

CLAUSULA PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 320131547

Esta cláusula adicional, no obstante lo estipulado en las condiciones generales de la póliza, se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO 1° - COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

El Capital Asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento será pagado por la compañía aseguradora anticipadamente al asegurado en caso de invalidez permanente dos tercios, siempre que se cumplan las siguientes condiciones copulativas:

- a) Que la póliza principal esté vigente.
- b) Que la invalidez permanente dos tercios se produzca antes que el asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las condiciones particulares de la póliza.
- c) Que la invalidez permanente dos tercios sea causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional.
- d) Que la patología alegada como invalidante no sea de aquellas excluidas en las condiciones generales de la póliza o en el artículo 3° de esta cláusula adicional. Se deja expresa constancia que el monto del capital asegurado a pagar por esta cláusula adicional, será siempre igual al monto que se debiera indemnizar por el seguro principal, en caso de fallecimiento, a la fecha de la invalidez.

Por consiguiente, el pago al asegurado de la indemnización por concepto de la presente cláusula adicional producirá la terminación inmediata de la póliza principal y de todas las demás cláusulas adicionales, de la misma forma que si se hubiese pagado el capital asegurado por fallecimiento en la póliza principal. En consecuencia, se extinguirá el derecho al cobro de otras indemnizaciones y del capital de sobrevivencia o valores garantizados, si existieren.

ARTÍCULO 2° - DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

- a) Invalidez permanente dos tercios: La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980. En todo caso, para efectos de esta cláusula adicional, siempre se considerara como invalidez permanente dos tercios los siguientes casos: La pérdida total de:
 - la visión de ambos ojos, o
 - ambos brazos, o
 - ambas manos, o
 - ambas piernas, o
 - ambos pies, o
 - una mano y un pie.
- b) Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.
- c) Pérdida Total: La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.
- d) Pérdida Funcional Absoluta: La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de funciones o fisiología del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

e) Miembro: Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.

f) Organos: Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

ARTÍCULO 3° - EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la invalidez permanente dos tercios del asegurado que ocurran a consecuencia de:

a) Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por si mismo o por terceros con su consentimiento.

b) La participación del asegurado 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.

c) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.

d) 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.

e) Que el asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente. f) 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.

g) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la contratación de la cobertura de esta cláusula adicional. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la compañía aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura.

En el certificado de cobertura se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza. Con todo, la declaración especial del asegurable no será necesaria en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por estos. Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las condiciones generales del seguro principal de la póliza.

ARTÍCULO 4° - RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La compañía aseguradora cubrirá la invalidez permanente dos tercios que afecte al asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el artículo N° 3 letras c),d) y f), cuando estos hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la compañía aseguradora con el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO 5° - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Será obligación del asegurado, proporcionar a la compañía aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la compañía para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la compañía solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la invalidez permanente dos tercios. El costo de estos será de cargo de la compañía aseguradora.

ARTÍCULO 6° - DENUNCIA DE SINIESTROS

Producida la invalidez permanente dos tercios del asegurado, cualquier persona deberá comunicarlo por escrito a la compañía dentro un plazo de noventa (90) días. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder el derecho a la indemnización establecida en la presente cláusula adicional, salvo en caso de fuerza mayor.

ARTÍCULO 7° - DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

La compañía aseguradora determinará en un plazo máximo de 30 días si se ha producido la invalidez permanente dos tercios de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso. El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la invalidez permanente dos tercios sea evaluada por una junta 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, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la invalidez permanente dos tercios del asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha invalidez permanente dos tercios. 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 la compañía aseguradora.

La declaración de invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, solo tendrá para la compañía aseguradora y para la Junta Médica un valor meramente informativo. Durante el período de evaluación, y hasta que proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la compañía, el contratante deberá continuar con el pago regular de la prima. Si procede el pago de la indemnización, se devolverán las primas pagadas desde el mes siguiente a la notificación de la invalidez a la compañía aseguradora.

ARTÍCULO 8° - TERMINACIÓN

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio del seguro principal de la póliza y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en éste, por las condiciones generales de la misma, de modo que sólo será válido y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y este vigente, quedando sin efecto:

- a) Por terminación anticipada del seguro principal o de la cobertura para algún asegurado. En este caso, esto es válido solo para dicho asegurado.
- b) Por rescate o transformación del seguro principal de la póliza en seguro saldado o en seguro prorrogado, cuando estos derechos estén contemplados en ésta.
- c) A partir de la fecha en que el asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las condiciones particulares de la póliza, rebajándose desde entonces la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.
- d) Por falta de pago de la prima convenida y estipulada en las condiciones particulares de la póliza para este adicional. En caso de no pago de prima para un asegurado en particular, la terminación anticipada será válida sólo respecto de aquel asegurado. Antes de producirse la terminación anticipada de la cobertura por falta de pago de prima que describe este artículo, se aplicará el periodo de gracia señalado en las condiciones generales del seguro principal.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización por una invalidez permanente dos tercios que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima será devuelta en los términos establecidos en el seguro principal. Asimismo, la compañía aseguradora podrá poner término anticipado a la cláusula adicional cuando el asegurable hubiese omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la compañía aseguradora, o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.