

# PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES

## ANEXO XI

### INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE

Certificado Individual No. \_\_\_\_\_

El presente Anexo queda sujeto a las condiciones generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Seguro Individual de Accidentes Personales arriba identificada. La vigencia será la misma de la Póliza Individual a la que se anexa y la cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el siguiente Anexo.

#### OBJETO DEL ANEXO

El presente Anexo tiene como objeto el pagar una indemnización por incapacidad total y permanente en base a la suma asegurada establecida en el Certificado Individual así como las condiciones establecidas en el presente Anexo.

Para los efectos de este Anexo, se define como INCAPACIDAD el hecho que el Asegurado sufra lesiones corporales por accidente o enfermedad que lo incapaciten permanentemente para el desempeño de todas sus labores diarias propias de su ocupación u otra apropiada a sus conocimientos y aptitudes que pudiere producirle remuneración o utilidad. También se considera INCAPACIDAD la pérdida completa e irremediable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos o de ambos pies o la pérdida conjunta de una mano y un pie. Se entiende por pérdida de una mano su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella; por pérdida de un pie su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de ella.

**Incapacidad Total y Permanente:** Si como consecuencia de enfermedad o accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los ciento ochenta (180) días calendario después de la fecha del Accidente o fecha de diagnóstico de la enfermedad, el Asegurado quedare Total y Permanentemente Incapacitado e impedido de desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia, y dicha incapacidad hubiese continuado por un período de seis (6) meses consecutivos y fuera total, continua y permanente al finalizar este período, la Compañía pagará, no después de tres (3) meses de recibida la prueba de que dicha incapacidad sea total, continua y permanente, el monto total de la cantidad estipulada en el Certificado Individual del seguro, para el presente Anexo.

La ocurrencia de cualquier pérdida específica por la cual la indemnización es pagadera bajo este Anexo, terminará de inmediato la cobertura bajo esta póliza; se devolverá la parte de la prima proporcional de todos los Anexos contratados cuando la ocurrencia de riesgo sea diferente a la Incapacidad Total y Permanente por cualquier causa.

#### **Determinación de la Incapacidad total y permanente:**

La Compañía determinará en un plazo máximo de 30 días calendario contados a partir de la fecha en que el asegurado presente a la Compañía toda la documentación requerida, si se ha producido la incapacidad total y permanente de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

En caso de reclamo por Invalidez Total y Permanente del Asegurado la documentación a presentar será la siguiente:

- a) *Formulario de Reclamación por Invalidez Total y Permanente* debidamente cumplimentado por el Asegurado o el Beneficiario correspondiente;
- b) *Formulario de Informe de Incapacidad del Médico Examinador* junto con una Certificación Médica debidamente emitida por el Tribunal Médico correspondiente, incluyendo el Diagnóstico y los reportes de pruebas y exámenes médicos que sirvieron de respaldo a este Diagnóstico;
- c) Fotocopia del documento de identidad o certificación de nacimiento, emitida por el Registro Civil, del Asegurado;
- d) Copia de la Cédula de Identidad o Certificación de Nacimiento del o los Beneficiarios designados por el Asegurado;

Adicionalmente la Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado cuya enfermedad o pérdida es la base de la reclamación, las veces que lo estime razonablemente necesario.

El Asegurado, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la comunicación de la denegación del reclamo por parte de la compañía, podrá requerir que la Incapacidad sea evaluada por una Junta Médica compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo.

La Junta Médica evaluará la incapacidad del Asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en este Anexo y determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha incapacidad.

La Junta Médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados por la Compañía.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago de la indemnización por parte de la Compañía, el contratante deberá continuar pagando las primas con el objeto de mantener vigentes las coberturas de la Póliza y el presente Anexo.

### **Incompatibilidad con la Cobertura de Muerte Accidental:**

La cobertura de este Anexo es incompatible con la Cobertura Principal de Muerte Accidental, cuando ambas coberturas cubran un mismo accidente. Por consiguiente, si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente cubierto por la cobertura principal y antes por el Anexo de Incapacidad Total y Permanente, las sumas que se paguen en virtud de la cobertura adicional, serán descontadas de las que corresponda pagar por el concepto de la cobertura de Muerte Accidental.

La suma pagada por esta cobertura adicional, no afectará la suma asegurada de la Cobertura Principal de Muerte Accidental en el caso de que el Asegurado falleciera a consecuencia de otro accidente posterior, todo ello siempre que ambas coberturas hayan sido contratadas.

### **LÍMITES DE EDAD**

La Compañía establecerá las edades mínima y máxima de aceptación para esta Cobertura, tanto para su primera vigencia como para sus renovaciones. De no establecerse edades mínimas o máximas específicas, se entenderá que las edades de ingreso estarán comprendidas entre los dieciocho (18) años y los sesenta y cuatro (64) años de edad y la edad máxima de permanencia en la Póliza será de sesenta y cinco (65) años.

### **Terminación de la cobertura de INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA:**

La cobertura indicada en este Anexo terminará con la ocurrencia de cualquiera de las siguientes causales:

- a) Falta de pago de la Prima pactada al vencimiento del Período de Gracia de conformidad con el artículo 1249 del Código de Comercio;
- b) Fallecimiento del Asegurado;
- c) Pérdida del Asegurado de cualquiera de sus condiciones de elegibilidad, de conformidad con esta Póliza;
- d) Por comprobarse inexactitud o falsedad en las declaraciones del Asegurado según se establece en el artículo 1141 del Código de Comercio.
- e) Por la terminación de la cobertura principal.
- f) El Asegurado podrá dar por terminada la cobertura en cualquier momento mediante previa notificación escrita a la Compañía, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación.
- g) Tanto el Asegurado como la Compañía podrán rescindir y dar por terminada la cobertura mediante previa notificación escrita a la otra parte, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de la renovación. En este último caso, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal la Prima no devengada.

## EXCLUSIONES

- I. Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivados o derivados directamente de lesiones provocadas por un accidente, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la Póliza.
- II. Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución, mítines, motines, tumultos, manifestaciones populares, riña y actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado por culpa grave del mismo.
- III. Lesiones y/u Homicidios cuando se derive de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales de cualquier clase o su tentativa, suicidio o cualquier conato del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- IV. Hernias y eventraciones, salvo que sean por accidente.
- V. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, salvo que sea por accidente.
- VI. Lesiones por abortos, cualquiera que sea su causa; salvo que el mismo sea a consecuencia de un accidente cubierto en esta póliza.
- VII. Los accidentes ocasionados por ataques cardíacos o epilépticos, sincopes, desvanecimientos, así como los que sobrevengan en estado de perturbación mental, de ebriedad, siempre y cuando, en este caso, se compruebe fehacientemente, mediante pruebas de alcoholemia, efectuadas por las autoridades competentes o médicas o legales, que los niveles de alcohol en la sangre eran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriagues Habitual, o mientras el Asegurado se encuentre bajo influencia de drogas a excepción de aquellas que se tomen bajo prescripción médica y que estas no adviertan al paciente sobre su consumo cuando se maneje maquinaria y/o vehículos automotores.
- VIII. Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten mediata o inmediatamente, de las lesiones amparadas.
- IX. Lesiones que el Asegurado sufra por la participación del mismo en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- X. Lesiones que el Asegurado sufra por 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 el seguro o durante su vigencia.
- XI. Enfermedades, lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por éstos:
  - a. Aquéllos que hayan sido declarados por el asegurado antes de la celebración del Contrato, y/o

- b. Aquéllos cuya existencia se determine en un expediente médico con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, y/o
  - c. Aquéllos que hayan sido diagnosticados con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, mediante pruebas de laboratorio o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o
  - d. Aquéllos por los que se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico previamente a la fecha de celebración del contrato.
- XII. Lesiones que el Asegurado sufra por la práctica o el desempeño de cualquier deporte que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, salvo que sea previamente aceptada por el asegurador, como ser la práctica de los deportes riesgosos. A manera de ejemplo y sin que la enumeración resulte taxativa o restrictiva sino meramente enunciativa, se consideran el automovilismo, montañismo, motociclismo, parapente, alas delta, paracaidismo, salto bungee, inmersión submarina, equitación rodeo.
- XIII. Lesiones que el Asegurado sufra por motociclismo, dónde el Asegurado sea en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
- XIV. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.
- XV. Lesiones que el Asegurado sufra por participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- XVI. Lesiones que el Asegurado sufra por Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- XVII. Lesiones a consecuencia de movimientos sísmicos desde el grado siete (7) inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el servicio Sismológico competente del país.