

CLAUSULA DE INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320180103

ARTICULO Nº 1: COBERTURA

Mediante el pago de la prima adicional, la Compañía pagará al asegurado de la póliza, el capital contratado indicado en las condiciones particulares para esta cláusula adicional en caso de verificarse su invalidez permanente dos tercios, por causa no excluida, 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 y cinco (65) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares.
- c. Que la invalidez permanente dos tercios sea causada por un accidente ocurrido o enfermedad originada durante la vigencia de esta cláusula adicional.

ARTICULO Nº 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 considerará 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) Órgano: Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

ARTICULO Nº 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 sí mismo o por terceros con su consentimiento.

b) Que el asegurado se encuentre bajo los efectos del alcohol, drogas o alucinógenos, estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

c) La práctica de cualquier deporte objetivamente riesgoso. Serán consideradas riesgosas actividades tales como: competencias o ejercitación de tipo federado, de liga o club; equitación; carreras de caballos; lanchas; deportes mecánicos; así como los conocidos como deportes extremos y/o de contacto físico, tales como parapente, benji, montañismo o escalada, buceo o inmersión subacuática, paracaidismo, alas delta, artes marciales u otros del mismo género, y en general aquellas actividades que requieren el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica.

d) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio objetivamente riesgosa, que hayan sido declaradas por el asegurado y que las partes hayan acordado excluir de la cobertura, al no aceptar el contratante un recargo en las primas o de los costos de cobertura asociados, o que no haya sido declarado por el asegurado al momento de contratar la presente Póliza o durante su vigencia. En el primer caso, deberá dejarse constancia de las exclusiones en las condiciones particulares de la póliza.

e) 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.

f) Enfermedades o lesiones preexistentes, sus consecuencias y complicaciones. Se entenderá por enfermedades o lesiones preexistentes aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado con anterioridad a la fecha de contratación de la cobertura que otorga esta cláusula adicional. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión la compañía deberá consultar al asegurado acerca de todas aquellas enfermedades o situaciones que puedan importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el asegurado.

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

ARTICULO Nº 4: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La compañía aseguradora cubrirá la Invalidez Dos Tercios que afecte al asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades riesgosas excluidas en el Artículo 3 letras (c), (d) y (e), cuando éstos hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la

Compañía aseguradora con el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia de dicho acuerdo en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

ARTICULO Nº 5: TERMINACION DE LA COBERTURA

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 de la póliza.

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) Por efectuarse el pago al asegurado de la indemnización contemplada en esta cláusula adicional o a partir de la fecha en que el asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) 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) Cuando el asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional que contemple exoneración de pago de primas por invalidez o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.

e) Cuando el asegurador le ponga término anticipado. Para estos efectos, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 537 del Código de Comercio el asegurado acepta expresamente que el asegurador podrá poner término anticipadamente a este adicional, con expresión de las causas que lo justifiquen.

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.

ARTICULO Nº 6: PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTRO Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Producida la invalidez permanente dos tercios del asegurado, cualquier persona deberá comunicarlo por escrito a la Compañía dentro de 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.

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 dos tercios. El costo de éstos será de cargo de la compañía aseguradora.

ARTICULO N° 7: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

La compañía 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 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, sólo 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.