.

CLAUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

Queda entendido y convenido que, en adición a los términos y condiciones de las condiciones generales de la Póliza de Seguros contratada, mediante la presente cláusula adicional que forma parte de la misma, regirán las condiciones siguientes.

En caso que el Asegurado Dependiente Cónyuge, antes de cumplir sesenta y cuatro años (64) y trescientos sesenta y cuatro días (364) de edad, sufriere un accidente que traiga como consecuencia su fallecimiento, la ASEGURADORA pagará, sin afectar a las demás condiciones de la Póliza, una suma igual al capital asegurado por la misma.

El fallecimiento accidental, materia de cobertura, se considera como tal, siempre y cuando se manifieste dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el accidente.

Definición de Accidente:

Se define como 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 manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas.
No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

EXCLUSIONES:

- **Los accidentes que se produzcan como consecuencia de infecciones y enfermedades como: problemas cardiovasculares, trastornos neurológicos y psiquiátricos, síndrome vertiginoso, alcoholismo crónico, cirrosis hepática, en fase terminal, cáncer en estado avanzado, diabetes mellitus con secuela en órgano blanco (ojos, riñones, cardiovasculares), Apoplejía, Parkinson, epilepsia, esclerosis múltiple, insuficiencia renal crónica terminal, insuficiencia respiratoria crónica, tuberculosis multidrogoresistente, obesidad severa, SIDA, depresión con consumo de psicofármacos.**
- **La participación de actividades peligrosas, de riesgo, ni de alto riesgo, tales como: policía, militar, guardaespalda, vigilante con armamento, cargos de elección popular, miembro de algún organismo seguridad ni inteligencia tanto privado, como del Estado o actividades por fuera de la ley, trabajos con explosivos o químicos, bombero, minero.**
- **La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier 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.**
- **Participación directa durante la práctica de los siguientes deportes riesgosos, tales como piloto de aeronaves y/o práctica como profesional o aficionado, toreo, automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultralivianos, planeadores, cometas y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo, andinismo, montañismo, y otros deportes que se indican en las Condiciones Generales.**
- **Viajes aéreos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, o que recorran itinerarios no fijos ni regulares o que no se realice entre aeropuertos establecidos.**
- **Los accidentes que se produzcan como consecuencia de la ingesta de alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo. Para efectos de esta exclusión, y siempre que**

el ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo involucrado en el accidente, se entiende que una persona se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si se niega a practicarse el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.

Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

- **Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia del alcohol o droga, si el ASEGURADO o Beneficiarios se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.**
- **Por cualquiera de las causas comprendidas en el artículo de esta Póliza sobre "Riesgos Excluidos". Adem ás de las exclusiones que se indican en el Condicionado General.**

AVISO DE SINIESTRO:

Se requiere que el accidente sea comunicado a la ASEGURADORA dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido el evento o desde la fecha en que se haya tomado conocimiento del beneficio y que el fallecimiento se produzca a consecuencia del mencionado accidente.

SOLICITUD DE COBERTURA:

Los Beneficiarios deberán suministrar a la ASEGURADORA, los documentos que se detallan a continuación:

a. Copia simple del Documento de identidad del Asegurado Dependiente (Cónyuge), en caso que cuenten con el mismo.
b. Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado Dependiente (Cónyuge).
c. Copia Certificada del Acta de Defunción del Asegurado Dependiente (Cónyuge).
d. Copia simple de los Documentos de identidad de los Beneficiarios. En caso que los Beneficiarios sean menores de edad y no cuenten con Documento de Identidad, deberán adjuntar Copia Certificada de su Partida de nacimiento.
e. En caso los Beneficiarios sean los “Herederos legales”, se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada en Registros Públicos. En caso que la sucesión intestada haya sido tramitada por via judicial, solo deberá presentar copia literal de la partida registral donde conste la inscripción definitiva en Registros Públicos.
f. Copia Certificada del Atestado o del Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se haya realizado.
g. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.
h. Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico; en caso de accidentes de tránsito.
i. Copia Certificada del resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso se haya realizado.

PAGO DE SINIESTRO

Aplican los términos y condiciones detallados en el numeral 32.3 del Artículo 32 de las Condiciones Generales.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional sólo será válida y regirá mientras la Póliza de Seguro esté vigente, quedando sin efecto la presente cláusula, en los siguientes casos:

A. Cuando el ASEGURADO Dependiente (Cónyuge) cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad se cancela la cobertura para todos los que estén asegurados dependientes bajo esta cláusula

Las demás disposiciones establecidas en las condiciones generales, que no hayan sido modificadas expresamente por la presente Cláusula Adicional, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.

CLAUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACION ADICIONAL POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

Queda entendido y convenido que, en adición a los términos y condiciones de las condiciones generales de la Póliza de Seguros contratada, mediante la presente cláusula adicional que forma parte de la misma, regirán las condiciones siguientes:

En caso que el Asegurado, antes de cumplir sesenta y cuatro años (64) y trescientos sesenta y cuatro días (364) de edad, sufriere un accidente que traiga como consecuencia su fallecimiento, la ASEGURADORA pagará, sin afectar a las demás condiciones de esta Póliza, una suma igual al capital asegurado por la misma.

El fallecimiento accidental, materia de cobertura, se considera como tal, siempre y cuando se manifieste dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el accidente.

Definición de Accidente:

Se define como 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 manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas.
No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

EXCLUSIONES:

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las Condiciones Generales, para esta cobertura aplican las siguientes exclusiones específicas:

- **Los accidentes que se produzcan como consecuencia de infecciones y enfermedades como: problemas cardiovasculares, trastornos neurológicos y psiquiátricos, síndrome vertiginoso, alcoholismo crónico, cirrosis hepática, en fase terminal, cáncer en estado avanzado, diabetes mellitus con secuela en órgano blanco (ojos, riñones, cardiovasculares), Apoplejía, Parkinson, epilepsia, esclerosis múltiple, insuficiencia renal crónica terminal, insuficiencia respiratoria crónica, tuberculosis multidrogoresistente, obesidad severa, SIDA, depresión con consumo de psicofármacos.**
- **La participación de actividades peligrosas, de riesgo, ni de alto riesgo,: policía, militar, guardaespalda, vigilante con armamento, cargos de elección popular, miembro de algún organismo seguridad ni inteligencia tanto privado, como del Estado o actividades por fuera de la ley, trabajos con explosivos o químicos, bombero, minero.**
- **La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier 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.**
- **Participación directa durante la práctica de los siguientes deportes riesgosos: piloto de aeronaves y/o práctica como profesional o aficionado, toreo, automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultralivianos, planeadores, cometas y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo, andinismo, montañismo, y otros deportes que se indican en las Condiciones Generales. Se podrán cubrir estas actividades siempre que hayan sido declaradas en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y hayan sido aceptados expresamente por la**

ASEGURADORA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.

- **Viajes aéreos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, o que recorran itinerarios no fijos ni regulares o que no se realice entre aeropuertos establecidos.**
- **Los accidentes que se produzcan como consecuencia de la ingesta de alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo. Para efectos de esta exclusión, y siempre que el ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo involucrado en el accidente, se entiende que una persona se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si se niega a practicarse el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.**

Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

- **Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia del alcohol o droga, si el ASEGURADO o Beneficiarios se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.**
- **Por cualquiera de las causas comprendidas en el artículo de esta Póliza sobre "Riesgos Excluidos".**

AVISO DE SINIESTRO:

Para tener derecho a la indemnización adicional, se requiere que el accidente sea comunicado a la ASEGURADORA dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido el evento o desde la fecha en que se haya tomado conocimiento del beneficio y que el fallecimiento se produzca a consecuencia del mencionado accidente.

SOLICITUD DE COBERTURA.

Los Beneficiarios deberán suministrar a la ASEGURADORA, los documentos que se detallan a continuación:

1. Copia simple del Documento de identidad del Asegurado, en caso que cuenten con el mismo.
2. Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado.
3. Copia Certificada del Acta de Defunción del Asegurado.
4. Copia simple de los Documentos de identidad de los Beneficiarios. En caso que los Beneficiarios sean menores de edad y no cuenten con Documento de Identidad, deberán adjuntar Copia Certificada de su Partida de nacimiento.
5. En caso los Beneficiarios sean los “Herederos legales”, se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada en Registros Públicos. En caso que la sucesión intestada haya sido tramitada por via judicial, solo deberá presentar copia literal de la partida registral donde conste la inscripción definitiva en Registros Públicos.
6. Copia Certificada del Atestado o del Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se haya realizado.
7. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.
8. Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico; en caso de accidentes de tránsito.
9. Copia Certificada del resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso se haya realizado.

PAGO DE SINIESTRO

Aplican los términos y condiciones detallados en el numeral 32.3 del Artículo 32 de las Condiciones Generales.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional sólo será válida y regirá mientras la Póliza de Seguro esté vigente, quedando sin efecto la presente cláusula, en los siguientes casos:

A. Cuando el ASEGURADO cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad se cancela la cobertura para todos los que estén asegurados dependientes bajo esta cláusula.

Las demás disposiciones establecidas en las condiciones generales, que no hayan sido modificadas expresamente por la presente Cláusula Adicional, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.

CLAUSULA ADICIONAL DE DISPENSA DEL PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Queda entendido y convenido que, en adición a los términos y condiciones de las condiciones generales de la Póliza de Seguros contratada, mediante la presente cláusula adicional que forma parte de la misma, regirán las condiciones siguientes.

DEFINICION DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:

A efectos de lo establecido en la presente cobertura, se considera Invalidez Total y Permanente el hecho que el Asegurado sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual, de forma definitiva e irreversible, 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.

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.

Lo anterior será evaluado tomando en consideración las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución Nº232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

DESCRIPCIÓN Y FORMA DE SOLICITAR LA COBERTURA.

Si después de haber transcurrido un año de la fecha de emisión de esta Póliza y antes de cumplir sesenta y cuatro años (64) y trescientos sesenta y cuatro días (364) de edad, el Asegurado acredita que se encuentra en una situación de invalidez por lesiones o enfermedad, en forma total, ininterrumpida y permanente para desempeñar cualquier trabajo, la ASEGURADORA lo dispensará del pago de las primas futuras sobre esta Póliza, de acuerdo con las condiciones y normas siguientes:

a) Ocurrido el siniestro, y estando la Póliza de Seguro con cobertura activa, el(los) Asegurado podrá presentar la solicitud de activación de la presente cobertura por escrito mediante carta con firma legalizada dentro de los quince (15) días hábiles de ocurrido el siniestro. El plazo establecido en la presente cláusula no afecta el derecho del Asegurado y/o Beneficiario/s a solicitar la cobertura a través de otras instancias, interponiendo las acciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en el marco normativo vigente.

b) El ASEGURADO o sus representantes legales deberán dar aviso por escrito a la ASEGURADORA la existencia de invalidez, suministrando el Dictamen de Invalidez expedido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del COMEC, facilitando a que la ASEGURADORA realice las comprobaciones que considere conveniente realizar, incluso hasta dos exámenes médicos practicados por los facultativos que la ASEGURADORA designe, y pagar las primas que venzan durante el período de comprobación de la incapacidad, en cuyo caso, y de ser otorgada la presente cobertura, se procederá al reintegro de las primas pagadas durante el período de comprobación.

c) Acordada la dispensa, esta regirá mientras subsista la invalidez y se mantenga la Póliza en vigor, pero la ASEGURADORA podrá exigir en cualquier momento, aunque no más de una vez por cada año de dispensa, pruebas de la subsistencia de la invalidez, incluso un examen médico por los facultativos que ella designe. Si tales pruebas no fueren entregadas dentro del plazo de treinta (30) días de haber sido solicitadas, o si el Asegurado dificultare en cualquier forma las comprobaciones de la ASEGURADORA, perderá el derecho de la dispensa del pago de primas desde la terminación del período cubierto por la última prima dispensada.

La presente cobertura se otorgará incluso en aquellos casos en los que la Invalidez Total y Permanente se produzca dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura, la invalidez total y permanente del Asegurado, si ocurre a consecuencia de:

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.

La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente cláusula adicional o durante su vigencia. Se consideran las siguientes actividades, profesiones u oficios como riesgosos: Trabajadores de lugares nocturnos como bares, cantinas o centros nocturnos, Trabajadores de la construcción, Trabajadores de la industria maderera, Trabajos con sustancias radiactivas, corrosivas y/o patológicas, Trabajadores de la industria petrolera y gas, Ganaderos, Electricistas, Trabajadores de la minería, Médico y/o Técnico radiólogo, Tripulación y/o pasajeros de aviones militares, Hípica, Tripulantes y/o pasajeros de helicópteros, Aviación deportiva, Fumigador, Exhibiciones acrobáticas, Trabajadores de calderas, Cobradores, Transportistas de sustancias tóxicas, carga pesada, ganado, sustancias inflamables o caudales/valores, Misioneros, Expedicionistas científicos, Estibadores, Manipulación de sustancias, explosivos y/o demolición, Doble, Trabajadores de drenajes y dragas, Trabajadores de espectáculos circenses, Fotógrafos en zonas de conflicto, Guardabosques, Guardavidas, Salvavidas, Insecticidas, Trabajadores en altura, Instaladores de antenas, Investigadores privados, Operadores de maquinaria pesada, Personal de aduana o frontera, Pirotecnia y juegos pirotécnicos, Políticos, Servicios de carga y descarga, Servicios de salvamento y Tripulación de submarino.

Si el asegurado se encuentra bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o alucinógenos o en estado de sonambulismo. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia del alcohol o droga, si el ASEGURADO o Beneficiarios se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente. Esta presunción es válida solo en los casos en que el ASEGURADO haya sido conductor del vehículo.

Duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.

Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

SIDA, el Complejo Relacionado al SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es HIV positivo.

Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

Disparo de arma de fuego por acto del propio Asegurado; por culpa grave del mismo.
Violación de cualquier ley.

A consecuencia de fenómenos sísmicos o volcánicos.

Enfermedades preexistentes.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

El riesgo de incapacidad, aquí previsto, dejará automáticamente de quedar cubierto por la ASEGURADORA en los siguientes casos:

1. Si la incapacidad se produjere antes de haber transcurrido un año después de la fecha de emisión de esta Póliza. En este caso, la ASEGURADORA devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente al riesgo de incapacidad y reducirá las siguientes en el mismo importe.
2. Si la Póliza de Seguro no se encuentre vigente por falta de pago de la prima de seguro.
3. A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, rebajándose, desde entonces, en las primas siguientes, el importe de la prima que correspondía a la cobertura descrita por la presente cláusula adicional.

Las demás disposiciones establecidas en las condiciones generales, que no hayan sido modificadas expresamente por la presente Cláusula Adicional, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.

CLÁUSULA ADICIONAL COBERTURA RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE

1. RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE

Se entiende por Renta Hospitalaria a la cobertura otorgada por la presente Cláusula Adicional mediante el cual el ASEGURADO y los Asegurados Dependientes (solo cónyuge e hijos del ASEGURADO), declarados como tales en la Póliza de Seguro, reciben un beneficio por día de hospitalización en cualquier Institución Hospitalaria autorizada por Susalud, hasta por un máximo de días al año y siempre que la causa de la hospitalización sea un accidente cubierto por la presente cláusula adicional, y siempre que la hospitalización supere las veinticuatro (24) horas. La suma asegurada y los días máximos se indican en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Se entiende por Institución Hospitalaria, el hospital, clínica o establecimiento legalmente establecido para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, unidades de cuidados intensivos, sala de operaciones, equipos de rayos X, servicios de enfermería a tiempo completo y personal profesional especializado y debidamente calificado.

Se deja constancia que esta cobertura no podrá ser otorgada a personas que ingresen como asegurados a la Póliza de Seguro y que cuenten con un diagnóstico de Invalidez Total y Permanente por Accidente anterior a la fecha de contratación de esta cláusula adicional.

Edades de Ingreso y Permanencia en la Póliza:

Asegurado Titular y Dependiente Cónyuge
Edad mínima de ingreso: 18 años cumplidos
Edad máxima de ingreso: 64 años y 364 días
Edad máxima de permanencia: 64 años y 364 días

Asegurado Dependiente (Hijos)
Edad mínima de ingreso: No aplica (cero años)
Edad máxima de ingreso: 24 años y 364 días
Edad máxima de permanencia: 24 años y 364 días

2.- EXCLUSIONES

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, esta cobertura excluye los siguientes eventos:

1. **Viajes aéreos, marítimos (incluidas las operaciones o viajes submarinos) que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en viajes de itinerarios no fijos ni regulares.**
2. **Los accidentes provenientes de la práctica o desempeño de las siguientes profesiones u oficios claramente riesgosos: Trabajadores de lugares nocturnos como bares, cantinas o centros nocturnos, trabajadores de construcción, trabajadores de la industria maderera, trabajos con sustancias radioactivas, corrosivas y/o patológicas, trabajadores de la industria petrolera y gas, ganaderos, electricistas, trabajadores de la minería, médico y/o técnico radiólogo, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, hípica, tripulantes y/o pasajeros de helicópteros, aviación deportiva, fumigador, exhibiciones acrobáticas, trabajadores de calderas, cobradores, trasportistas de sustancias tóxicas, carga pesada, ganado, sustancias inflamables, misioneros, expedicioncitas científicos, estibadores, manipulación de sustancias, explosivos y/o demolición, trabajadores de drenajes y dragas, trabajadores de espectáculos circenses, fotógrafos en zonas de conflicto, guardabosques, guardavidas, salvavidas, insecticidas, trabajadores en altura, instaladores de antenas, investigadores privados, operadores de maquinaria pesada, personal de aduana o frontera, pirotecnia y juegos**

pirotécnicos, políticos, servicios de carga y descarga, servicios de salvamento y tripulación submarina, bomberos, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales, ingenieros químicos, periodistas corresponsales de guerra.

3. **Bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo y esta situación sea acto generador del siniestro.**
4. **Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.**
5. **Los llamados 'Accidentes Médicos', tales como apoplejías, congestiones, síncopes, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos; así como los casos de negligencia o impericia médica.**
6. **Las lesiones preexistentes al momento de contratar este Seguro.**
7. **Todos los tipos de parto o complicaciones médicas de los mismos.**
8. **Las hernias, enredamientos intestinales, así como de insolaciones.**
9. **Todos los tipos de parto o aborto y complicaciones médicas de los mismos.**
10. **Intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.**

3.- AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA

AVISO DE SINIESTRO.-

El Asegurado, producido un accidente indemnizable en virtud de esta cláusula adicional, está en la obligación de dar aviso a la ASEGURADORA, dentro de los quince (15) días hábiles de ocurrido el siniestro, sea en el territorio nacional o en el extranjero.

La ASEGURADORA dará por recibido el aviso respectivo aún con posteridad a los plazos indicados anteriormente, cuando se pruebe fehacientemente la imposibilidad de haber efectuado dicho aviso dentro de tales plazos.

SOLICITUD DE COBERTURA:

A efectos de proceder con la solicitud de cobertura de la presente cláusula adicional se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

A. Factura o boleta del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del paciente hospitalizado, el periodo y el motivo de la hospitalización.
B. Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados.
C. Documento Nacional de Identidad del asegurado

La ASEGURADORA se reserva el derecho de requerir la siguiente información adicional en caso las circunstancias específicas lo ameriten (todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (03) meses de expedidos):

A. Resultado de pruebas y exámenes realizados (tomografías, resonancias, radiografías, patologías)
B. Informe médico ampliatorio.

4.- INVESTIGACIÓN Y REVISION DE LOS RECLAMOS

La ASEGURADORA podrá solicitar al ASEGURADO a que se realicen los exámenes médicos a fin de corroborar la procedencia de la solicitud de cobertura, y dentro de los plazos normativos establecidos.

Asimismo, podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a los ASEGURADOS.

En general, la ASEGURADORA podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

CLAUSULA ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO DE CAPITAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Queda entendido y convenido que, en adición a los términos y condiciones generales de la Póliza de Seguro de la cual forma parte la presente Cláusula, la presente cobertura se regirá por las siguientes condiciones:

1. **DEFINICIONES:**

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Se considera Invalidez Total y Permanente el hecho que el Asegurado sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual, de forma definitiva e irreversible, 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.

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.

Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución Nº232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

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 manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas.
No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

Las demás disposiciones establecidas en las condiciones generales, que no hayan sido modificadas expresamente por la presente Cláusula Adicional, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.

2. COBERTURA

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado de forma definitiva e irreversible, que surja como consecuencia de enfermedad o de accidente, la ASEGURADORA –mediante la presente cláusula adicional- pagará el capital asegurado indicado para esta cláusula en las Condiciones Particulares de la póliza. Esto se cumplirá siempre que la Póliza de Seguro se encuentre vigente y la invalidez total y permanente ocurra antes que el Asegurado cumpla sesenta y cuatro años (64) y trescientos sesenta y cuatro días (364) de edad.

En los casos de Invalidez Total y Permanente del Asegurado que se presenten como consecuencia de un accidente, el otorgamiento de la cobertura se brindará así la Invalidez Total y Permanente se configure

dentro de los dos (02) años siguientes a la fecha de producido el accidente, siempre que este accidente se haya producido durante la cobertura activa de la presente Póliza.

3. EXCLUSIONES

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, ésta cláusula adicional excluye de su cobertura la invalidez total y permanente del Asegurado, la que ocurra como consecuencia de:

a. **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.**
b. **La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente cláusula adicional o durante su vigencia.**
c. **Si el asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o alucinógenos o en estado de sonambulismo.**
d. **Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.**
e. **Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia del alcohol o droga, si el ASEGURADO o Beneficiarios se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente. Esta presunción es válida solo en los casos en que el ASEGURADO haya sido conductor del vehículo.**
f. **Duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.**
g. **Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.**
h. **SIDA, el Complejo Relacionado al SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es VIH positivo**
i. **Enfermedades preexistentes.**
j. **Intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión**

4. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La ASEGURADORA cubrirá la invalidez total y permanente que afecte al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos conforme lo establecido en el literal b) del numeral 3 precedente, solo cuando éstos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la ASEGURADORA con el pago de la extra prima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

5. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Será causal de terminación de la presente cobertura:

a) A partir del momento en que la ASEGURADORA hubiese realizado el pago del beneficio correspondiente a esta cláusula adicional.
b) Por cualquiera de las causas de terminación de la Póliza de Seguro descritas en las Condiciones Generales.
c) Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia para ésta cobertura, en cuyo caso la ASEGURADORA dejará de cobrar la prima correspondiente a la cobertura que se brinda mediante la presente cláusula adicional.
d) Si la Invalidez Total y Permanente se produjere por una enfermedad diagnosticada durante los seis (06) meses siguientes a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza. En este caso, la ASEGURADORA

devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente al riesgo de invalidez y reducirá las siguientes en el mismo importe.

Si después de la terminación de este seguro, la ASEGURADORA llegare a recibir cualquier prima, no significará que el seguro ha sido restablecido y, por lo tanto, la obligación de la ASEGURADORA se limitará a la devolución de dichas primas.

6. SOLICITUD DE COBERTUIRA

Para solicitar la cobertura, el Asegurado deberá presentar a la ASEGURADORA lo siguiente:

- Copia Certificada del Dictamen de Invalidez expedido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del COMEC o del Certificado de Invalidez otorgado por el MINSA o ESSALUD.
- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO.
- Copia del DNI del ASEGURADO.

Corresponde al Asegurado otorgar las pruebas de su situación de invalidez total y permanente, debiendo presentar a la ASEGURADORA, los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que la ASEGURADORA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias, con la finalidad de aclarar o precisar la documentación originalmente presentada, y dentro de los plazos normativos establecidos en las Condiciones Generales u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

El Asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la ASEGURADORA, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, ASEGURADORA u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la ASEGURADORA, incluyendo la referida al VIH/SIDA. La ASEGURADORA declara que la información obtenida referida al diagnóstico del VIH//SIDA será tratada como información confidencial y empleada exclusivamente para determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico por la cual se solicita la cobertura.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen, podrá apelar el mismo dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la ASEGURADORA. En este caso, 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 ASEGURADORA, 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 SBS (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 Nº 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios.

La declaración de invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la ASEGURADORA y para la junta médica un valor meramente informativo y referencial.

Para los efectos de esta cláusula adicional, las comunicaciones entre la ASEGURADORA y el Asegurado, y viceversa, se harán por carta en el domicilio consignado por ambas partes en la póliza, salvo que el ASEGURADO haya informado debidamente a la ASEGURADORA, el cambio de domicilio, lugar donde se harán llegar las comunicaciones pertinentes.

CLAUSULA ADICIONAL DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

1. **DEFINICIONES**

• ANTIGÜEDAD LABORAL: Período mínimo de tiempo ininterrumpido, equivalente a 180 (ciento ochenta) días en que el Asegurado debe haber permanecido laborando formalmente con un mismo empleador para tener derecho a la presente cobertura.
• SUMA ASEGURADA: Es el importe que figura en las Condiciones Particulares del Seguro y será pagado por RIMAC al Beneficiario en caso de ocurrencia de un evento o siniestro, bajo los términos de la cláusula adicional.
La cobertura está activa por 365 días calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro. Si es que es pagada dicha cobertura, la nueva suma asegurada se rehabilitará una vez culminado dicho período de tiempo, y así sucesivamente. La suma asegurada en caso que no sea activada, no se acumula en el tiempo.
• PERIODO DE CARENCIA: Es el período en el cual el Asegurado no cuenta con la cobertura de esta cláusula adicional, es decir, si es que se presenta la situación de desempleo durante dicho período, ésta no será materia de cobertura inclusive aún culminando este período de carencia. El período de carencia es de 60 (sesenta) días contados desde la fecha de inicio de vigencia.

2. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO BAJO ESTA COBERTURA

Podrán ser Asegurados bajo la cobertura de Desempleo involuntario aquellas personas naturales, mayores de 18 años, que se encuentren ejerciendo una actividad remunerada bajo un vínculo de subordinación y dependencia para un empleador, en virtud de un contrato de trabajo y que cuenten con la antigüedad laboral indicada en el numeral 1 precedente.

Se considerarán como trabajadores dependientes los trabajadores que tengan:

· Contrato de trabajo a tiempo indefinido, verbal o escrito, perciban un ingreso económico mensual producto de este contrato y necesariamente se encuentren registrados en la planilla del empleador bajo estas condiciones.
· Contrato de trabajo sujeto a modalidad, de naturaleza temporal, a plazo fijo mayor a un (01) año, siempre que estén debidamente inscritos en el Ministerio de Trabajo, perciban un ingreso económico mensual producto de ese contrato y necesariamente se encuentren registrados en la planilla del empleador bajo estas condiciones.

Edades límites para el Asegurado:

Edad mínima de ingreso: 18 años cumplidos
Edad máxima de ingreso: 64 años y 184 días
Edad máxima de permanencia: 64 años y 364 días

En caso que el Asegurado cuente con dos o más empleos, y para ambos cumpla con los requisitos y condiciones para ser asegurado bajo la presente cláusula, esta cobertura solo cubrirá la situación de desempleo respecto del empleo que represente más del 50% de los ingresos netos totales del Asegurado.

Si el Asegurado cambia su condición laboral de trabajador dependiente a trabajador independiente, dejará de estar cubierto por esta cláusula adicional, en cuyo caso deberá comunicar acerca de esta situación a RIMAC, a fin de desactivar la presente cláusula, y recalcular el importe de la prima.

3. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

RIMAC pagará al ASEGURADO, por la cobertura adicional de desempleo involuntario, el equivalente a la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que el evento no se encuentre comprendido dentro de las exclusiones descritas en el numeral 4 siguiente.

Se entiende por Desempleo Involuntario a aquel que se produzca por circunstancias no imputables al actuar del Asegurado y que implique la privación total de ingresos por conceptos laborales según lo indicado en esta póliza.

Las causales de Desempleo Involuntario cubiertas por esta Póliza, según el sector o Ley bajo la cual labore el trabajador dependiente, serán las que se detallan en este artículo.

Para que un siniestro esté cubierto bajo la Cobertura de Desempleo Involuntario deberá tener su origen en alguna de las siguientes causales de término de relación laboral:

3.1 EMPLEADOS DEL SECTOR PRIVADO:

3.1.1 Empleados del sector privado contratados a plazo indefinido:

- Detrimento en la facultad física o mental o la ineptitud sobrevenida determinante para el desempeño de sus tareas (Artículo 23º Ley de Productividad y Competitividad Laboral).
- El rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en labores y bajo condiciones similares (Artículo 23º Ley de Productividad y Competitividad Laboral).
- Despido Arbitrario, sólo después que se haya materializado el pago de indemnización a la que tiene derecho el trabajador.
- Despido Colectivo, sólo después de que el Cese Colectivo se haya materializado, lo cual deberá acreditar en cumplimiento del trámite establecido en la Ley de Productividad y Competitividad Laboral.
- Por mutuo acuerdo entre el empleador y el trabajador o por renuncia del trabajador, siempre y cuando, en cualquiera de los dos casos, en la liquidación de beneficios sociales, firmada y sellada por el empleador, conste que al Asegurado se le ha otorgado un pago bajo el concepto de compensación o bonificación extraordinaria equivalente como mínimo a una (1) remuneración mensual por cada año trabajado.

3.1.2 Empleados del sector privado contratados a plazo fijo:

Las mismas causales previstas precedente en el numeral precedente serán de aplicación, en lo que corresponda, para los contratos de trabajo sujetos a modalidad de naturaleza temporal considerados en el artículo 54 del TUO del Decreto Legislativo 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral:

- Contrato por inicio o lanzamiento de una nueva actividad.
- Contrato por necesidad de mercado.
- Contrato por Reconvención Empresarial.

3.2 EMPLEADOS DEL SECTOR PÚBLICO:

3.2.1 Respecto de Empleados Públicos en General:

Cese por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del empleado o funcionario público; ni por término natural del plazo previsto en el contrato de trabajo.

2. Empleados del Sector Educativo - Personal Docente, regulados por la Ley del Profesorado:

   Suspensión absoluta o cese por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del docente o personal administrativo regido bajo esta Ley.

3.2.3 Miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales:

Causal de retiro temporal o absoluto contemplada en sus respectivas Leyes Orgánicas, Estatutos y Reglamentos de Personal, pero única y exclusivamente en la medida que la causal de cesantía invocada cumpla con los siguientes requisitos:

· Que el retiro o baja se deba a causa no imputable a la voluntad o a la conducta del miembro de las Fuerzas Armadas o Policial.
· Que el retiro o baja NO implique para el integrante retirado o dado de baja el pago de una pensión o jubilación por dicho concepto.
· Invitación al Retiro por renovación administrativa.

Adicionalmente al otorgamiento de la cobertura de Desempleo Involuntario, se brindará la cobertura de Exoneración de Pago de Prima Básica, la misma que es accesoria a la cobertura de Desempleo Involuntario, es decir, se otorga siempre que se active la presente cobertura, y consiste en que RIMAC otorgará una exoneración en el pago de la Prima Básica hasta por el monto máximo de meses descrito en las Condiciones Particulares, y siempre que la condición de desempleo involuntario se mantenga.

4. EXCLUSIONES

Esta cláusula no cubre si la situación de Desempleo se ha producido por:

a) Empleados del Sector Privado:

- **No se cubrirá el desempleo involuntario producido antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.**
- **Empleados del sector privado contratados a plazo fijo o indeterminado: Cuando el Asegurado no se encuentre registrado en planilla del empleador.**
- **Cuando el siniestro se produzca por alguna causal de Desempleo distinta a las previstas en la presente cobertura adicional.**
- **Cuando el Ex - Empleador del Asegurado no tenga Oficina registrada en Perú o no esté afecto a las leyes sociales y previsionales determinadas por la legislación peruana del trabajo.**
- **Cuando no exista Documentación Formal que permita acreditar la existencia de un vínculo laboral con un Ex - Empleador y/o la culminación del mismo.**
- **Despido por Causas justas relacionadas con la conducta del Asegurado.**
- **Despido por Faltas Graves del Asegurado.**
- **Renuncia del Asegurado.**
- **Jubilación obligatoria u opcional, del Asegurado.**
- **Por término del plazo convenido en el contrato de trabajo, en caso de trabajadores con contrato sujeto a modalidad.**
- **Personas que trabajan bajo la modalidad de contratos de locación de servicios.**
- **Las ocurridas dentro del periodo de carencia.**

b) Empleados del sector Público:

- **No se cubrirá el desempleo involuntario producido antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.**

- **Término de la relación del Empleo Público por:**
  o Renuncia voluntaria.
  o Cese definitivo.
  o Destitución.
- **Faltas de carácter disciplinarias.**
- **Sentencia judicial penal que condene al Asegurado por haber cometido un delito en su calidad de Servidor Público o en caso existan indicios razonables que acrediten que el Asegurado ha cometido un delito.**
- **Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público:**
  o Pérdida de la nacionalidad.
  o Incapacidad permanente física o mental.
  o Ineficiencia o ineptitud comprobadas para el desempeño del cargo.
- **Por término del plazo convenido en el contrato de trabajo.**
- **Personas que trabajan bajo la modalidad de contratos de locación de servicios.**
- **Las ocurridas dentro del periodo de carencia.**
-

Exclusiones adicionales respecto a Empleados del Sector Educativo–Personal Docente, regulados por la Ley del Profesorado.

Se consideran las siguientes exclusiones adicionales a las exclusiones relacionadas a los Empleados del Sector Público:

- **Cese a Solicitud del empleado.**
- **Abandono injustificado del cargo.**
- **Incapacidad Física o mental permanente debidamente comprobada.**
- **Aplicación de sanción disciplinaria.**
- **Voluntariamente por tiempo de servicios: 25 años para mujeres y 30 para varones incluyendo los estudios de formación profesional.**
- **Personas que trabajan bajo la modalidad de contratos de locación de servicios.**

Exclusiones Respecto a Miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.

Se consideran las siguientes exclusiones adicionales a las exclusiones relacionadas a los Empleados del Sector Público:

- **Por sanción disciplinaria.**
- **Por solicitud del propio miembro de las Fuerzas Armadas o Policiales.**
- **Personas que trabajan bajo la modalidad de contratos de locación de servicios.**

5. PROCEDIMIENTO DE AVISO DE SINIESTRO, SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO.

AVISO DE SINIESTRO: Aplica el plazo establecido en las Condiciones Generales.

SOLICITUD DE COBERTURA:

El Asegurado deberá presentar a RIMAC los siguientes documentos, y conforme se detalla a continuación:

Trabajadores del Sector Privado:

- Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la Carta de despido de la empresa (sellada y firmada). Podrá aceptarse copia de la carta de renuncia del trabajador, si en la liquidación de beneficios sociales, firmada y sellada por el empleador, el Asegurado cumple con acreditar

haber recibido una compensación o bonificación extraordinaria equivalente como mínimo a un (1) sueldo remuneratorio mensual.
- En caso de no contar con la carta de despido formalmente cursado por el empleador, según lo indicado en el requisito anterior, se deberá presentar la Copia Certificada de la Constatación Policial o de la Autoridad Administrativa de Trabajo que den cuenta del despido de hecho producido.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la Liquidación de beneficios sociales por despido y constancia del pago. Se verificará el pago de 1,5 remuneraciones por cada año trabajado (o por cada mes pendiente de ejecución si fuera un contrato de trabajo con plazo determinando) más los beneficios de Ley.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la Certificado de trabajo. Este documento deberá detallar el periodo laborado por el trabajador cesado y los motivos de cese.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la Certificado de aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese.
- Declaración jurada en formato de RIMAC manifestando que a la fecha del siniestro el Asegurado se encuentra en situación de Desempleo.

Trabajadores del Sector Público en general y en particular del Sector Educativo:

- Copia simple del documento de identidad del Asegurado
- Declaración Jurada sobre el número del CUSSP (seguridad social).
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador no imputable a los casos no cubiertos por la Póliza.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública).
- Declaración jurada en formato de RIMAC manifestando que a la fecha del siniestro el Asegurado se encuentra en situación de Desempleo.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese.

Miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales:

- Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la Resolución de cese o documento expedido por el Ministerio de Defensa.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por su Institución).
- Declaración jurada en formato de RIMAC manifestando que a la fecha del siniestro el Asegurado se encuentra en situación de Desempleo.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese.

Mientras se mantenga el estado de desempleo, el Asegurado deberá presentar mensualmente a RIMAC una declaración jurada y el original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del nuevo certificado de aportaciones a la AFP o a la ONP con menos de quince días de antigüedad para la acreditación de la continuidad del Desempleo. Lo anterior deberá ser presentado por el Asegurado para solicitar la cobertura de cada cuota, a excepción de la primera.

PAGO DE SINIESTRO:

Para efectos del procedimiento de Pago de Siniestro, aplicará lo dispuesto en el artículo 32 de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el

documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.