

# Cláusula de Invalidez Total y Permanente por Accidente o 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 o de accidente, RIMAC –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada 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.

## 2.- 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 produce 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, RIMAC devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente a la presente cobertura y reducirá las siguientes en el mismo importe.

## 3.- 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 N°232-98-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.**

#### **4.- Exclusiones:**

**Adicionalmente a las exclusiones descritas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, esta 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. **SIDA, el Complejo Relacionado al SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es HIV positivo.**

#### **5.- Riesgos cubiertos por declaración expresa del Contratante y/o Asegurado y aceptadas por RIMAC.**

**RIMAC 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 4 de las Condiciones Generales, solo cuando éstos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por RIMAC con el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.**

#### **6.- Terminación de la vigencia de la presente Cobertura Adicional.**

**Será causal de terminación de la presente cobertura:**

- a. **A partir del momento en que RIMAC 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 RIMAC dejará de cobrar el costo correspondiente a la cobertura que se brinda mediante la presente cláusula adicional.**
- d. **Si la Invalidez Total y Permanente se produjere durante el período de carencia o como consecuencia de una enfermedad diagnosticada durante este período.**

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

## **7.- SOLICITUD DE COBERTURA**

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

- **Certiificación 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 N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.**
- **Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO.**
- **Copia 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, RIMAC -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 RIMAC, los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que RIMAC 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, 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 RIMAC, incluyendo la referida al HIV/SIDA. RIMAC 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 RIMAC. 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 RIMAC, 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 N° 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 RIMAC.

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

**Para los efectos de esta cláusula adicional, las comunicaciones entre RIMAC 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 RIMAC, 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.