

CLAUSULA DE INVALIDEZ DOS TERCIOS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD220131060

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria de la póliza principal. En consecuencia, se regirá por las Condiciones Generales de dicha póliza y por lo dispuesto en los siguientes artículos:

ARTICULO 1: COBERTURA.

La compañía pagará al Asegurado el capital, que por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional en caso de verificarse su Invalidez Dos Tercios, por causa no excluida, siempre que se cumplan las siguientes condiciones copulativas:

- (a) Que la cobertura principal se encuentre vigente;
- (b) Que la Invalidez Dos Tercios se produzca antes que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad; y,
- (c) Que la Invalidez Dos Tercios sea causada por un Accidente ocurrido o una Enfermedad diagnosticada o conocida por Asegurado con posterioridad al período de carencia y durante la vigencia de esta cláusula adicional.

El pago de la indemnización en virtud de esta cláusula adicional implicará una disminución del capital asegurado de la cobertura principal al monto que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza.

La prima se determina en base a tasas y montos fijos que dependen de la edad actuarial del Asegurado y el capital asegurado contratado, los que por su naturaleza, se detallan en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional. Dichas tasas serán aplicadas sobre el capital asegurado de la cobertura.

ARTICULO 2: DEFINICIONES.

Para los efectos de esta cláusula adicional las siguientes expresiones tendrán el significado que se indica a continuación:

1. Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al 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 un 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, infecciones virales o bacterianas que sufra el Asegurado, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
2. Asegurado: Es toda persona natural que habiendo sido debidamente aceptada como tal por la compañía, está habilitada para requerir la cobertura otorgada por esta cláusula adicional y se encuentra individualizada en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.
3. Enfermedad: Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sean efectuados por un

Médico legalmente reconocido.

4. Invalidez Dos Tercios: Es la pérdida de la capacidad de trabajo o el debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales del Asegurado que implique la pérdida de, a lo menos, dos tercios de su capacidad de trabajo.

5. Médico: Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de médico cirujano otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario.

ARTICULO 3: EXCLUSIONES.

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Dos Tercios del Asegurado que ocurra 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 o estudio clínico, exhibición, desafío o actividad objetivamente peligrosos, entendiéndose por tales aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas;

(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 riesgoso que las partes hayan acordado excluir de la cobertura, al no aceptar el contratante un incremento de la prima respectiva, o que no haya sido declarado por el Asegurado;

(e) Enfermedades o lesiones preexistentes, sus consecuencias y complicaciones. Se entenderá por enfermedades o lesiones preexistentes aquéllas diagnosticadas o conocidas por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación de la cobertura que otorga esta cláusula adicional. La compañía deberá consultar al Asegurado acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que pueden 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, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza;

(f) Manejar bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad o encontrarse el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas o alucinógenos, de acuerdo a la legislación vigente;

(g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase como pasajero o piloto, 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; o,

(h) Negligencia médica en tratamientos fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos declarada judicialmente.

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

ARTICULO 4: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA.

La compañía cubrirá la Invalidez Dos Tercios que afecte al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes objetivamente riesgosos excluidos en el Artículo 3 letras (c), (d) y (g), únicamente cuando éstos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la compañía con el correspondiente incremento de la prima, dejándose constancia de dicho acuerdo en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

ARTICULO 5: CARENCIA.

Corresponde al período durante el cual el Asegurado no tiene derecho a percibir los beneficios que otorga esta cláusula adicional siempre que la Invalidez Dos Tercios tenga un origen psíquico causado por un trauma físico o psíquico; tumores; drogas o medicinas; alcohol agudo o crónico y cualquier Enfermedad capaz de producir daño psíquico. El período de carencia, por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional y no se aplicará para la Invalidez Dos Tercios causada por un Accidente que cause un daño psíquico ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional.

En los casos señalados precedentemente, la compañía no estará obligada a pagar indemnización alguna al Asegurado a causa de un siniestro que se verifique dentro del período de carencia.

La cobertura otorgada en virtud de esta cláusula adicional tendrá el período de carencia indicado en sus Condiciones Particulares, contado desde: (i) la fecha de vigencia inicial de esta cláusula adicional para el Asegurado; o (ii) la rehabilitación de la póliza; según corresponda.

ARTICULO 6: TERMINO DE LA COBERTURA.

Esta cláusula adicional sólo será válida y regirá mientras la póliza principal esté vigente, quedando sin efecto en los siguientes casos:

- (a) Por término anticipado de la póliza principal;
- (b) Por efectuarse el pago al Asegurado de la indemnización contemplada en esta cláusula adicional; o,
- (c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.

El eventual pago de la prima después de haber quedado sin efecto la cobertura, no dará derecho, en ningún caso, a solicitar el pago de la indemnización por Invalidez Dos Tercios del Asegurado a causa de un Accidente o Enfermedad que se produzca con posterioridad a la fecha de término de la cobertura. En tal caso sólo se generará la obligación de la compañía de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad posterior.

ARTICULO 7: PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTRO Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la cobertura principal, producida la Invalidez Dos Tercios del Asegurado a causa de un Accidente que por sí sólo configure una Invalidez Dos Tercios, cualquier persona deberá dar aviso por escrito a la compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de dicho Accidente. En caso de Enfermedad o Accidente que por sí sólo no configure una Invalidez Dos Tercios, el aviso por escrito a la compañía deberá realizarse dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha en que se encuentre ejecutoriado el dictamen del correspondiente sistema previsional, en caso que éste exista.

Asimismo, deberán presentarse a la compañía los antecedentes relativos al siniestro dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha en que se denunció el siniestro a la compañía.

Será obligación del Asegurado proporcionar a la compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, como también aquellos documentos legales necesarios para acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por esta cláusula adicional, para lo cual dispone de un plazo de sesenta (60) días contado desde el requerimiento. Asimismo, será obligación del Asegurado autorizar a la compañía para requerir de sus Médicos tratantes y/o instituciones de salud, incluido el Instituto de Salud Pública (ISP), todos los antecedentes que ellos posean, someterse a los exámenes y pruebas que la compañía solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la Invalidez Dos Tercios. El costo de éstos será de cargo de la compañía.

El no efectuar el denuncia del siniestro dentro del plazo antes señalado y la presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta cláusula adicional o a las Condiciones Generales de la cobertura principal y que digan relación con los riesgos cubiertos bajo esta cláusula adicional, implicará la pérdida del derecho a cobrar la indemnización de este siniestro, liberando a la compañía del pago de la indemnización que habría correspondido bajo esta cláusula adicional, salvo en caso de fuerza mayor, la cual deberá ser probada por quien la alega.

ARTICULO 8: MODALIDADES DE PAGO DE LA INDEMNIZACION.

Al momento de la contratación de la póliza, el contratante deberá escoger la modalidad de pago de la indemnización que corresponderá si la Invalidez Dos Tercios del Asegurado ocurre durante la vigencia de esta cobertura y por causa no excluida, optando por una o más de las siguientes alternativas:

(i) Pago total o parcial de la indemnización al momento de verificarse la Invalidez Dos Tercios del Asegurado;

(ii) Pago total o parcial de la indemnización en forma de rentas, anuales o mensuales, al momento de verificarse la Invalidez Dos Tercios del Asegurado; y,

(iii) Otra alternativa que la compañía ponga a disposición del contratante.

El contratante podrá elegir más de una modalidad de pago de la indemnización, todo lo cual quedará establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

La metodología para el cálculo de las rentas, anuales o mensuales, se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso que el Asegurado fallezca una vez comenzado el pago de las rentas, anuales o mensuales, la compañía pagará los montos pendientes a quienes acrediten legalmente la calidad de herederos del Asegurado en los mismos términos y condiciones establecidos en este contrato.

El pago de la indemnización correspondiente a esta cobertura se realizará a partir del mes siguiente a la fecha en que la compañía verifique que el siniestro se encuentra cubierto según lo indicado en estas Condiciones Generales.

ARTICULO 9: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ.

La compañía determinará en un plazo máximo de treinta (30) días contado desde la fecha de presentación de la última información requerida, si se ha producido la Invalidez Dos Tercios del Asegurado, evaluada 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. La compañía comunicará al Asegurado su aprobación o rechazo a la solicitud presentada por carta certificada u otro medio fehaciente dispuesto por ella y dirigida al último domicilio que el contratante tenga registrado en la compañía.

El Asegurado, dentro de los quince (15) días siguientes al envío de la comunicación respecto a la determinación de la compañía, podrá requerir que la invalidez 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, los que deberán estar 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 del Asegurado, pronunciándose respecto del grado de invalidez y si se encuentra inválido en forma permanente conforme a los conceptos descritos en la presente cláusula 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, pudiendo si corresponde, someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la compañía.

Una vez determinada la invalidez por la Junta Médica, se entenderá que es definitiva y por lo tanto no se podrá solicitar una nueva evaluación.

La compañía y/o Junta Médica podrán solicitar la declaración de invalidez del Asegurado efectuada por algún organismo previsional o legal como antecedente adicional, la que sin ser obligatoria será tomada en consideración al liquidar el siniestro.

Durante el período de evaluación y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la compañía, se continuará con el cargo regular de la prima. En caso de determinarse la procedencia de la indemnización por parte de la compañía, se devolverá la prima pagada por esta cláusula desde el mes siguiente a la fecha en que de acuerdo con el Artículo 7 se notifique la invalidez a la compañía.