

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Condiciones Generales

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley N° 29355.

Artículo 1º: COBERTURA

1.1. Este seguro cubre al ASEGURADO contra los riesgos expresamente descritos en el artículo 5º de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales cuya causa fuera un accidente personal ocurrido en cualquiera de las siguientes circunstancias:

1.1.1 En el ejercicio de la profesión, arte u oficio declarado por el ASEGURADO en las Condiciones Particulares.

1.1.2 Durante su permanencia en el extranjero, pero solo para los casos de Gastos de curación, Muerte, Invalidez Permanente y Sepelio.

1.1.3 Durante las actividades propias de su vida privada. Para los gastos de Incapacidad Temporal, el seguro queda limitado a los accidentes ocurridos dentro de la República del Perú. Esta limitación no confiere derecho al ASEGURADO a descuento o devolución de primas correspondiente al tiempo de ausencia del país.

1.1.4 Durante el uso de cualquier medio habitual para el transporte de personas, ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreos, en vehículos pertenecientes a empresas comerciales debidamente autorizadas que recorran itinerarios regulares y fijos; así como los que ocurran en el empleo regular, como conductor o pasajero, de vehículo automotores de uso particular. Se incorpora dentro de esta cobertura el uso de Taxis Motorizados.

1.1.5 Durante la práctica como aficionado de las siguientes actividades deportivas: Atletismo, bochas, bolos, manejo de canoa, caza menor, ciclismo, deportes náuticos a vela y a motor, esgrima, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota vasca, pesca (salvo submarina y/o en altamar), remo, tenis, tiro en polígonos habilitados, voleibol, fútbol, basquetbol, béisbol, squash y water-polo.

1.1.6 Por la asfixia o intoxicación repentina causada por inhalación violenta de vapores o gases o cualquier otra sustancia análoga; o por la inmersión, obstrucción o electrocución.

1.1.7 Por hidrofobia o padecimientos similar producido por mordeduras de animales o picaduras de insectos.

1.1.8 Por contagio de carbunco.

1.1.9 Tétano de origen traumático.

1.1.10 Como consecuencia de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa, causada por un accidente cubierto por la presente Póliza.

1.1.11 Derivados de la legítima defensa del ASEGURADO.

1.1.12 Los accidentes ocasionados por fenómenos de la naturaleza, tales como sismos, erupciones volcánicas e inundaciones.

1.2 Para los efectos de esta póliza se entiende por "ACCIDENTE", toda lesión corporal producida por la acción imprevista fortuita y/u ocasional de una fuerza externa que obra súbita y violentamente sobre la persona del ASEGURADO independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

1.3 Es de cargo del ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS, en su caso, acreditar a LA COMPAÑÍA que la lesión o daño sufrida por el ASEGURADO es consecuencia de un accidente amparado bajo esta póliza.

Es de cargo de LA COMPAÑÍA demostrar las causas que la liberan de su prestación indemnizatoria.

Artículo 2º: EXCLUSIONES

2.1. Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden si la muerte del ASEGURADO o las lesiones que sufra se deben a:

2.1.1. Cualquier enfermedad corporal o mental o tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza

2.1.2 Las consecuencias del uso como pasajero de aviones y/o helicópteros particulares y/o de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional.

2.1.3 Las consecuencias del uso como pasajero de cualquier medio habitual para el transporte público de personas ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo, o aéreo en vehículos que pudiendo ser o no de empresas debidamente autorizadas, no recorren itinerarios regulares y fijos.

2.1.4 Las consecuencias de los accidentes producidos por la conducción o viaje como pasajero de aviones privados, motocicletas y motonetas.

2.1.5 La Invalidez Permanente Parcial previa al seguro.

2.1.6 Lesiones producidas por desmayos cuando existe una causal de convulsiones, epilepsia o enfermedades no imputables a un accidente.

2.1.7 A las producidas por las consecuencias derivadas del embarazo y parto, o por complicación del mismo o interrupción voluntaria del embarazo.

2.1.8 Actos infractorios de leyes o reglamentos que constituyan un delito o la causa del siniestro.

2.1.9 Hernias; enredamientos intestinales; lumbalgias; insolaciones; así como intoxicaciones alimenticias o de otro tipo y envenenamientos no accidentales.

2.1.10 Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes notoriamente peligrosos o que no guarden relación con la profesión declarada por el ASEGURADO: participación en carreras de ciclismo, automóviles o cualquier otro tipo de vehículo motorizado; equitación; uso de motocicleta, motonetas, tanto como conductor o pasajero; corrida de toros; alpinismo; andinismo y caminatas en alta montaña; cacería de fieras; pesca submarina y pesca en altamar; parapente; puenting; artes marciales en general; ala delta; tabla hawaiana; box; fútbol americano; pesas y rugby. Salvo que la profesión del asegurado consista en el desempeño de dichas actividades, y que dicha profesión haya sido declarada por EL ASEGURADO y aceptada por la COMPAÑÍA.

2.1.11 Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radiactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la ignición de dicho combustible.

2.1.12 Actos voluntarios del ASEGURADO contra sí mismo (incluyendo suicidio o tentativa de suicidio o cualquier otro tipo de lesiones causadas intencionalmente); o actos voluntarios o por culpa inexcusable de los beneficiarios de esta póliza (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) contra el ASEGURADO. El derecho subsiste para el resto de beneficiarios que no se encuentran inmersos en la presente exclusión.

2.1.13 Accidentes sufridos en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra internacional (con o sin declaración) o civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, vandalismo, terrorismo, conmoción civil; o como consecuencia de la participación activa del ASEGURADO o sus beneficiarios en actos delictuosos o riñas o peleas, salvo declare que actuaron bajo legítima defensa, y que esta se acredite documentariamente.

2.1.14 Actos cuya consecuencia se deba a la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o el estado de sonambulismo. Para efectos de esta exclusión, y sólo en caso el ASEGURADO haya estado conduciendo un vehículo, se presumirá que éste se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si es que se negara a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.

2.1.15 Los denominados "Accidentes Médicos" tales como apoplejía, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infarto miocardio, trombosis, ataques epilépticos y reacciones alérgicas a medicamentos.

Artículo 3º: RIESGOS EXCLUIDOS ASEGURABLES POR CONVENIO ESPECIAL

Quando exista un convenio especial en el contrato y se cumpla con el pago del correspondiente recargo de prima, las indemnizaciones previstas en la póliza se conceden en casos de accidentes que puedan ocurrir:

3.1 Por Invalidez Permanente Parcial previa al seguro.

3.2. Por la práctica de polo, rodeo, rugby, box, esquiacuático, equitación, tabla hawaiana, pesca submarina, artes marciales, pesas, andinismo, alpinismo y caminatas en alta montaña, participación en carreras de ciclismo, automóviles o cualquier otro tipo de vehículo motorizado; equitación; uso de motocicleta, motonetas, tanto como conductor o pasajero; corrida de toros; cacería de fieras; parapente; puenting; en general; ala delta; fútbol americano.

3.3 Por la conducción o viaje como pasajero de aviones privados, motocicletas y motonetas.

3.4 Por el uso como pasajero de cualquier medio habitual para el transporte público de personas ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo, o aéreo en vehículos que pudiendo ser o no de empresas debidamente autorizadas, no recorren itinerarios regulares y fijos.

3.5 Por el uso como pasajero de aviones y/o helicópteros particulares y/o de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional.

Artículo 4º: PERSONAS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLES

4.1 Son asegurables conforme a esta póliza, las personas mayores de 15 (quince) años de edad y que no haya cumplido los sesenta y seis (66) años de edad. En el caso de renovaciones no habrá límite de permanencia en el seguro.

Artículo 5º: RIESGOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS

5.1 Esta póliza cubre al ASEGURADO contra uno o más de los siguientes riesgos, según se haya pactado expresamente con las Condiciones Particulares.

5.1.1. FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE.

LA COMPAÑÍA pagará la suma convenida a la persona o personas designadas como Beneficiario(s) en la solicitud original, firmada por el ASEGURADO, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por ella y se manifieste a más tardar dentro de un año contado desde la fecha del accidente.

A falta de tal designación, la indemnización será pagada a los herederos legales del ASEGURADO previa presentación del testamento o de la Declaratoria de Herederos.

Si fueran dos o más los beneficiarios designados y no se hubiera establecido proporción en la solicitud de seguro; la indemnización se dividirá y abonará por partes iguales, sea cual fuera el vínculo que ligare a los beneficiarios con el ASEGURADO.

5.1.2. INVALIDEZ PERMANENTE.-

La COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente al grado de invalidez permanente, basándose en la Tabla de indemnizaciones incorporada a la presente Póliza y que forma parte integrante de ella siempre y cuando la causa directa y única fuera un accidente amparado por ella y se manifieste a más tardar dentro de dos (2) años contado desde la fecha del accidente.

5.1.3. INCAPACIDAD TEMPORAL.-

En caso de incapacidad temporal para el trabajo, la indemnización diaria contratada empezará a partir del día en que se inicie el tratamiento médico (a reserva de las prescripciones abajo estipuladas) y hasta el fin de dicho tratamiento, sin que en ningún caso pueda exceder de 365 días.

La COMPAÑÍA pagará la indemnización diaria durante el tiempo en que el ASEGURADO esté completamente imposibilitado por el accidente para dedicarse a la actividad que a la cual se dedicada .

La indemnización quedará reducida al 50% desde el momento en que el ASEGURADO se encuentre en condiciones de abandonar la habitación y dedicarse parcialmente a sus actividades, según dictamen médico.

5.1.4. GASTOS DE CURACIÓN.-

La COMPAÑÍA reembolsará, hasta por la cantidad establecida en la póliza, los honorarios médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y prótesis que fueren necesarios, no así aparatos ortopédicos o implementos de uso externo. Según la relación de clínicas que aparece en las condiciones particulares.

Si el ASEGURADO tuviese contratado otro(s) seguro (s) cubriendo este mismo riesgo, LA COMPAÑÍA contribuirá a la indemnización sólo en forma proporcional a los límites garantizados en dicho(s) seguro(s).

El ASEGURADO, después de haber utilizado total o parcialmente la suma estipulada para gastos de curación, podrá solicitar su restitución al importe original, pagando la prima proporcional que corresponda al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza.

5.1.5. GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL.-

En caso de fallecimiento de un ASEGURADO a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, LA COMPAÑÍA reembolsará, hasta por la cantidad establecida en la póliza, los gastos incurridos por los siguientes conceptos: Ataúd, salón velatorio, nicho perpetuo, capilla ardiente, carroza, carros para flores y cargadores.

Para el pago de este beneficio, se deberá presentar la partida de defunción y las facturas originales de los gastos de sepelio por concepto de Ataúd, salón velatorio, nicho perpetuo, capilla ardiente, carroza, carros para flores y cargadores.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones para muerte e invalidez permanente. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Permanente, LA COMPAÑÍA deducirá de la suma asegurada por Muerte la indemnización pagada por Invalidez Permanente.

5.2. Si el ASEGURADO sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, las indemnizaciones fijadas por Invalidez Permanente no podrán exceder en conjunto del 100% de la suma asegurada por este concepto; pero las indemnizaciones por Incapacidad Temporal y Gastos de Curación, se pagará independientemente y sin perjuicio de las indemnizaciones que puedan corresponder para casos de Muerte y/o Invalidez Permanente.

Artículo 6º: TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE

6.1. La COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente al grado de Invalidez Permanente, basándose en la siguiente tabla de indemnizaciones:

TIPOS DE INVALIDEZ		PORCENTAJES INDEMNIZACIÓN DE		
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL:				
1	Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ocupante ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.		100%	
2	Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente.		100%	
3	Pérdida total de los ojos.		100%	
4	Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos		100%	
5	Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies		100%	

6	Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna		100%	
7	Pérdida completa de una mano y un pie o de un brazo y de un pie		100%	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL:				
CABEZA				
8	Sordera total e incurable de los dos oídos.		50%	
9	Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular normal.		40%	
10	Sordera completa incurable de un oído		15%	
11	Ablación de la mandíbula inferior		50%	

MIEMBROS SUPERIORES:

		Derecho	Izquierdo
12	Pérdida de un brazo arriba del codo	75%	60%
13	Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
14	Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
15	Fractura no consolidada de una mano (Seudoartrosis total)	45%	36%
17	Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
18	Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
19	Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
20	Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
21	Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
22	Pérdida del dedo pulgar de la mano	20%	18%
23	Pérdida del dedo índice	16%	14%
24	Pérdida del dedo medio	12%	10%
25	Pérdida del dedo anular	10%	8%
26	Pérdida del dedo meñique	6%	4%

MIEMBROS INFERIORES:

27	Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60%	60%
28	Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	50%	50%
29	Pérdida de un pie	35%	35%
30	Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%	35%
31	Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%	30%
32	Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%	20%
33	Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%	40%
34	Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%	20%
35	Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%	30%
36	Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%	15%
37	Anquilosis del empeine (gargante del pie) en posición no funcional	15%	15%
38	Anquilosis del empeine en posición funcional	8%	8%

39	Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5cm.	15%	15%
40	Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3cm.	8%	8%
41	Pérdida del dedo gordo del pie	10%	10%
42	Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie	4%	4%

6.2. Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembros lesionados.

6.3. La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectados.

6.4. La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratare del pulgar, y a la tercera parte por cada falange, si se tratare de otros dedos.

6.5. Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumaran los porcentajes correspondientes a cada miembro, u órgano perdidos sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada.

6.6. La indemnización de lesiones que, sin estar comprendidas en la tabla de indemnizaciones, constituyera una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible su comparación con los casos previstos, y sin tomar en consideración la Profesión del ASEGURADO.

6.7. En caso de constar en la solicitud que el ASEGURADO ha declarado ser zurdo se invertirán los porcentajes de la indemnización fijada por la pérdida de los miembros superiores.

Artículo 7º: PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE COBERTURA DEL SEGURO

7.1. FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE:

Producido un accidente indemnizable en virtud de esta póliza, se deberá comunicar a LA COMPAÑÍA por escrito, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio según corresponda, sea en el territorio nacional o en el extranjero.

Cuando EL BENEFICIARIO debido a culpa leve, incumpla con comunicar a LA COMPAÑÍA dentro del plazo indicado en el párrafo anterior, no será motivo para que sea rechazado el siniestro. Sin embargo, LA COMPAÑÍA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado, cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a LA COMPAÑÍA.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, se pierde el derecho a ser indemnizado salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro.

Esta sanción no se producirá si se prueba que LA COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

Posteriormente al aviso del siniestro, EL BENEFICIARIO deberá presentar en las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias o a través del Comercializador, en caso corresponda, los documentos siguientes:

- Copia simple del DNI de EL ASEGURADO, en caso lo tuviese.
- Copia certificada del Certificado de Defunción y/o Copia Certificada del Acta o Partida de Defunción.
- Copia simple del parte o atestado policial, en caso corresponda.
- Original del Certificado de necropsia, en caso corresponda, que deberán ser gestionadas en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Resultado de examen toxicológico del médico legal, en caso corresponda.
- Copia simple del DNI de los beneficiarios.

En caso no se hayan designado beneficiarios, además de los documentos indicados anteriormente, los herederos legales deberán presentar original de la escritura pública que contenga la sucesión intestada o el testamento, o en su defecto el original de la partida electrónica emitida por los Registros Públicos que contenga la inscripción de la respectiva declaratoria de herederos emitida por la correspondiente autoridad judicial.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro. En caso la empresa requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación e información presentada por EL BENEFICIARIO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el párrafo anterior, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que, dentro del periodo antes

señalado, se haya presentado la solicitud de prórroga del plazo con que cuenta LA COMPAÑÍA para aprobar o rechazar el siniestro.

El pago deberá efectuarse en un plazo no mayor de 30 días siguientes de aprobado o consentido el siniestro.

7.2. INVALIDEZ PERMANENTE:

Producido un accidente indemnizable en virtud de esta póliza, se deberá comunicar a LA COMPAÑÍA por escrito, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Cuando el beneficiario debido a culpa leve, incumpla con comunicar a LA COMPAÑÍA dentro del plazo indicado en el párrafo anterior, no será motivo para que sea rechazado el siniestro. Sin embargo, LA COMPAÑÍA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado, cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a LA COMPAÑÍA

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, se pierde el derecho a ser indemnizado salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro.

Esta sanción no se producirá si se prueba que LA COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

Posteriormente al aviso del siniestro, EL BENEFICIARIO deberá presentar en las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias o a través del Comercializador, en caso corresponda, los documentos siguientes:

- Copia simple del DNI de EL ASEGURADO.
- Original o copia certificada del Certificado Médico en el que se determine la fecha de ocurrencia del accidente y fecha en que se determina la invalidez permanente.
- Copia simple del parte o atestado policial, en caso corresponda.
- Resultado de examen toxicológico del médico legal, en caso corresponda.

LA COMPAÑÍA efectuará la comprobación y determinación de tal invalidez luego de la presentación de la documentación antes mencionada. La determinación de la invalidez será realizada sobre la base de la Tabla de Indemnizaciones inserta en el art. 6° de las Condiciones Generales.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro. En caso la empresa requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación e información presentada por EL ASEGURADO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20)

días del plazo antes señalado; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el párrafo anterior, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que, dentro del periodo antes señalado, se haya presentado la solicitud de prórroga del plazo con que cuenta LA COMPAÑÍA para aprobar o rechazar el siniestro.

El pago deberá efectuarse en un plazo no mayor de 30 días siguientes de aprobado o consentido el siniestro.

7.3. INCAPACIDAD TEMPORAL.-

Producido un accidente indemnizable en virtud de esta póliza, se deberá comunicar a LA COMPAÑÍA por escrito, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Cuando el beneficiario debido a culpa leve, incumpla con comunicar a LA COMPAÑÍA dentro del plazo indicado en el párrafo anterior, no será motivo para que sea rechazado el siniestro. Sin embargo, LA COMPAÑÍA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado, cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a LA COMPAÑÍA

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, se pierde el derecho a ser indemnizado salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro.

Esta sanción no se producirá si se prueba que LA COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

Posteriormente al aviso del siniestro, EL BENEFICIARIO deberá presentar en las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias o a través del Comercializador, en caso corresponda, los documentos siguientes:

- Copia simple del DNI de EL ASEGURADO
- Original o copia certificada del Certificado Médico en el que se determine la fecha de ocurrencia del accidente y fecha en que se determina la incapacidad temporal.
- Copia simple del parte o atestado policial, en caso corresponda.
- Resultado de examen toxicológico del médico legal, en caso corresponda.

LA COMPAÑÍA efectuará la comprobación y determinación de tal incapacidad luego de la presentación de la documentación antes mencionada.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro. En caso la empresa requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación e información presentada por EL ASEGURADO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el párrafo anterior, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que, dentro del periodo antes señalado, se haya presentado la solicitud de prórroga del plazo con que cuenta LA COMPAÑÍA para aprobar o rechazar el siniestro.

El pago deberá efectuarse en un plazo no mayor de 30 días siguientes de aprobado o consentido el siniestro.

7.4. GASTOS DE CURACIÓN:

Los gastos efectuados serán reembolsados por LA COMPAÑÍA según las tarifas razonables y acostumbradas para el Perú. Se entenderán como tales los cobrados por la mayoría de los proveedores por el mismo servicio o suministro, y teniendo como máximo el señalado en el tarifario "A" (pacientes particulares) más 100% de las clínicas privadas. Dicho tarifario "A" se encuentra en la pagina: <https://www.mapfre.com.pe/media/TARIFARIO-REEMBOLOS-MAPFRE-2018-1.pdf>

A este efecto se deberá presentar la correspondiente declaración de accidente en formulario proporcionado por LA COMPAÑÍA, el Original o copia certificada del certificado médico donde se detalle la evolución del accidente y secuelas resultantes, los originales de las facturas que respalden dichos gastos, y los originales de las órdenes médicas sustentatorias de los mismos. Dicha documentación deberá ser presentada en las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias, o a través del Comercializador, en caso corresponda.

Cuando EL ASEGURADO tenga cubierta esta garantía mediante otros contratos de seguro, LA COMPAÑÍA contribuirá al pago de los gastos de curación en la proporción que exista entre la garantía por ella otorgada y la totalidad de la cobertura obtenida por EL ASEGURADO.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiera establecido alguna franquicia aplicable a esta garantía, LA COMPAÑÍA asumirá el pago de estos gastos en exceso de aquella y hasta el límite asegurado.

EL ASEGURADO, después de haber utilizado total o parcialmente la suma estipulada para esta cobertura, podrá solicitar su restitución al importe original, pagando la prima proporcional que corresponda al tiempo que falte para el vencimiento anual de la Póliza. Queda expresamente convenido que la referida restitución de la suma asegurada será de aplicación exclusiva para cualquier otro eventual siniestro que se produzca con posterioridad a la citada rehabilitación.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro. En caso la empresa requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación e información presentada por EL ASEGURADO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el párrafo anterior, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que, dentro del periodo antes señalado, se haya presentado la solicitud de prórroga del plazo con que cuenta LA COMPAÑÍA para aprobar o rechazar el siniestro.

El pago deberá efectuarse en un plazo no mayor de 30 días siguientes de aprobado o consentido el siniestro.

7.5. GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL:

En adición a la documentación requerida para la cobertura de Fallecimiento por Accidente se deberán presentar las facturas originales de los gastos de sepelio por concepto de ataúd, salón velatorio, nicho perpetuo y carroza. Dicha documentación deberá ser presentada en las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias o a través del Comercializador, en caso corresponda.

Queda establecido que esta cobertura no será de aplicación en caso los referidos gastos hubieran sido amparados por otro seguro. Sólo se cubrirá en estos casos el diferencial no cubierto por el otro seguro hasta el monto del plan elegido.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro. En caso la empresa requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación e información presentada por EL BENEFICIARIO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el párrafo anterior, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que, dentro del periodo antes señalado, se haya presentado la solicitud de prórroga del plazo con que cuenta LA COMPAÑÍA para aprobar o rechazar el siniestro.

El pago deberá efectuarse en un plazo no mayor de 30 días siguientes de aprobado o consentido el siniestro.

Artículo 8º: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

EL ASEGURADO durante el curso del contrato deberán notificar por escrito a LA COMPAÑÍA, los hechos y circunstancias que agraven el riesgo y que sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría celebrado en condiciones más gravosas. Comunicado a LA COMPAÑÍA la agravación del riesgo, ésta debe manifestar al CONTRATANTE, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo.

Tendrán la consideración de agravaciones del riesgo:

- a. El cambio de actividad y ocupación del ASEGURADO, aún de carácter temporal, que signifiquen un mayor riesgo de accidentes respecto a la situación declarada previamente a LA COMPAÑÍA. No obstante no tendrán tal consideración los trabajos o reparaciones domésticas realizadas sin fines lucrativos.

- b. La incapacidad o invalidez de tipo permanente y las enfermedades de carácter crónico sobrevenidas al ASEGURADO por hechos no amparados por esta Póliza.

Cuando LA COMPAÑÍA opte por resolver el contrato tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si no le comunica oportunamente la agravación del riesgo, tiene derecho a percibir la prima por el período de seguro en curso.

Artículo 9º: PLURALIDAD DE SEGUROS

9.1. De acuerdo con lo estipulado en las Cláusulas Generales de Contratación, el ASEGURADO se obliga a declarar a LA COMPAÑÍA los otros seguros que sobre los mismos riesgos amparados por esta póliza hubiere contratado o contrate en lo sucesivo; así como a informar las modificaciones que dichos seguros experimenten.

9.2. Las indemnizaciones por Muerte e Invalidez Permanente previstas en esta póliza, serán cobradas en su integridad por el ASEGURADO o sus beneficiarios, con independencia de los beneficios que le correspondan en virtud de los demás seguros que hubiere contratado el ASEGURADO.

9.3. En el caso de las coberturas de Incapacidad Temporal, el ASEGURADO solo podrá reclamar de sus aseguradores las indemnizaciones que correspondan en forma proporcional a la suma asegurada por cada uno de ellos, sin exceder en conjunto del límite total del 100% de la remuneración percibida por el ASEGURADO.

9.4. En el caso de las coberturas de Gastos de Curación y Sepelio, se pagarán los gastos cubiertos incurridos en exceso de los reembolsos a que tuviera derecho el ASEGURADO por otros seguros.

Artículo 10º: CÚMULO

Queda entendido y convenido que este Seguro cubre hasta los capitales indicados en las condiciones particulares de la Póliza.

El monto establecido para los cúmulos de la presente póliza están especificados en las en las Condiciones Particulares.

Son aplicables a la presente póliza los todos los términos y condiciones de las Cláusulas Generales de Contratación Seguro Individual y Grupal de Accidentes Personales que se referan los seguros grupales.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIÓN ESPECIAL 001 INCAPACIDAD TEMPORAL CON DEDUCIBLE

Mediante el correspondiente descuento de prima, se deja constancia que, para los efectos del pago de la indemnización diaria contratada en la cobertura de Incapacidad Temporal, ésta será efectuada a partir del día siguiente al vencimiento del plazo del deducible estipulado en las Condiciones Particulares.

Permanecen vigentes las demás estipulaciones y exclusiones, previstas en las Cláusulas Generales de Contratación y en las Condiciones Generales del Seguro de Accidente Personales, en cuanto no se encuentren expresamente modificadas por la presente cláusula.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIÓN ESPECIAL 002 REEMBOLSO DE GASTOS DE CURACIÓN EN EXCESO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Mediante correspondiente descuento de prima, se deja constancia que, dado que el(los) Asegurado(s) tiene(n) derecho a las prestaciones de salud otorgadas por Essalud, LA COMPAÑÍA garantiza solamente los Gastos de Curación en la parte que excedan a los reintegros reconocidos al ASEGURADO por Essalud al cual se encuentre(n) afiliado(s) y únicamente hasta el límite de la suma contratada por esta cobertura.

En consecuencia, ocurrido un accidente amparado por esa póliza, para efectuar el reembolso de los gastos efectivos la cobertura de Gastos de Curación, el ASEGURADO deberá presentar, además de la documentación exigida en la Póliza, copia de la liquidación abonada por Essalud y copia de todas las facturas canceladas por esta cobertura, con el objeto de que LA COMPAÑÍA pueda saldar la diferencia que exista entre el total facturado y la liquidación de Essalud, hasta el límite de la suma asegurada.

Cuando por cualquier causa el ASEGURADO omitiera gestionar el reintegro ante Essalud, LA COMPAÑÍA pagará la suma que a juicio de su Departamento Médico no hubiere reconocido dicho organismo de haberse seguido el trámite normal.

Permanecen vigentes las demás estipulaciones y exclusiones, previstas en las Cláusulas Generales de Contratación y en las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales, en cuanto no se encuentren expresamente modificadas por la presente cláusula.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIÓN ESPECIAL 003 GASTOS DE CURACIÓN CON DEDUCIBLE

Mediante el correspondiente descuento en la prima al ASEGURADO; las partes acuerdan que, para los efectos de cualquier indemnización por concepto de la cobertura de Gastos de Curación, el importe indicado en las Condiciones Particulares como deducible será por cuenta del ASEGURADO, en cada siniestro.

Permanecen vigentes las demás estipulaciones y exclusiones, previstas en las Cláusulas Generales de Contratación y en las Condiciones Generales del Seguro de Accidente Personales, en cuanto no se encuentren expresamente modificadas por la presente cláusula.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIÓN ESPECIAL 004 COBERTURA LIMITADA A HORAS DE TRABAJO

Mediante el correspondiente descuento en la prima, se deja constancia que las coberturas de la presente póliza quedan limitadas exclusivamente a las horas de trabajo del ASEGURADO de acuerdo al horario establecido por la entidad donde presta servicios y siempre que se encuentre laborando en él o para ella.

Quedan comprendidas dentro de esta cobertura todas las actividades y viajes que realice el ASEGURADO por cuenta y disposición de la empresa, incluyendo el trayecto de su domicilio a la empresa y viceversa.

Permanecen vigentes las demás estipulaciones y exclusiones, previstas en las Cláusulas Generales de Contratación y en las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales, en cuanto no se encuentren expresamente modificados por la presente cláusula.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIÓN ESPECIAL 005 COBERTURA LIMITADA A HORAS NO LABORABLES

En virtud de la presente, la póliza a la que se adhiere esta cláusula queda restringida y limitada a las horas no laborables del ASEGURADO, entendiéndose como tales las no comprendidas dentro del horario establecido por la entidad donde presta servicios. Esta limitación será extensiva y no serán amparados aquellos accidentes que puedan ocurrir al ASEGURADO cumpliendo labores en el centro de trabajo o para la entidad, aún fuera del mencionado horario. Asimismo, LA COMPAÑÍA aplicará un descuento en la prima por restricción de la cobertura.

Permanecen vigentes las demás estipulaciones y exclusiones, previstas en las Cláusulas Generales de Contratación y en las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales, en cuanto no se encuentren expresamente modificados por la presente cláusula.

Las Condiciones Especiales pactadas por las partes, prevalecen sobre esta cláusula.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIÓN ESPECIAL 006 INVALIDEZ PERMANENTE PREVIA AL SEGURO

Habiéndose declarado al ASEGURADO tener una Invalidez Permanente Parcial cuyas características y porcentaje se indica en las Condiciones Particulares; las partes convienen de modo especial que en el caso que surgiera otra invalidez permanente, parcial o total, a consecuencia de un accidente cubierto por la presente póliza; la indemnización se determinará en la forma siguiente:

- a. En el caso que la Invalidez, proveniente de un accidente ocurrido al Asegurado durante la vigencia de este Seguro, afecte la invalidez preexistente declarada por el ASEGURADO; la indemnización por este concepto será equivalente al grado de Invalidez permanente señalado en la tabla de indemnizaciones de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales menos el porcentaje señalado como invalidez previa al seguro.
- b. En el caso que el ASEGURADO sufra Invalidez Permanente por un accidente ocurrido en el transcurso de la vigencia de la póliza que no afecte la invalidez preexistente declarada por el ASEGURADO, la indemnización por este concepto será igual al grado de Invalidez Permanente señalado en la correspondiente Tabla de Indemnizaciones de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales.

Permanecen vigentes las demás estipulaciones y exclusiones, previstas en las Cláusulas Generales de Contratación y en las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales, en cuanto no se encuentren expresamente modificadas por la presente cláusula.