CLAUSULA 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.**

d) **Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia del alcohol o droga, si el ASEGURADO o**
e) **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 HIV 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 en el numeral 3 precedente, literales) y g), 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:

- **Dictamen 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. Queda convenido que la ASEGURADORA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

El Asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la ASEGURADORA, incluyendo las de HIV/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 HIV/SIDA. La ASEGURADORA declara que la

información obtenida referida al diagnóstico del HIV//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, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la ASEGURADORA.

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 presente póliza, salvo que hayan informado debidamente a la ASEGURADORA, el cambio de domicilio, lugar donde se harán llegar las comunicaciones pertinentes.