

CLAUSULA PAGO ANTICIPADO EN CASO DE INVALIDEZ DOS TERCIOS. Autorizada

por Resolución N°092 de 01/04/2014 como plan APV.

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD220140177

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

ARTICULO 1: COBERTURA.

Las sumas de dinero establecidas en la póliza principal para el caso de fallecimiento serán pagadas por la compañía anticipadamente al Asegurado en caso de verificarse su Invalidez Dos Tercios, por causa no excluida, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

(a) Que la póliza principal se encuentre vigente;

(b) Que la Invalidez Dos Tercios se produzca antes que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad; y,

(c) Que la Fecha de Invalidez que se define en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en caso de Enfermedad o Accidente, ocurra durante la vigencia de esta cláusula adicional.

La cantidad a pagar por esta cláusula adicional será siempre igual al monto que habría que pagar por la cobertura contratada en la póliza principal, calculada a la fecha en que la compañía determine la efectividad de la Invalidez Dos Tercios del Asegurado.

Por consiguiente, el pago al Asegurado por concepto de la presente cláusula adicional producirá la terminación inmediata de la póliza principal y de todas las demás cláusulas adicionales. En este caso, si el Asegurado optase por recibir el ahorro acogido a la letra a) del artículo 20 L del D.L. N° 3.500, la Bonificación Fiscal será devuelta a la Tesorería General de la República, toda vez que de acuerdo al artículo 20 O del citado Decreto Ley, el derecho a la bonificación de cargo fiscal se origina cuando el ahorro previsional acogido al régimen tributario señalado precedentemente se destine a adelantar o incrementar pensión.

En caso de existir saldo en la cuenta "Valor Depósitos Convenidos", éste no será entregado directamente al Asegurado, sino que será traspasado a la cuenta individual en la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual se encontraba afiliado el Asegurado.

El costo de la cobertura se determina en base a tasas y montos fijos que dependen de la edad actuarial alcanzada por el 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: Corresponde exclusivamente a la persona natural individualizada como asegurado de la póliza principal, que habiendo sido debidamente aceptada como tal por la compañía, está habilitada para requerir la cobertura otorgada por esta cláusula adicional.

3. Enfermedad: Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sean efectuados por un Médico legalmente reconocido.

4. Fecha de Invalidez: Corresponde a la fecha consignada como tal en el primer o único dictamen ejecutoriado del correspondiente sistema previsional al que pertenezca el Asegurado. En cualquier otro caso corresponderá a la fecha de denuncia del siniestro a la compañía.

5. Invalidez Dos Tercios: Es la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de Enfermedad, Accidente o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales del Asegurado que implique la pérdida de, a lo menos, dos tercios de su capacidad de trabajo, 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.

6. 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 Asegurado un aumento en los costos de la cobertura asociados, o que no haya sido declarado por el Asegurado;

(e) Enfermedades o lesiones preexistentes, sus consecuencias y complicaciones, entendiéndose por tales

aquellas 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 del seguro principal de la póliza.

De ocurrir la Invalidez Dos Tercios del Asegurado por alguna causa excluida, se producirá el término de la cobertura otorgada en virtud de esta cláusula adicional.

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 del costo de la cobertura, dejándose constancia de dicho acuerdo en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

ARTICULO 5: 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) Si se verifica la Invalidez Dos Tercios del Asegurado; o,

(c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, rebajándose desde entonces el costo de la cobertura que corresponda a esta cláusula adicional.

En caso de quedar sin efecto esta cláusula adicional, el eventual pago del costo de la cobertura correspondiente, no dará derecho en ningún caso a 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, el costo de la cobertura será abonado al Valor Póliza del Asegurado.

ARTICULO 6: PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTRO Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza principal, 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 éste.

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.

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 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.

ARTICULO 7: 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 Asegurado 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 del costo de esta cobertura. En caso de determinarse la procedencia de la indemnización por parte de la compañía, se devolverán los costos de la cobertura pagados por esta cláusula desde el mes siguiente a la fecha en que de acuerdo con el artículo anterior se notifique la invalidez a la compañía.