

CLÁUSULA ADICIONAL DE COBERTURA INCAPACIDAD

1° COBERTURAS ¿QUE CUBRIMOS?

- Recibirás el pago de la suma asegurada, si quedas incapacitado(a) temporalmente por Accidente y/o Enfermedad.
- El pago de la suma asegurada se realizará a partir del día XX de incapacidad y equivaldrá a un número de cuotas, de acuerdo con la siguiente tabla:

| DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS | NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| XX-XXX | Un solo pago de x cuotas |
| XXX en adelante | Un solo pago de x cuotas adicionales |

- Únicamente se cubren las incapacidades que ocurran a partir del día XX desde el inicio de vigencia de este seguro
- Si sufre una recaída o una nueva incapacidad superior o adicional a la primera incapacidad, dentro de los primeros x días de esta, se consideran cubiertas dentro del periodo de la primera.

2° EXCLUSIONES ¿QUE NO CUBRIMOS?

- Licencia de maternidad o paternidad.
- Incapacidad generada por estrés, ansiedad, depresión, desordenes nerviosos o enfermedad mental
- Enfermedades preexistentes.

3° DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura?

- Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Copia simple del Certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal y días de incapacidad emitido por el médico tratante.
- Copia simple de la Historia clínica.