

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA DEUDORES****ANEXO DE COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE****Póliza No:****Contratante:****Deudor Asegurado:****Vigencia de este Anexo:**

Queda entendido y convenido que, sujeto a los términos, exclusiones, cláusulas y condiciones contenidas en la Póliza arriba citada, a la cual se adhiere este Anexo y al pago de la prima extra por parte del Contratante y/o Deudor Asegurado, una vez iniciada la vigencia de este Anexo, estando la Póliza en pleno vigor, y durante el transcurso del plazo del crédito, el seguro se extiende a cubrir:

**Art. 1 COBERTURA**

Si antes de que el Deudor Asegurado cumpla la edad límite indicada en las condiciones particulares de la Póliza, éste quedare con discapacidad superviniente superior al 50% en forma permanente, a consecuencia de accidente ocurrido, o adolecer de una enfermedad catastrófica o de alta complejidad superviniente determinada por la Autoridad Sanitaria Nacional, de acuerdo con la ley, que le impida cumplir con la obligación de pago, la Compañía pagará al Contratante del seguro, el saldo insoluto de la deuda adquirida, incluyendo eventuales intereses de mora de hasta el número de días especificado en las condiciones particulares, hasta el monto máximo del seguro contratado, luego de ciento ochenta (180) días consecutivos de haber sido declarada la incapacidad por el médico de la Compañía.

En caso de que la suma asegurada supere el saldo insoluto asegurado de la deuda en el momento que quedare incapacitado el Deudor Asegurado, la diferencia será entregada al Deudor Asegurado.

Pagado este beneficio, la Compañía queda liberada de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de muerte del Asegurado incapacitado.

**Art. 2 EXCLUSIONES**

Queda excluida de la cobertura que proporciona este Anexo, la incapacidad que provenga de, o tenga su origen en, uno de los siguientes hechos:

- a. Tentativa de suicidio, o lesiones infringidas a si mismo voluntariamente, aun cuando los cometa en estado de enajenación mental.
- b. Intervención en cualquier tipo de competencias y/o carreras sobre ruedas, a caballo, en barcos, o esquí acuático.
- c. Guerra (declarada o no), cualquier acto de guerra o insurrección, huelga, motín, conmoción civil, asalto, servicio en cualquier fuerza militar de cualquier país, o desempeñando funciones como agente de policía de cualquier organización.
- d. Viajes aéreos que se realicen en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros y que no operen sobre una ruta establecida, así como también como miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- e. Ejecución de acciones o actos delictivos, infracciones a leyes, ordenanzas o reglamentos públicos o privados relacionados con la seguridad de las personas, o al estar comprometido en cualquier actividad ilegal.
- f. Actos ejecutados a consecuencia de las influencias de drogas y/o alcoholismo.
- g. Enfermedades, accidentes, lesiones orgánicas o trastornos funcionales originados con anterioridad al ingreso a este seguro.

- h. Enfermedad corporal o mental o tratamiento médico o quirúrgico de tales enfermedades, hernias o infecciones bacterianas, excepto infecciones piogénicas resultantes de heridas sufridas accidentalmente.

### **Art. 3 DEFINICIÓN**

**Discapacidad Permanente:** Por discapacidad permanente se entenderá la falta o limitación superior al 50% de alguna facultad física o mental, que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona de manera permanente, por lo cual el Deudor Asegurado se encuentre impedido de ejercer alguna ocupación que le proporcione una remuneración pecuniaria acorde con su capacidad, fuerza laboral y formación práctica o teórica y por tanto le impida cumplir con la obligación de pago.

### **Art. 4 MONTO DEL SEGURO**

El monto máximo por el cual el Deudor Asegurado se encuentra amparado bajo este seguro queda estipulado en las condiciones particulares de la Póliza.

### **Art. 5 TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO OTORGADO POR ESTE ANEXO**

Este anexo podrá cancelarse en cualquier momento antes de la terminación de su vigencia, previa comunicación de una de las partes a la otra, con por lo menos treinta (30) días de anticipación.

### **Art. 6 AVISO DEL SINIESTRO**

De manera obligatoria, la ocurrencia del accidente causante de las lesiones corporales mencionadas en este Anexo o de la enfermedad catastrófica o de alta complejidad superviniente, que causen la discapacidad permanente del Deudor Asegurado, deben ser notificados a la Compañía, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que hayan tenido conocimiento de tales hechos. El Contratante, Asegurado o beneficiario podrá justificar la imposibilidad de dar aviso del siniestro en el término señalado o pactado, en tanto hubiere estado imposibilitado físicamente, por caso fortuito o fuerza mayor, para cumplir con este deber. En ningún caso el aviso de ocurrencia del siniestro podrá exceder el tiempo señalado en el Art. 729 del Código de Comercio.

### **Art. 7 DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DEL SINIESTRO**

La Compañía pagará el beneficio bajo el presente seguro una vez que tenga en su poder los siguientes documentos:

- a. Formulario de reclamación firmado por el Contratante y/ Deudor Asegurado,
- b. Copia a color de la cédula de ciudadanía del Deudor Asegurado,
- c. Certificado del médico principal del Deudor Asegurado, detallando causas y fecha de la incapacidad total y permanente e historia clínica completa,
- d. Carnet emitido por la Dirección Nacional de Discapacidades del Ministerio de Salud Pública, de ser el caso,
- e. Informe del médico auditor de la Compañía certificando la incapacidad total y permanente del Deudor Asegurado.
- f. Liquidación del saldo pendiente de pago de la deuda insoluble con el Contratante.

### **Art. 8 DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO**

**REVISION MEDICA:** La Compañía podrá examinar al Deudor Asegurado, cuando y tantas veces fueren necesarias, antes y después de efectuar el pago del beneficio.

CHUBB®

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**EL ASEGURADO**

\_\_\_\_\_  
**LA COMPAÑÍA**

Nota: El Contratante y/o Deudor Asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos del control asignó a la presente Cláusula el registro número SCVS-1-2-CA-542-464004424-29112024