VIDA PLUS

Clausula Adicional - Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

1. Descripción de la cobertura

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado de forma definitiva e irreversible, que surja como consecuencia de enfermedad, la COMPAÑÍA –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Período de Carencia para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

La cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad cuenta con un período de carencia de 180 días calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, por lo cual si la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad se presenta durante este período o se produjere por una enfermedad diagnosticada durante este período de carencia (180 días siguientes a la fecha de inicio de vigencia de esta cláusula adicional), esta no será materia de cobertura. En este caso, la COMPAÑÍA devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente a la presente cobertura y reducirá las siguientes en el mismo importe.

Definiciones:

Invalidez Total Y Permanente

Definición de Invalidez Total y Permanente: A efectos de lo establecido en la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual, definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6%de su capacidad total.

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.

2. Periodo de Carencia.

La cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad cuenta con un período de carencia de 180 días calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, por lo cual si la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad se presenta durante este período o se produjere por una enfermedad diagnosticada durante este período de carencia (180 días siguientes a la fecha de inicio de vigencia de esta cláusula adicional), esta no será materia de cobertura. En este caso, la COMPAÑÍA devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente a la presente cobertura y reducirá las siguientes en el mismo importe.

3. Exclusiones

En adición a las exclusiones establecidas en el Condicionado General de la Póliza, la presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad del ASEGURADO, que sea 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. Intento de suicidio durante toda la vigencia de la póliza, o por lesiones auto-infligidas, o producidas por terceros con su consentimiento.

d. Tratamientos médicos como: tratamientos estéticos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

4. Duración y Terminación de la Cobertura

Esta cláusula adicional es parte integrante de la Póliza de Seguro y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en esta, por las Condiciones Generales del mismo, de modo que sólo será válida y regirá mientras la Póliza de Seguro lo sea y se encuentre vigente.

Se deja constancia que será causal de terminación de la Póliza de Seguro, de la cual forma parte la presente cláusula adicional, cuando se produzca alguno de los siguientes eventos:

A. A partir del momento en que la COMPAÑÍA hubiese realizado el pago de la indemnización correspondiente a esta cláusula adicional.

B. Al término de la vigencia mensual en curso en la que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia para esta cobertura.

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

5. Qué hacer en caso de Siniestro?

Deberás cumplir con dar aviso a la COMPAÑÍA, bajo los términos establecidos en el Paso N° 1 del numeral 4 de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

Procedimiento para solicitar la cobertura:

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

1. Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición.

Dicho dictamen debe precisar necesariamente el grado de invalidez representado en porcentaje (igual o superior al 66.6%), así como también, el Dictamen debe precisar la naturaleza de dicha invalidez y la fecha de ocurrencia, conforme a las disposiciones contenidas en Resolución Nº232- 98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. Se considera la fecha de la emisión del dictamen de invalidez.

2. Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO.

3. Copia simple del DNI del ASEGURADO.

Para el procedimiento de evaluación y pago de siniestro se seguirá el Paso 3 del numeral 4 de las Condiciones Generales de la póliza, la COMPAÑÍA -y en caso que esta requiera precisiones o aclaraciones sobre la documentación antes descrita- podrá solicitar al Asegurado, la realización de las pruebas adicionales que demuestren su situación de invalidez total y permanente, debiendo presentar a la COMPAÑÍA, los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que la COMPAÑÍA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

Asimismo, podrá requerir al Asegurado la realización de las pruebas médicas, de ser el caso, 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 COMPAÑÍA. La

COMPAÑÍA declara que la información obtenida 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 COMPAÑÍA. 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 COMPAÑÍA, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la SBS (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose en treinta (30) días respecto a si este 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 COMPAÑÍA.

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

Para los efectos de esta cláusula adicional, las comunicaciones entre la COMPAÑÍA y el Asegurado, y viceversa, se harán a través del correo electrónico o por carta en el domicilio consignado por la COMPAÑÍA, el cambio de domicilio, lugar donde se harán llegar las comunicaciones pertinentes.

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.

Para efectos del procedimiento de Pago de Siniestro, aplicará lo dispuesto en el "Paso 3" del numeral 4. de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

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.