

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

**CLÁUSULA ADICIONAL**

**INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD**

**La cobertura por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad 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: DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

**A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una enfermedad presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses. La Compañía evaluará la condición del Asegurado, a fin de determinar el estado de invalidez total y permanente y la aplicación de la cobertura.**

Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. 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 N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

**SEGUNDA: DESCRIPCION DE LA COBERTURA**

La Compañía pagará al Asegurado el capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, si la persona designada como el Asegurado sufriera, durante la vigencia de esta cláusula adicional, alguna enfermedad 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 la invalidez ocurra antes que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares, 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 la enfermedad.

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

**TERCERA: PERIODO DE CARENCIA**

**Ningún beneficio será pagado si la enfermedad es diagnosticada dentro de los seis (6) primeros meses desde el inicio de vigencia de esta cobertura, respecto de cada asegurado.**

#### **CUARTA: TERMINACION DE LA COBERTURA**

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

La cobertura prevista por esta cláusula cesará, respecto de cada Asegurado, en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Por cualquiera de las causas de terminación de la cobertura del seguro principal
- b) A partir del momento en que la Compañía hubiese realizado el pago del beneficio correspondiente a esta cláusula adicional.

#### **QUINTA: EXCLUSIONES**

**La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la invalidez total y permanente por enfermedad del Asegurado que ocurra a consecuencia de:**

- a) **Enfermedad preexistente y/o crónica momento de solicitar la primera afiliación al seguro, o preexistente al momento de solicitar una posterior afiliación al seguro cuando la cobertura quedó sin efecto por falta de renovación o continuidad del mismo.**
- b) **Daños autoinfligidos.**
- c) **El uso de drogas y/o estupefacientes.**

**Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal de la póliza.**

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

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza principal, el Asegurado o sus familiares, en su caso, a través del Contratante, deberán dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la configuración de la invalidez. Para el Contratante este plazo correrá desde que toma conocimiento del siniestro. Asimismo, deberá presentar a la Compañía, dentro de los sesenta (60) días posteriores a la notificación por escrito del siniestro, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, el Informe Médico que establezca el diagnóstico final o la condición médica del Asegurado, el cual deberá corresponder al supuesto indicado en la cláusula primera, adjuntando los exámenes o evaluaciones médicas que se hubieran practicado al asegurado.

**Los plazos antes indicados no afectan el derecho del ASEGURADO y/o los beneficiarios a solicitar la cobertura a través de otras instancias, interponiendo las acciones que correspondan de acuerdo al marco normativo vigente.**

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 la invalidez total y permanente por enfermedad. El costo de esta verificación será asumido por la Compañía.

#### **SETIMA: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, 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 vinculadas al siniestro que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

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.

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

El beneficio será pagado de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Importe del Beneficio de las Condiciones Generales, dentro de los treinta (30) días de haber determinado la invalidez total y permanente por enfermedad del Asegurado.