

**CLAUSULA ADICIONAL PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO
DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS**

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320130890

ARTICULO Nº 1: COBERTURA

El capital asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento será pagado por la compañía de seguros anticipadamente al asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

a) Que la póliza principal, esta clausula adicional y el asegurado estén vigentes a la fecha de la enfermedad o accidente.

b) Que la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios (2/3) 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 Total y Permanente Dos Tercios se produzca como consecuencia de una enfermedad diagnosticada o conocida por el asegurado durante la vigencia de esta cláusula adicional o se produzca como consecuencia directa de un 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 la terminación inmediata de la póliza principal y de todas las demás cláusulas adicionales para todos los efectos, y de la misma forma que si se hubiese pagado el capital asegurado por fallecimiento en la póliza principal.

ARTICULO Nº 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

a) Invalidez Total y Permanente Dos Tercios: La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de un accidente o de una o más enfermedades, que implique, un menoscabo permanente, con una pérdida de a lo menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo evaluado conforme a las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema de Pensiones regulado por el Decreto Ley Nº 3.500 de 1980, y sus modificaciones.

En todo caso, se consideran casos de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios:

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.

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.

g) Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema de Pensiones: Son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial

h) Enfermedad preexistente o situación de salud preexistente: 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.

ARTICULO N° 3: EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios del asegurado que ocurra a consecuencia de accidentes originados por o enfermedades que provengan 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 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.

d) 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.

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, lesiones o condiciones médicas preexistentes según se define en el artículo anterior. 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.

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.

ARTICULO Nº 4: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La compañía de seguros cubrirá la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios que afecte al asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el artículo Nº 3 letras c),d) y f), cuando estos hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la compañía de seguros con el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

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 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.

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 Total y Permanente Dos Tercios que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima será devuelta.

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

Producida la invalidez permanente del asegurado, cualquier persona deberá comunicarlo por escrito a la compañía de seguros 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.

Asimismo, deberá presentar a la compañía de seguros los antecedentes relativos al siniestro dentro de los ciento ochenta (180) días contados desde la fecha de denuncia del siniestro.

Será obligación del asegurado, proporcionar a la compañía de seguros todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la compañía de seguros 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 de seguros solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios. El costo de éstos será de cargo de la compañía de seguros.

ARTICULO N° 7: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

La compañía de seguros determinará, de conformidad a las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema de Pensiones, ya citadas, si se ha producido la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes médicos, clínicos y/o de laboratorio requeridos, en un plazo máximo de 30 días, contados desde la fecha en que haya recibido todos los antecedentes necesarios para la liquidación.

El menoscabo del asegurado deberá necesariamente haber sido evaluado conforme a las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema de Pensiones, de tal manera que tratándose de asegurados cuya Invalidez Total y Permanente Dos Tercios haya sido calificada y dictaminada en conformidad con las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema de Pensiones, la compañía de seguros se pronunciará acerca si la enfermedad fue conocida por el asegurado o diagnosticada dentro de la vigencia de esta adicional o si el accidente acaeció dentro de la vigencia de este adicional. Adicional a ello, la compañía de seguros deberá pronunciarse si es aplicable o no alguna exclusión de las señaladas en el artículo N° 3 precedente.

Por el contrario, si el menoscabo del asegurado no ha sido evaluado conforme a las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema de Pensiones, la compañía de seguros procederá a evaluar el menoscabo aplicando las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema de Pensiones, conjuntamente con pronunciarse si la enfermedad fue conocida por el asegurado o diagnosticada dentro de la vigencia de esta adicional o si el accidente acaeció dentro de la vigencia de esta adicional. Adicional a ello, la compañía de seguros se pronunciará si es aplicable o no alguna exclusión de las señaladas en el artículo N° 3 precedente.

El asegurado, dentro de los veinte (20) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía de seguros, podrá requerir por una única vez que su situación sea evaluada por una junta compuesta por dos médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de tres o más médicos propuestos por la compañía de seguros, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año, como miembros de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones.

La Junta Médica evaluará al asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y 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 Sistema de Pensiones, determinando, si procede, a su vez la fecha en que se produjo la Invalidez Total y 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 de seguros.

Toda declaración o dictamen de invalidez o incapacidad no amparada por las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema de Pensiones será considerado por la compañía de seguros como un antecedente adicional y referencial, pero no vinculante al momento de liquidar el siniestro.

ARTICULO N° 8: OBLIGACION DE PAGO DE PRIMA

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda al pago definitivo de indemnización correspondiente por parte de la compañía de seguros, el asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima.

Si se procediere a aceptar por la compañía aseguradora el siniestro, se hará devolución de la prima pagada desde la fecha de declaración de la invalidez cubierta por esta cláusula adicional.