

**Póliza De Seguro De Vida En Grupo  
Temporal Anual Renovable Automáticamente  
“Tarjeta Naranja”**

**Cláusula Adicional  
Beneficio Por Invalidez Total Y Permanente Por Accidente**

La cobertura adicional del Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Accidente se rige por lo establecido en la presente Cláusula Adicional y en las Condiciones Generales del seguro principal, en adelante Condiciones Generales de la póliza.

**PRIMERA: DEFINICIONES**

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Cláusula Adicional:

- **Accidente:** Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.  
**No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- **Miembro:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **Órgano:** Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

**SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA**

La Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, si la persona designada como el Asegurado sufriera, durante la vigencia de la cobertura, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional. Esto se cumplirá siempre y cuando el accidente ocurra antes que el Asegurado cumpla la “Edad Límite de Permanencia” aplicable a la presente cobertura, se manifieste como máximo durante los dos (2) años siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente, el seguro principal esté vigente y la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la presente Cláusula Adicional.

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

El pago de esta indemnización exonera a la Compañía del pago de los beneficios por Muerte Accidental y Muerte Accidental en Accidente de Tránsito y determinará la terminación del seguro.

La Compañía cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas. La presente Cláusula Adicional brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las veinticuatro (24) horas del día.

#### **TERCERA: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

Sólo se considerará que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente por Accidente si presenta alguna de las condiciones siguientes:

- a) Pérdida total o funcional absoluta de la visión de ambos ojos;
- b) Pérdida total o funcional absoluta de ambos brazos o ambas manos;
- c) Pérdida total o funcional absoluta de ambas piernas o ambos pies;
- d) Pérdida total o funcional absoluta de una mano y un pie.
- e) Pérdida o disminución permanente de la fuerza física o intelectual en un porcentaje igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo. Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.  
Para la determinación de la invalidez en este supuesto será de aplicación supletoria las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

En este sentido, se deja expresa constancia que la presente Cláusula Adicional no cubrirá otra situación de invalidez distinta a las arribas mencionadas, aún cuando la misma pudiera afectar al Asegurado en más de los dos tercios de su capacidad de trabajo.

#### **CUARTA: EXCLUSIONES**

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

#### **QUINTA: TERMINACION DE LA COBERTURA**

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales del seguro principal, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Cuando el Asegurado supere la “Edad Límite de Permanencia” establecida en las Condiciones Particulares para la presente cobertura y que se indica en el Condicionado Particular.
- c) Cuando se devengue el pago de la presente cobertura.

El pago del valor de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un accidente que se produzca con posterioridad a esa fecha.

#### **SEXTA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLAUSULA ADICIONAL**

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza principal, el Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro o desde la fecha en que toma conocimiento de la existencia del beneficio, debiendo presentar el original o copio certificada notarialmente de los siguientes documentos:

- a) Informe médico que establezca el diagnóstico final o la condición médica del Asegurado, el cual deberá corresponder a uno de los supuestos indicados en los literales a), b), c) o d) de la Cláusula Tercera del presente documento, adjuntando los exámenes o evaluaciones médicas que se hubieran practicado al asegurado.

En caso se trate del supuesto contenido en el literal e) de la Cláusula Tercera del presente documento, se deberá presentar un Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (Comité Médico de las AFP – COMAFP o Comité Médico de la Superintendencia – COMEC), el cual contiene la determinación del porcentaje de menoscabo de la capacidad de trabajo del Asegurado conforme a las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. **En caso sea emitido por un tercero distinto a los antes indicados, únicamente tendrá valor informativo y referencial, debiendo el Asegurado someterse a las evaluaciones que le requiera la Compañía.**

- b) Atestado o informe policial (o, en su defecto Carpeta Fiscal) vinculado al accidente, de corresponder. A falta del mismo, documentos que demuestren las circunstancias en que se produjo el accidente que ocasiona la invalidez total y permanente del Asegurado.

El Asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar el grado de invalidez y efectividad de las lesiones originadas en el accidente. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía.

Asimismo, el Asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de HIV/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la Compañía, incluyendo la referida al HIV/SIDA.

#### **SÉPTIMA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ**

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, contados desde la recepción de toda la documentación exigida, si la solicitud de cobertura es procedente. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculadas al siniestro que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

#### **OCTAVA: PAGO DEL BENEFICIO**

El beneficio será pagado al Asegurado en una (1) sola cuota, dentro de los treinta (30) días de haber determinado la procedencia de la solicitud de cobertura por Invalidez Total y Permanente por Accidente del Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será solicitado y abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.