

Cláusula Adicional de Dispensa de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

1. Descripción de la Cobertura

La presente cláusula adicional otorga una cobertura de dispensa de pago de primas, en caso el Asegurado acredite una situación de Invalidez Total y Permanente de forma definitiva e irreversible, que surja como consecuencia de enfermedad o de accidente.

La dispensa del pago de primas podrá aplicar para la totalidad de la prima establecida para la presente Póliza o para algunas de las coberturas de fallecimiento, según lo haya elegido el Contratante al momento de elegir la modalidad de aplicación de la presente cláusula adicional, la misma que estará fijada en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro.

Se debe entender que la Invalidez Total y Permanente se debe presentar durante la vigencia de la Póliza y 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 de la cobertura de Dispensa de Pago de Primas.

Esta cobertura adicional cuenta con un período de carencia de 365 días calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o de la fecha desde que se incluyó la presente cláusula adicional. Es decir, si la Invalidez Total y Permanente se presenta durante dicho período, esta cobertura no será activada y RIMAC devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente a la presente cobertura y reducirá las siguientes en el mismo importe.

3.- Definiciones:

DEFINICION DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:

A efectos de lo establecido en la presente cobertura, 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.

4.- Exclusiones

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura, la invalidez total y permanente del Asegurado, si ocurre a consecuencia de las exclusiones detalladas en el condicionado general y en la presente cláusula:

- 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. Se consideran las siguientes actividades, profesiones u oficios como riesgosos: Trabajadores de lugares nocturnos como bares, cantinas o centros nocturnos, Trabajadores de la construcción, Trabajadores de la industria maderera, Trabajos con sustancias radiactivas, corrosivas y/o patológicas, Trabajadores de la industria petrolera y gas, Ganaderos, Electricistas, Trabajadores de la minería, Médico y/o Técnico radiólogo, Tripulación y/o pasajeros de aviones militares, Hípica, Tripulantes y/o pasajeros de helicópteros, Aviación deportiva, Fumigador, Exhibiciones acrobáticas, Trabajadores de calderas, Cobradores, Transportistas de sustancias tóxicas, carga pesada, ganado, sustancias inflamables o caudales/valores, Misioneros, Expedicionistas científicos, Estibadores, Manipulación de sustancias, explosivos y/o demolición, Doble, Trabajadores de drenajes y dragas, Trabajadores de espectáculos circenses, Fotógrafos en zonas de conflicto, Guardabosques, Guardavidas, Salvavidas, Insecticidas, Trabajadores en altura, Instaladores de antenas, Investigadores privados, Operadores de maquinaria pesada, Personal de aduana o frontera, Pirotecnia y juegos pirotécnicos, Políticos, Servicios de carga y descarga, Servicios de salvamento y Tripulación de submarino.
- c. Duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.
- d. 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.
- e. SIDA, el Complejo Relacionado al SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es HIV positivo.
- f. Disparo de arma de fuego por acto del propio Asegurado; por culpa grave del mismo.
- g. Violación de cualquier ley.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

5.- 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.**

Corresponde al Asegurado otorgar las pruebas de 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, las mismas que serán solicitadas por RIMAC dentro de los primeros 20 días de recibidos la totalidad de los documentos indicados precedentemente. Queda convenido que RIMAC 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 RIMAC, 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.

Una vez otorgada la presente cobertura, esta regirá mientras subsista la invalidez por la cual se activó la misma, y siempre que la Póliza de Seguro se mantenga vigente. RIMAC podrá exigir en cualquier momento pruebas de la subsistencia de la invalidez, incluso un examen médico por los facultativos que ella designe. Si tales pruebas no fueren entregadas dentro del plazo de treinta (30) días de haber sido solicitadas, o si el Asegurado dificultare en cualquier forma las comprobaciones

de RIMAC, perderá el derecho de la dispensa del pago de primas desde la terminación del período cubierto por la última prima dispensada.

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.