

CLAUSULA DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS, ADICIONAL A: SEGURO COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA, CODIGO POL 2 09 088

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 2 09 089

No obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza, la presente Cláusula Adicional, se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO 1º: COBERTURA

El capital asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento del Asegurado, será pagado por la Compañía Aseguradora anticipadamente al Asegurado establecido en la póliza del seguro principal, en caso de invalidez permanente dos tercios de éste, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que la cobertura principal para dicho Asegurado 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 de la póliza,
- c) Que la invalidez permanente dos tercios sea causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional,
- d) Que la patología alegada como invalidante no sea de aquellas excluidas en las Condiciones Generales de la póliza o en el artículo 3º de esta Cláusula Adicional, y
- e) Que haya transcurrido el período de carencia para esta cobertura definido en las Condiciones Particulares.

En caso de que la Compañía Aseguradora aceptare la invalidez permanente dos tercios, cuyo origen recaiga sobre un dictamen de algún organismo previsional, se considerará que la enfermedad que origina la invalidez tiene como fecha de origen la fecha de invalidez que se indique en el primer o único dictamen ejecutoriado del sistema previsional establecido por el D.L. N° 3.500, de 1980. En caso que el asegurado no se encuentre afiliado al sistema previsional recién indicado, la fecha de la invalidez corresponderá a la fecha de la denuncia del siniestro a la Compañía Aseguradora.

Se deja expresa constancia que el monto de la indemnización a que hubiere lugar por esta Cláusula Adicional, será siempre igual al monto que hubiese correspondido indemnizar bajo la cobertura de fallecimiento.

Por consiguiente, el pago de la indemnización al Asegurado, por concepto de la presente Cláusula Adicional producirá la terminación inmediata de la cobertura principal para dicho

Asegurado y de todas las demás Cláusulas Adicionales, de la misma forma que si se hubiese pagado el capital asegurado por fallecimiento en la póliza principal para dicho Asegurado.

ARTÍCULO 2º: 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 las 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.
- g) **Carencia:** Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta Cláusula Adicional. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la Cláusula Adicional hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 3º: EXCLUSIONES

Además de las exclusiones señaladas en el artículo 5º de las Condiciones Generales de la póliza principal, la presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la invalidez permanente dos tercios de un Asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Intento de suicidio cualquiera sea la época en que ocurra, o las lesiones auto inferidas o provocadas por terceros con el consentimiento del Asegurado,
- b) La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes. Para los efectos de la presente exclusión, se considerará que el asegurado se encontraba en estado de ebriedad, cuando la concentración de alcohol en la sangre sea igual o superior a 1,00 gramo de alcohol por litro de sangre.
- c) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la contratación de la cobertura de esta Cláusula Adicional. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En el certificado de cobertura se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.

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.

ARTÍCULO 4º: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La Compañía cubrirá la invalidez permanente dos tercios que afecte al asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el artículo 5º, letra e) de las Condiciones Generales de la póliza principal, cuando estos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la Compañía Aseguradora con el pago de la sobreprima respectiva, si es del caso, dejándose constancia de ello en las Condiciones Particulares de la póliza y en el correspondiente Certificado de Cobertura, que se entiende formar parte integrante de la póliza.

ARTÍCULO 5º: BENEFICIARIOS

En conformidad al artículo 1º de esta Cláusula, el beneficiario será el Asegurado de la Póliza individualizado en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 6º: PRIMAS

La prima correspondiente a la cobertura de que da cuenta esta Cláusula Adicional se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza.

La Compañía Aseguradora tendrá derecho, en cada aniversario del seguro principal, a modificar la prima correspondiente a esta cobertura adicional, de acuerdo a la tarifa vigente en esa fecha. En todo caso la compañía informará al contratante de la póliza de esta modificación con una anticipación de sesenta (60) días a la fecha antes referida, teniendo el derecho el contratante de la póliza a aceptar la modificación o renunciar a esta cobertura adicional, lo cual deberá informar a la compañía en un plazo de treinta (30) días contado desde la recepción de la comunicación de ésta. Si el contratante de la póliza así no lo hiciere, se entenderá que acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía Aseguradora correspondiente a esta cobertura adicional.

ARTÍCULO 7º: VIGENCIA DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal de la póliza 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, terminando anticipadamente esta cobertura adicional en los siguientes casos:

- a) Por terminación anticipada del seguro principal o de la cobertura para algún Asegurado. En este caso, esto es válido sólo para dicho Asegurado,
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla 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.

- c) Por falta de pago de la prima convenida y estipulada en las condiciones particulares de la póliza para este adicional. En caso de no pago de prima para un asegurado en particular, la terminación anticipada será válida sólo respecto de aquel asegurado. Antes de producirse la terminación anticipada de la cobertura por falta de pago de prima que describe este artículo, se aplicará el periodo de gracia señalado en las Condiciones Generales del seguro principal.

El pago de la prima después de la fecha en que haya operado el término anticipado de esta Cláusula Adicional por cualquiera de las causas señaladas en este artículo, 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.

Asimismo, la Compañía Aseguradora podrá poner término anticipado a la Cláusula Adicional cuando el asegurable hubiese omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la Compañía, o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

ARTÍCULO 8º: DECLARACIONES DE LOS ASEGURADOS E INDISPUTABILIDAD

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en la propuesta o solicitud de incorporación al 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.

Cualquier omisión o reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, edades, ocupaciones, actividades o deportes riesgosos que realicen habitualmente los asegurados, que pudieren influir en la apreciación de los riesgos, o de cualquiera circunstancia que, conocida por la compañía aseguradora, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la compañía aseguradora para poner término anticipado a esta Cláusula, rechazar el pago de los beneficios reclamados, y en todos estos casos, retener el valor de la prima pagada, salvo que hubiese transcurrido el plazo de indisputabilidad indicado en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la vigencia de la Cláusula, o desde la incorporación del asegurado, o desde la última rehabilitación, o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda.

ARTÍCULO 9º: EVALUACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA COBERTURA

Producida la invalidez permanente dos tercios del Asegurado, cualquier persona deberá informarlo por escrito a la Compañía Aseguradora o al Contratante, dentro del plazo de noventa (90) días, contado desde que se produjo la invalidez. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder el derecho a la indemnización establecida en la presente Cláusula Adicional, salvo caso fortuito o fuerza mayor, la cual deberá ser probada por quien la alega.

Si el Asegurado hubiere informado al Contratante su invalidez dentro del plazo señalado anteriormente y éste no lo informare a la Compañía Aseguradora oportunamente, ésta no tendrá responsabilidad alguna, debiendo el Contratante asumir su responsabilidad por este hecho.

Será obligación del Asegurado, proporcionar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la Compañía Aseguradora 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 Aseguradora 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.

ARTÍCULO 10°: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días, contado desde la recepción por parte de ella de la última información y documentación requerida, si se ha producido la invalidez permanente dos tercios de un 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.

En caso de que la Compañía Aseguradora determine el rechazo de la indemnización por no producirse la Invalidez permanente dos tercios, el Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a dicha comunicación podrá requerir que la invalidez permanente dos tercios sea evaluada por una Junta Médica, compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por el asegurado, 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 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, a partir de la cual procederá el pago de la indemnización por parte de la Compañía Aseguradora.

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, y será libre y soberana para determinar -conforme a las normas antes señaladas- el grado de invalidez que afecta al asegurado, con prescindencia de cualquier certificado, dictamen, declaración o diagnóstico que exista sobre el particular.

La declaración de invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, será tomada en consideración por la compañía aseguradora y por la Junta Médica, al evaluar el siniestro, pero no tendrá carácter vinculante.

Durante el período de evaluación, y mientras no proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la compañía aseguradora, no cesa la obligación del asegurado de pagar las primas en los términos detallados en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO 11°: DETERMINACION DE LA FECHA PARA HACER EFECTIVO EL BENEFICIO

En caso de que la Compañía Aseguradora aceptare la invalidez permanente dos tercios, cuyo origen recaiga sobre un dictamen de algún organismo previsional, la fecha que se utilizará para la aplicación del beneficio y pago de las respectivas indemnizaciones, será aquella que corresponda a la fecha de invalidez que se indique en el primer o único dictamen ejecutoriado del sistema previsional establecido por el D.L. N° 3.500, de 1980. En caso que el asegurado no se encuentre afiliado al sistema previsional recién indicado, la fecha de la invalidez corresponderá a la fecha de la denuncia del siniestro a la Compañía Aseguradora.