

# Cláusula Adicional Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad

Esta Cláusula forma parte integrante de la Póliza y se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del Seguro.

## **ARTICULO 1: DESCRIPCION DEL SEGURO Y COBERTURAS Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad:**

La Compañía indemnizará al Beneficiario la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares y Solicitud-Certificado o Certificado del Seguro, por esta cobertura si a causa de un accidente o enfermedad el Asegurado sufre una Incapacidad Temporal, que le impida al Asegurado ejercer total o parcialmente su trabajo, comercio o actividad económica.

Se considera una Incapacidad Temporal, a aquella situación señalada por un profesional médico colegiado en la que indique que el Asegurado se encuentra imposibilitado para trabajar como consecuencia de un accidente o enfermedad por un periodo superior al número de días señalado en las Condiciones Particulares y Solicitud-Certificado o Certificado del Seguro, siempre y cuando el accidente o enfermedad no sea preexistente al inicio de la vigencia del seguro.

**Los límites de cobertura** o sumas aseguradas, las cuotas máximas cubiertas y su forma de pago y el **periodo de carencia**, se encuentran expresamente detallados en las Condiciones Particulares y Solicitud-Certificado o Certificado del Seguro.

**En caso el Asegurado sufra un nuevo accidente o padezca de una nueva enfermedad que le genere una Incapacidad Temporal, debe haber transcurrido un plazo de XX (XX) meses desde el término de la Incapacidad Temporal indemnizada para que la cobertura se encuentre nuevamente activa. Asimismo, debe ser ocasionada por una causa distinta y no originada por la enfermedad o accidente que originó la primera Incapacidad Temporal indemnizada.**

**La presente cobertura podrá ser activada para cubrir el riesgo de Incapacidad Temporal por accidente o enfermedad como máximo hasta en el número de eventos señalado en las Condiciones Particulares y Solicitud-Certificado o Certificado del Seguro, durante la vigencia del seguro.**

**ARTICULO 2: BENEFICIARIO** Para efectos de la presente cláusula, el Beneficiario es el Contratante de la Póliza.

**ARTICULO 3: TERMINACION** La cobertura de la presente Cláusula terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. Por terminación anticipada del seguro de la Póliza o de la presente Cláusula.
- b. A la ocurrencia del siniestro o de los siniestros que den lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas principales previstas en la Póliza, detalladas en las Condiciones Particulares y Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro.

- c. Al vencimiento del plazo de vigencia de la Póliza.
- d. Al cumplir el Asegurado el límite de edad de permanencia establecido en las Condiciones Particulares y Solicitud-Certificado o Certificado del Seguro.
- e. A la cancelación o término del plazo del crédito, cancelación de la tarjeta de crédito o línea de crédito, en caso corresponda.

**ARTICULO 4: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA** En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso del siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del Beneficio del Seguro.

Posteriormente al aviso del siniestro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá solicitar la cobertura en la Compañía o el Comercializador, y presentar en original o en reproducción notarial (antes copia legalizada) de lo siguiente:

- a. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Certificado Médico emitido por Essalud, Ministerio de Salud, Hospital o Clínica debidamente autorizada por el Ministerio de Salud, en el que se detalle el número de días requeridos de reposo por Incapacidad Temporal y que determine la causa y las circunstancias del siniestro., indicando lo siguiente:
  - Causas de la Incapacidad
  - Diagnóstico Definitivo
  - Tratamiento Realizado
  - Pronóstico
  - Días de Descanso
  - Número de Historia Clínica
  - Médico Tratante
  - Fecha de Atención por emergencia o consulta médica.
- c. Información formal de las cuotas mensuales del crédito vigente a la fecha de inicio de la Incapacidad Temporal, según cronograma de pago del crédito, en caso corresponda.
- d. Cualquier documentación que acredite la fecha y lugar en que se produjo el siniestro, en caso corresponda.

La Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Asegurado, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros. Para tal efecto, el Asegurado, mediante la suscripción de la Póliza, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Una vez que el Contratante o Beneficiario(s) hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del siniestro comunicar su aprobación o rechazo.

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Contratante o Beneficiario(s), deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del siniestro; lo que suspenderá el plazo hasta que el Contratante o Beneficiario cumpla con presentar la documentación e información correspondiente.

Si la Compañía no se pronuncia sobre la aceptación o rechazo del siniestro dentro del plazo señalado, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que se presente la solicitud de prórroga señalada. Una vez consentido el Siniestro, la Compañía tendrá un plazo adicional de treinta (30) días para proceder al pago de la Suma Asegurada al(los) Beneficiario(s).

**ARTICULO 5: EXCLUSIONES** La presente cláusula no otorga cobertura a los siniestros ocurridos como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a. Fallecimiento del Asegurado.
- b. Enfermedades o condiciones médicas preexistentes a la contratación del seguro.
- c. Accidentes anteriores al inicio del seguro.
- d. Tratamientos médicos electivos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas como consecuencia de un accidente.
- e. Lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del uso de estimulantes, excepto si fueron prescritos por un médico.
- f. Enfermedades psíquicas o mentales.
- g. Incapacidad temporal por embarazo, sus consecuencias y causas relacionadas.
- h. La incapacidad temporal debida a la misma enfermedad o accidente por el cual el Asegurado ha recibido una indemnización por esta misma Póliza.
- i. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuera la causa de que provengan.
  
- j. Consecuencias de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia del seguro.
- k. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- l. Tratamiento médico realizado por personas no autorizadas para ejercer la medicina o por médicos que no se encuentren habilitados en el Colegio Médico del Perú, así como en Instituciones Médicas o Clínicas que no cuenten con la licencia de funcionamiento y la autorización de las entidades competentes. También están excluidos los tratamientos de medicina no convencionales o no aprobados por la OMS.
- m. Accidentes Médicos y/o consecuencias de Negligencias Médicas.