

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

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320150762

ARTÍCULO 1: COBERTURAS 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 o contratante según corresponda, en caso de invalidez permanente y definitiva dos tercios, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que la póliza principal esté vigente.

- b) Que la invalidez permanente y definitiva dos tercios se produzca antes que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia que se estipule en las Condiciones Particulares de la póliza.

- c) Que la invalidez permanente y definitiva dos tercios sea causada por enfermedad diagnosticada o accidente ocurrido durante la vigencia 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 el término inmediato 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.

ARTICULO 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

- a) Invalidez permanente y definitiva 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 considerará como invalidez permanente y definitiva 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) Órgano: Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

ARTICULO 3: EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la invalidez permanente y definitiva 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 sí 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 algún deporte riesgoso, que de común acuerdo las partes hayan decidido excluir de la cobertura. De dicha exclusión deberá dejarse constancia y estar detallada en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior se encuentra excluido de cobertura la práctica de los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, andinismo y/o montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y lanchas, benji (caída libre con cuerda, elástico), parapente.

- 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. Sin perjuicio de lo anterior se encuentra excluido de cobertura el desempeño de las siguientes actividades, profesiones u oficios riesgosos: bombero, minería subterránea, trabajos en altura o con alta tensión, radiólogo, ingeniero químico (planta), minero, periodista corresponsal de guerra, guardias con porte de armas, piloto de aeronave no comercial, tripulación de aeronave no comercial, miembro de fuerzas armadas, de orden y seguridad pública y de gendarmería.

- 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) Enfermedades preexistentes: aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor con anterioridad a la contratación del seguro o a su incorporación a este adicional, según corresponda. La Compañía deberá preguntar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que puedan importar una limitación o exclusión de cobertura.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal de la póliza.

ARTICULO 4: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La compañía cubrirá la invalidez permanente y definitiva 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 éstos hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la compañía aseguradora con el pago de la sobreprima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 5: PAGO DE PRIMAS

La prima de esta cláusula adicional se detalla en las Condiciones Particulares de la póliza, y se expresará en la misma moneda que la del seguro principal de la cual es parte integrante, debiendo pagarse en la misma forma y oportunidad de éste.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización por una invalidez permanente y definitiva dos tercios que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima será devuelta al contratante o asegurado, según corresponda.

ARTÍCULO 6: EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio de la póliza principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la póliza principal, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente.

ARTÍCULO 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 del Código de Comercio.

ARTICULO 8: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en el artículo 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 9: VIGENCIA Y DURACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional tendrá una duración de un año, contado desde la fecha de su vigencia inicial.

Su renovación será automática al final del período, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de carta certificada y por lo menos con 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento.

Adicionalmente, se producirá el termino del seguro a partir de la fecha en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecidas en las Condiciones Particulares, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.

ARTICULO 10: TÉRMINO ANTICIPADO DE LA COBERTURA

La cobertura otorgada en la presente cláusula adicional, terminará anticipadamente de forma automática con respecto a cada Asegurado, al momento de verificarse alguna de las siguientes circunstancias:

- 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 no cumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 8.

ARTICULO 11: AVISO DE SINIESTRO

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza principal, el asegurado, los beneficiarios o cualquier persona, deberán dar aviso a la Compañía por cualquiera de los medios habilitados al efecto de la ocurrencia de un siniestro amparado por esta cláusula adicional dentro de un plazo de noventa (90) días siguientes a la fecha de éste.

Asimismo, deberán presentar a la compañía de seguros los antecedentes relativos al siniestro dentro de los treinta (30) días contados desde la fecha del aviso.

En caso de incumplimiento del asegurado la Compañía podrá quedar liberada del pago de la indemnización que habría correspondido bajo esta cláusula adicional, de acuerdo a las normas generales que sean aplicables, salvo en caso de fuerza mayor, la cual deberá ser probada por quien la alega.

Será obligación del asegurado, proporcionar a la compañía 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 y definitiva dos tercios. El costo de estos será de cargo de la compañía aseguradora.

ARTICULO 12: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

La compañía determinará en un plazo máximo de 60 días si se ha producido la invalidez permanente y definitiva dos tercios de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso, contados desde la fecha de presentación de la última información requerida.

El asegurado, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la invalidez permanente y definitiva 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 Pensiones.

La Junta Médica evaluará la invalidez permanente y definitiva 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 y definitiva 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, será tomada en consideración por la compañía aseguradora y por la Junta Médica, al evaluar el siniestro, pero no tendrá carácter vinculante.

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.