

CLAUSULA ADICIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320131508

ARTICULO 1º COBERTURA

Mediante el pago de la prima adicional, la Compañía reembolsará los gastos médicos razonables y acostumbrados efectivamente incurridos por el asegurado, en los términos y condiciones establecidos en esta cláusula adicional.

Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a las coberturas contratadas, las cuales están expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional, de acuerdo a los porcentajes, límites y edades ahí expresadas.

Las coberturas descritas en el artículo segundo de estas Condiciones Generales, pueden ser contratadas en forma conjunta, o bien, el asegurado puede optar por una de ellas.

El asegurado podrá solicitar los reembolsos de los gastos médicos que correspondan por las prestaciones en que incurra durante el período en que se encuentre amparado por esta cláusula adicional, y siempre que ésta se encuentre vigente a esa fecha.

ARTICULO 2º DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

En virtud de esta cláusula adicional las coberturas que otorga la compañía aseguradora, siempre y cuando estén expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional, en la forma y los límites allí señalados, son las que se indican a continuación.

Si en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional se hubiese estipulado un deducible, la compañía aseguradora reembolsará los gastos que excedan el deducible.

A) Beneficio de Hospitalización: Gastos provenientes de prestaciones realizadas durante una hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

a) Días cama hospitalización: Gastos por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.

b) Servicios hospitalarios: Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos especiales; equipos; insumos y medicamentos hospitalarios; y otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la incapacidad.

c) Honorarios médicos quirúrgicos: Los honorarios de médicos y arsenaleras que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.

d) Cirugía dental por accidente: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que ésta se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y este beneficio esté vigente. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

e) Servicio Privado de Enfermera: Servicio privado de enfermera durante la Hospitalización, siempre que haya sido prescrito por un médico tratante.

f) Servicio de Ambulancia: Servicio de ambulancia terrestre para conducir al Asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio de 50 Kms.

B) Beneficio Ambulatorio: Gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente en las Condiciones Particulares.

C) Beneficio de Maternidad: Si se contrata esta cobertura, la Compañía aseguradora reembolsará los gastos efectivamente incurridos provenientes de hospitalización, exámenes de laboratorio, procedimientos especiales, derecho a pabellón incluyendo los insumos utilizados dentro del pabellón, honorarios de médicos o matrona en que incurra un asegurado como consecuencia del embarazo, parto y nacimiento. También estarán cubiertos por este beneficio las complicaciones de los mismos, sea que el resultado de los mismos sea un parto normal, prematuro, cesárea, aborto no voluntario, embarazo extrauterino o ectópico y cualquier patología inherente al embarazo que requiera de una hospitalización prenatal o postnatal.

La fecha de la concepción debe ser posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura para el asegurado que se aplica.

Este beneficio será pagadero sólo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo y la Compañía aseguradora sólo reembolsará el porcentaje y hasta el tope indicado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional. La parte que exceda dicho tope no se entenderá cubierta por esta cláusula adicional.

D) Modalidades de Reembolso: Sin perjuicio de lo establecido en las Condiciones Particulares, la presente cláusula adicional contempla las siguientes modalidades de reembosos:

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido establecido en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.
2. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con cobertura en tales instituciones, por cualquier causa que sea, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido establecido en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.
3. En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a una institución de salud previsional regida por la ley 18.933 se cubrirá respecto de las prestaciones cubiertas por dicha institución de acuerdo a lo previsto en el inciso primero del artículo 33 bis de la referida ley, el porcentaje del gasto efectivamente incurrido establecido en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.
4. En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado al régimen de prestaciones de salud administrado por el Fondo Nacional de Salud de acuerdo a la ley 18.469, Fonasa, o cualquier otra institución estatal o servicio dependiente de la Administración del Estado que otorgue beneficios de salud a sus afiliados, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido establecido en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

Con todo, la aseguradora no reembolsará más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado.

ARTICULO 3º EXCLUSIONES GENERALES

Esta cláusula adicional no cubre los gastos médicos señalados en el artículo anterior, cuando ellos provengan o se originen por:

- a) La hospitalización para fines de reposo, como asimismo la hospitalización, consultas, tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas

- b) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.

- c) Los tratamientos estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento.

- d) Los tratamientos estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que tengan como finalidad corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de entrada en vigencia de esta cláusula adicional, para el respectivo asegurado.

- e) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por esta cláusula adicional.

- f) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA -, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.

g) Lesión o enfermedad causada por:

I. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.

II. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.

III. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.

IV. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.

V. Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones autoinferidas y abortos provocados.

VI. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

VII. Estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

h) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general.

i) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto.

j) Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los otorgados en el punto A) Beneficios de Hospitalización.

k) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad.

l) La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

m) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

n) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

o) Epidemias o cualquier extensión de un foco infeccioso o su multiplicación.

p) Malformaciones y/o patologías congénitas

q) Estudios de diagnóstico y tratamientos de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.

r) La obesidad mórbida o no, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones.

s) Tratamientos y/o cirugías oculares para vicios de refracción

t) Cualquier tipo de alimento aunque sean con fines terapéuticos

u) Tratamientos y remedios homeopáticos, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales.

v) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y lanchas; y otros deportes riesgosos, que hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia y de las cuales haya quedado constancia en las Condiciones Particulares.

w) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia y de las cuales haya quedado constancia en las Condiciones Particulares.

x) Cirugía de reducción mamaria por cualquier causa, y tratamiento secundarios o como consecuencia de cirugías estéticas.

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

ARTICULO 4º EXCLUSIÓN ESPECIAL DE PREEXISTENCIAS

Además de las exclusiones generales señaladas en el Artículo precedente, este adicional no cubrirá los gastos médicos cuando ellos provengan o se originen por preexistencias.

Para estos efectos, se entenderá por “preexistencia” a aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, declaradas con anterioridad a la contratación del seguro, de la incorporación o de la rehabilitación, según sea el caso, y que quedan excluidas de cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En el proceso de contratación del seguro, de incorporación o de rehabilitación, según sea el caso, el asegurador estará obligado a preguntar al asegurado acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que conozca el asegurado o le hayan sido diagnosticadas con anterioridad.

Las Condiciones Particulares establecerán las enfermedades preexistentes declaradas por el asegurador o contratante que serán excluidas de cobertura o las condiciones bajo las cuales se les asegurará.

ARTICULO 5º GASTOS EFECTIVAMENTE INCURRIDOS

Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta cláusula adicional, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones.

El asegurado tendrá obligación de informar a la compañía aseguradora, al momento de contratar esta cláusula adicional o al tiempo que le sean conferidos si es posterior, la existencia de otros beneficios convencionales o legales que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por la presente cláusula adicional, como asimismo, de su afiliación a alguna institución de salud previsional, tales como Isapres o Fonasa o cualquier institución estatal o servicio dependiente de la Administración del Estado.

ARTICULO 6º MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO

La Compañía aseguradora sólo reembolsará hasta el monto máximo por período de acumulación que se establece en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional, por los gastos incurridos por un asegurado a causa de una o más incapacidades. Así, en el caso de que un único siniestro ascienda precisamente a una suma equivalente al monto máximo de reembolso, no podrán ser cubiertos los siniestros posteriores, pero si el gasto cubierto no agota el monto asegurado, los siniestros siguientes se cubrirán en la medida del monto que resta.

ARTICULO 7º DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

1. 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 incapacidades.

2. Asegurado: Las personas a quienes afecte el riesgo que se transfiere al asegurador y que habiendo solicitado su incorporación, hayan sido aceptadas por la Compañía aseguradora y se encuentren individualizados, en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

3. Carencia: Es el periodo establecido en las Condiciones Particulares, contados desde el inicio de la vigencia de esta cláusula adicional, o de su rehabilitación o de la incorporación de los asegurados a ella, durante el cual no están cubiertos los eventos o incapacidades ocurridos al asegurado, quedando éstos automáticamente excluidos de esta cobertura respecto del asegurado afectado. La Compañía no indemnizará los gastos incurridos por el asegurado, originados con ocasión de un evento o incapacidad ocurrido en ese período.

4. Contratante: La persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía de seguros y asume las obligaciones y cargas que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.

5. Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos por esta cláusula adicional que las partes han acordado sea soportado por el asegurado a todo evento que conjuntamente al período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

6. Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente reconocido.

7. Evento: El conjunto de gastos médicos reembolsables originados por un mismo diagnóstico de incapacidad y las consecuencias y complicaciones relacionadas directamente con ese diagnóstico, con una

duración máxima definida en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional contada desde la fecha de pago del primer reembolso cubierto por la incapacidad en particular.

8. Gastos Ambulatorios: Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, esto aún cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

9. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

10. Hospital: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

11. Hospitalización: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica y que utilice, a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

12. Incapacidad: Toda enfermedad o dolencia, y además toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requieran tratamiento médico.

Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola incapacidad.

Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad.

13. Incapacidad Preexistente: Cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, según se establece en el artículo 4 de esta cláusula adicional.

14. Médico: Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.

15. Período de Acumulación: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso establecido en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

16. Representante: Para efectos de esta cláusula adicional se entenderá como representante al asegurado que completa y firma la declaración personal de salud para sí y para los demás asegurados.

ARTICULO 8º DECLARACION DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. La veracidad de las declaraciones hechas por los asegurados en la

propuesta o solicitud de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información solicitada por la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no fueron determinantes del riesgo asegurado, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, el asegurador tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Sin perjuicio de lo anterior, transcurridos dos años contados desde la vigencia de la póliza, o desde la incorporación del asegurado, o desde la última rehabilitación o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiesen sido dolosas.

ARTICULO 9° AUTORIZACION PARA RECABAR INFORMACION

El contratante y los asegurados autorizan expresamente a la Compañía aseguradora y le otorga en este acto poder suficiente e irrevocable en los términos del artículo 241 del Código de Comercio, en tanto rija esta cláusula adicional, para requerir de todos los médicos, hospitales, clínicas, laboratorios, otras instituciones de salud o personas que lo hubieran examinado o asistido en sus dolencias, lesiones o enfermedades, los antecedentes médicos, clínicos o patológicos que pudieren tener respecto de su estado de salud y de sus dependientes. La ejecución de esta cláusula no libera al asegurado de sus obligaciones legales y de las establecidas en el artículo 13 letra c) de esta cláusula adicional.

ARTICULO 10º REAJUSTE DE LA PRIMA

La prima de esta cláusula adicional podrá ser ajustada, de acuerdo a la tarifa por edad establecida en las Condiciones Particulares vigente al momento del cumpleaños del asegurado respectivo. Adicionalmente la prima podrá ser ajustada anualmente al momento de la renovación del contrato conforme a los porcentajes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Cualquier ajuste no previsto en las Condiciones Particulares, deberá ser informado por la Compañía al contratante con una anticipación de sesenta (60) días, teniendo el derecho el contratante de aceptar la modificación o renunciar a este adicional, lo cual deberá informar en un plazo de treinta (30) días. Si así no lo hiciere se entenderá que acepta la modificación de la prima de este adicional.

ARTICULO 11º DURACION DEL ADICIONAL

Este adicional, tendrá una duración de un año, contado desde su fecha de vigencia inicial.

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

No habiendo renovación de esta cláusula adicional, el asegurado carecerá de todo derecho a solicitar el reembolso de los gastos incurridos con posterioridad a esa fecha.

ARTICULO 12º AVISO DE SINIESTROS

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente cláusula adicional, el asegurado o el contratante, según sea el caso, deberá informarlo a la compañía aseguradora, dentro de un plazo de sesenta (60) días contados desde la fecha de la prestación, en el formulario especial que la compañía aseguradora facilitará al efecto.

El cumplimiento extemporáneo de ésta obligación, hará perder los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, liberando a la Compañía del pago de la indemnización que habría correspondido.

ARTICULO 13º REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO

Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto por parte de la compañía aseguradora:

- a) La entrega oportuna del asegurado o el contratante, según sea el caso, a la compañía aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.

- b) La declaración del asegurado o el contratante si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y a los cuales pertenezca el asegurado.

c) La entrega a la compañía aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado de las boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de ordenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos al asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la compañía aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

ARTICULO 14º PAGO DE SINIESTROS

Denunciado un siniestro y cuantificada la pérdida, la compañía aseguradora efectuará el pago de la indemnización inmediatamente después de concluido el análisis de los antecedentes respectivos.

El pago de la indemnización, se efectuará en las oficinas principales de la compañía aseguradora al respectivo contratante o al asegurado, según fuere el caso.

En caso que los gastos cuya devolución se esté solicitando se hubieran efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio oficial vendedor que exista a la fecha de pago, conforme el procedimiento establecido en el Título II de la Ley Nº 18.010.

La Compañía aseguradora podrá deducir de futuros reembolsos los montos que hubiere pagado indebidamente por esta cobertura.

ARTICULO 15º BENEFICIARIOS

El reembolso de los gastos efectivamente incurridos, según se definen en esta cláusula adicional, se efectuará por la Compañía al contratante del seguro. En el evento que el contratante fuere el mismo asegurado y hubiese fallecido antes de solicitar el reembolso, se pagará a quién acredite haber realizado los gastos reembolsables.

ARTICULO 16º TERMINACION DEL CONTRATO

a) Anticipada. En caso de terminación anticipada de esta cláusula adicional cesará toda responsabilidad de la Compañía aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado esta cláusula adicional.

Encontrándose la presente cláusula adicional vigente, la cobertura terminará anticipadamente para el asegurado cuando el contratante o el asegurado 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 de acuerdo a lo señalado en el artículo 8 de esta Cláusula Adicional.

b) General: Se deja constancia que la presente cláusula adicional quedará sin efecto a la fecha en que el asegurado titular cumpla la edad señalada en las Condiciones Particulares y la Compañía no tendrá obligación alguna con respecto de los riesgos que cubre al asegurado titular.

ARTICULO 17º TÉRMINO DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto:

a) Por terminación anticipada del seguro principal.

b) 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.

c) Por no haberse renovado la vigencia de la cláusula adicional en los términos del artículo 11 de esta cláusula adicional.

d) Por la llegada de la edad de término establecida en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización cubierta por esta cláusula adicional y cesará toda responsabilidad de la Compañía respecto de la indemnización.