

CLÁUSULA ADICIONAL

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

CHILENA
CONSOLIDADA

Miembro de  Zurich Insurance Group

CAD 320130482

Esta cobertura corresponde a un riesgo adicional, conforme se establece en las presentes Condiciones Generales para esta cláusula adicional, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza principal de la cual es accesoria, y como tal se rige por las normales legales imperativas establecidas en el Título VIII del Libro II del Código de Comercio y por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO N° 1: COBERTURA

La aseguradora pagará en forma anticipada al asegurado, el capital asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento del asegurado, en caso de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, siempre que se cumplan las siguientes condiciones copulativas:

- a) Que la póliza principal, esta cláusula 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 y cinco (65) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de la póliza para esta cláusula adicional.
- 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.

La aseguradora cubrirá la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios cuando ella resulte de situaciones que afecten al asegurado al tratar de salvar vidas humanas.

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.

ARTÍCULO N° 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 N° 3.500 de 1980, y sus modificaciones.

La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.

Que al momento del accidente 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.

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.

Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, dolencias o situaciones de salud en general que afecten al asegurado y que haya sido diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la aseguradora deberá consultar al asegurado o a quien contrata en su favor, acerca de todas aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por él, que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares o en el certificado de cobertura, en su caso, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada conforme a lo señalado anteriormente.

ARTÍCULO N° 4: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La aseguradora 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 N° 3 letras c),d) y f), cuando estos hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la aseguradora con el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 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 esté vigente, quedando sin efecto:

Por terminación anticipada del seguro principal o de la cobertura para algún asegurado. En este caso, esto es válido solo para dicho asegurado.

Por rescate o transformación del seguro principal de la póliza en seguro saldado o en seguro prorrogado, cuando estos derechos estén contemplados en ésta.

Por efectuarse el pago al asegurado de la indemnización contemplada en esta cláusula adicional. 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.

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.

ARTÍCULO N° 6: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA COBERTURA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza principal, el asegurado o sus beneficiarios, en su caso, tan pronto sea lo posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro deberán dar aviso por escrito a la aseguradora de la ocurrencia de los hechos señalados.

Asimismo, deberán acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias, según lo dispuesto en el artículo N° 524, N° 8 del Código de Comercio.

El asegurado, deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la aseguradora solicite para efectos de que esta pueda determinar y verificar el grado de invalidez y efectividad de las lesiones originadas en el accidente. Para lo cual se deberá proporcionar a la aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, como también aquellos documentos legales y autorizarla para requerir de sus médicos tratantes y/o instituciones de salud, incluido el Instituto de Salud Pública (ISP), todos los antecedentes que ellos posean, como también someterse a los exámenes y pruebas que la aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, definida en el artículo N° 1 de esta cobertura adicional. Los costos de lo solicitado por la aseguradora serán de cargo de ella.

ARTÍCULO N° 7: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

La aseguradora 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 del 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. La aseguradora comunicará al asegurado su aprobación o rechazo a la solicitud de invalidez presentada, por carta certificada u otro medio fehaciente dirigida al último domicilio que el contratante tenga registrado en la aseguradora.

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 aseguradora 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 esta adicional. Adicional a ello, la aseguradora 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 aseguradora 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 aseguradora se pronunciará si es aplicable o no alguna exclusión de las señaladas en el artículo N° 3 precedente.

El asegurado, dentro de los quince (15) días siguientes a la comunicación de la determinación de la aseguradora, podrá requerir por una única vez que la invalidez sea evaluada por una junta compuesta por tres (3) médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de cinco (5) o más médicos propuestos por la aseguradora, 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 la invalidez del 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 aseguradora.

Toda declaración o dictamen de invalidez o incapacidad será considerado por la aseguradora como un antecedente adicional y referencial, pero no vinculante al momento de liquidar el siniestro.

ARTÍCULO 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 aseguradora, el asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima.

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