

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130568

ARTÍCULO 1°: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

ARTICULO 2°: COBERTURA

La compañía aseguradora pagará al asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, en caso de fallecimiento o lesiones producidas a consecuencia de un accidente, o bien en caso de cirugía u hospitalización a causa de accidente, las indemnizaciones, reembolsos o rentas señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, de acuerdo a la descripción de las coberturas establecidas en el artículo 3° de estas Condiciones Generales.

La Compañía Aseguradora podrá a petición expresa del Contratante, la cual deberá constar por escrito en las Condiciones Particulares, limitar el ámbito temporal y territorial de la cobertura sin que ello afecte la vigencia de la póliza. Es decir, podrá definir horarios, días y zonas geográficas específicas en las que regirá la cobertura así como aquellas en las que no operará esta cobertura.

Queda expresamente establecido que el accidente que de lugar a alguna de las coberturas de la presente póliza, necesariamente debe haber ocurrido durante la vigencia de ésta y de la vigencia individual del asegurado.

ARTICULO 3°: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

3.1.- COBERTURA PRINCIPAL

A. MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura la compañía aseguradora pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares de la póliza, en la forma, tiempo, periodicidad y condiciones estipuladas en las mismas, una vez recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura o dentro de algún periodo temporal de cobertura o dentro de la zona geográfica definida en caso de haberlo así solicitado el contratante, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los sesenta (60) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la compañía aseguradora deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere abonado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura B, C y D en caso de haber sido contratada.

3.2.- COBERTURAS ADICIONALES

Adicionalmente a la cobertura de Muerte Accidental se podrá contratar una o más de las siguientes coberturas según se estipule en la Condiciones Particulares de la póliza.

B. DESMEMBRAMIENTO

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión sufrida a consecuencia de un accidente no ocasione el fallecimiento del asegurado, sino que produzca alguna de las pérdidas que a continuación se indican, y siempre que éstas se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia y siempre que haya tenido lugar durante la vigencia de esta cobertura o dentro de algún periodo temporal de cobertura o dentro de la zona geográfica determinada en caso de haberlo así solicitado el contratante, la compañía aseguradora indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las condiciones particulares de la póliza para esta cobertura:

100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) y de

una mano o un brazo;

50% por la pérdida de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano o por la sordera completa de ambos oídos, por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiera tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

40% por pérdida de un pie;

35% por la ceguera total de un ojo;

25% por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa de otro, antes de contratar este seguro;

20% por la pérdida de un pulgar;

15% por la pérdida total del índice derecho e izquierdo.

13% por la sordera completa de un oído;

5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;

3% por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos o falanges perdidos. La pérdida funcional total y absoluta de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro cubierto por la póliza durante la vigencia de ésta, los porcentajes a indemnizar se calcularán sobre la base del monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes cubiertos por la póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado.

C. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente cubierto por esta póliza en los términos señalados en el artículo 1°, el asegurado se encontrare dentro de los noventa días contados desde la fecha del accidente, salvo que en las condiciones particulares se estipule un plazo mayor, total y permanentemente incapacitado e impedido de desempeñar cualquier ocupación o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, la compañía aseguradora pagará, previa determinación que dicha incapacidad sea total, continua y permanente, el porcentaje de la suma asegurada bajo esta cobertura que haya sido definido en las Condiciones Particulares, menos cualquier otra suma pagada o pagadera bajo los términos de esta cobertura y el saldo mientras el asegurado esté vivo en el número de cuotas y periodicidad que se indique en las Condiciones Particulares.

Para efectos de esta cobertura, se tendrá como fecha de declaración de la invalidez total y permanente la fecha en que se notificó a la Compañía la ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

En caso de que la Compañía Aseguradora determine el rechazo de la indemnización por no producirse la invalidez total y permanente, el Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a dicha comunicación podrá requerir que la invalidez 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 del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido conforme a los conceptos descritos en esta póliza 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. Nº 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha invalidez Total y permanente, 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.

Si el dictamen de la junta médica es favorable al asegurado, la compañía aseguradora, pagará la indemnización desde la fecha de declaración de la invalidez, en los términos indicados precedentemente, y devolverá las primas de esta cobertura pagadas después de dicha fecha, dentro de un plazo no superior a treinta (30) días contado desde la fecha de declaración de la invalidez.

D. RENTA MENSUAL POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora pagará a aquella persona que esté especificada como beneficiaria de esta cobertura en las Condiciones Particulares, el monto mensual establecido y durante el plazo establecido en dichas condiciones, en la forma, tiempo, periodicidad y condiciones estipuladas en las mismas, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado titular se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en el artículo 1°.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los sesenta (60) días siguientes de ocurrido el accidente.

E. RENTA ANUAL DE CONTINUIDAD EDUCACIONAL POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura la compañía aseguradora pagará a cada hijo del asegurado y durante el plazo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, la renta anual especificada en dichas Condiciones, a contar del mes de marzo siguiente a la fecha de fallecimiento del asegurado y una vez recibidas y aprobadas las pruebas de que éste se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en el artículo 1°. La Compañía podrá pagar la renta anual asegurada en forma proporcional entre el mes de fallecimiento y el mes de diciembre del año de fallecimiento.

Junto con la renta anual de escolaridad y a expresa solicitud del Contratante, la Compañía Aseguradora podrá asegurar en caso de muerte accidental, para ser pagadas al mismo beneficiario de la renta anual de escolaridad, otras cantidades inicialmente pactadas con el contratante, cuyos montos y frecuencias de pagos deben quedar expresamente registradas y detalladas en el Condicionado Particular.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los sesenta (60) días siguientes de ocurrido el accidente.

Las rentas anuales de continuidad educacional de los hijos menores al igual que los otros montos pactados en esta cobertura, serán pagadas al padre o a la madre, según proceda. A falta de éstos, deberán pagarse al tutor, curador o guardador que haya acreditado dicha calidad, y en su defecto, a quien acredite tener a su cargo la mantención y el cuidado de los beneficiarios de dicha renta anual de escolaridad. No obstante lo anterior, a solicitud del contratante, la renta anual de continuidad educacional podrá ser pagada

directamente al establecimiento educacional en que el beneficiario de esta renta se encuentre cursando sus estudios.

Para todos los efectos de esta cobertura se entenderá por hijo del asegurado aquellos cuya filiación se encuentra determinada de conformidad a las reglas previstas por el Título VII del Libro I del Código Civil, e informado en tal calidad por el asegurado.

F. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora reembolsará al asegurado los gastos médicos ambulatorios u hospitalarios, según los porcentajes, límites, condiciones y términos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, en que éste incurra a causa de accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en el artículo 1°, hasta el monto anual indicado como tope máximo en las Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del accidente y sean consecuencia de las lesiones sufridas en dicho accidente.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados.

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos originales comprobatorios de los beneficios ya

recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

Esta cobertura contará con un deducible por evento y carencia cuyo monto será el indicado en las condiciones particulares de la póliza, y el cual será siempre de cargo del asegurado.

El contratante podrá contratar separadamente esta cobertura sólo para gastos médicos ambulatorios o sólo para gastos médicos hospitalarios o bien podrá contratar ambas, lo cual deberá quedar especificado en las Condiciones Particulares, salvo que hubiese contratado la cobertura establecida en la letra G. siguiente, circunstancia en que sólo podrá contratar la cobertura para el reembolso de gastos médicos ambulatorios.

G. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado hospitalizado en un establecimiento hospitalario a causa de accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en el artículo 1º, los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria según los porcentajes, límites condiciones y términos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados.

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos originales comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

Esta cobertura contará con un deducible por evento y carencia cuyo monto será el indicado en las condiciones particulares de la póliza, y el cual será siempre de cargo del asegurado.

H. MONTO DIARIO POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado hospitalizado por más de 24 horas continuas en un establecimiento hospitalario, a causa de accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en el artículo 1°, el monto diario que se indica en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el asegurado y de acuerdo a lo que más adelante se señala. Esta cobertura se pagará una vez transcurridos el número de días señalados en las Condiciones Particulares, contados desde el inicio de la hospitalización por accidente, en los límites, condiciones y términos establecidos en las Condiciones Particulares.

I. BENEFICIO DE CIRUGIA POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado que incurra en gastos por una intervención quirúrgica, generada a consecuencia de accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en el artículo 1°, la cantidad que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, establecidas en las Condiciones Particulares para cada tipo de operación quirúrgica, en que haya incurrido el asegurado y de acuerdo a lo que más adelante se señala. Las limitaciones para esta cobertura son las que a continuación se señalan:

1. La cantidad calculada por este procedimiento para el pago de la indemnización no podrá exceder el monto real de los gastos en que incurrió el asegurado.

2. Cuando una intervención quirúrgica no se encuentre en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, la compañía aseguradora determinará el pago comparando la intervención quirúrgica realizada con aquella de la Tabla de Operaciones Quirúrgicas que más se le asemeje, a criterio de la compañía aseguradora, en cuanto a complejidad quirúrgica y tiempo de duración. En caso de que el asegurado no esté de acuerdo con el criterio de la compañía aseguradora para la clasificación de la intervención, la controversia será resuelta, sin forma de juicio, por un médico cirujano designado de común acuerdo por las partes, cuyos honorarios serán de cargo exclusivo del asegurado.

3. En caso que se realice más de una intervención quirúrgica, como consecuencia de un mismo accidente, el pago del beneficio ascenderá al monto que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de la intervención quirúrgica que tenga asignado en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas el porcentaje más alto, de las efectuadas.

4. El pago de todas las intervenciones quirúrgicas producidas por un mismo accidente, no excederá en ningún caso el monto del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta cobertura.

J. CONVALECENCIA

El asegurado podrá contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, la cobertura complementaria de convalecencia para las coberturas de hospitalización o cirugía, indicadas en las letras G., H. e I. estipulándolo expresamente en las condiciones particulares de la póliza. En consecuencia, no podrá contratarse esta cobertura complementaria sino se ha contratado alguna de las coberturas de hospitalización o de cirugía, estipuladas en las letras recién indicadas.

En caso que el asegurado haya contratado esta cobertura complementaria, la compañía pagará al asegurado, por concepto de convalecencia, el monto diario indicado en las Condiciones Particulares y por el lapso de días señalado en las mismas condiciones particulares. Para esta cobertura se entiende que el período de convalecencia se inicia una vez terminada la hospitalización, esto es, la cobertura comienza al día siguiente de recibida el alta médica por el asegurado.

Queda expresamente establecido, que en caso de contratarse esta cobertura complementaria, ésta sólo se pagará por una de las coberturas indicadas en las letras señaladas, aun cuando un siniestro involucre más de una de ellas.

K. BENEFICIO POR PÉRDIDA DE EXISTENCIA INDEPENDIENTE

En virtud de esta cobertura, la Compañía aseguradora pagará el monto único señalado en las Condiciones Particulares al asegurado según las condiciones, periodicidad y términos señalados en dichas Condiciones Particulares, si el asegurado de la póliza pierde la existencia independiente, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Para efectos de esta cobertura se define la pérdida de existencia independiente si el asegurado no es capaz de vivir en forma independiente, lo que implica que la persona requiere asistencia permanente de un tercero para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria y que se definen a continuación:

1. Higiene Personal: Lavar su cuerpo, secarse, cepillar sus dientes, peinarse y en particular entrar y salir del baño/ducha con o sin la ayuda de apoyo y sin la asistencia de otras personas. La incapacidad de llegar al cuarto de baño, no constituye una necesidad de asistencia.

2. Continencia: Capacidad de controlar esfínteres vesical y anal, vaciar su vejiga o defecar voluntariamente. En caso de requerir catéteres, pañales o compresas absorbentes, la persona pueda aplicar, cambiar, vaciar o limpiar por su cuenta.

3. Vestirse y desvestirse: El asegurado es capaz sin asistencia de terceros o con la ayuda de apoyos, de vestirse y desvestirse y, si fuera necesario, colocarse y abrocharse un corsé o prótesis.

4. Movilidad: El asegurado es capaz de desplazarse por la casa en un mismo piso sin asistencia de terceras personas o con la ayuda de apoyos. La persona es capaz de sentarse y ponerse de pié, entrar y salir de la cama sin ayuda de otras personas. La persona puede salir de la casa y regresar a ella, sin la asistencia de otras personas. La incapacidad de subir y bajar las escaleras no constituye una necesidad de asistencia

5. Comer y beber: El asegurado es capaz de consumir alimentos y bebidas preparados y servidos sin asistencia de otras personas, usando servicios y cubiertos adaptados.

Será condición necesaria para proceder al pago de esta cobertura, la presentación por parte del asegurado, de toda la documentación que acredite la activación de esta cobertura.

Esta cobertura contará con un deducible por evento y carencia cuyo monto será el indicado en las condiciones particulares de la póliza, y el cual será siempre de cargo del asegurado.

Con el referido pago se causará el término inmediato y automático de esta cobertura para dicho asegurado, liberando a la compañía de toda responsabilidad por los gastos que demande el tratamiento del asegurado afectado.

ARTICULO 4º: DEFINICIONES

Accidente: Para los efectos de este seguro se entiende por 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 heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes correspondientes.

Asegurados: La persona natural a quién afectan los riesgos que se transfieren al asegurador y que tiene la calidad de asegurado principal en las Condiciones Particulares de la póliza. Si esta póliza fuese contratada en forma colectiva, se consideran asegurados principales para efectos de este seguro las personas que conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o tengan un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad Contratante, y se encuentren señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.

También podrán ser asegurados el cónyuge del asegurado principal y los ascendientes y descendientes de ambos cónyuges que se encuentren identificados expresamente como asegurados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Durante la vigencia de la póliza se podrán incluir nuevos asegurados previa aceptación de la Compañía Aseguradora, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este contrato y en las Condiciones Particulares de la póliza.

Contratante de la Póliza: La persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía Aseguradora y figura como tal en las Condiciones Particulares de la póliza y sobre quién recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato.

Establecimiento Hospitalario: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos

mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

Pérdida total: Se entiende por pérdida total, referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida parcial: Se entiende por pérdida parcial la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: Se entiende por pérdida funcional total la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no, estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

Miembro: Se entiende por miembro, cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

Incapacidad total y permanente: Es el impedimento de desempeñar cualquier ocupación o trabajo remunerado para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia.

ARTICULO 5º: EXCLUSIONES

No se pagará el monto asegurado para cada cobertura asociada a esta póliza cuando el fallecimiento, lesiones, cirugía u hospitalizaciones por accidente, se haya originado, se asocie o sea consecuencia de:

1. Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra, así como tampoco ningún ejercicio o práctica de guerra.

2. Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

3. Comisión de actos que puedan ser calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo. Actos delictivos cometidos en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.

4. Suicidio, intento de suicidio, intoxicaciones o heridas causadas asimismo, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

5. Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo. Para todos los efectos de esta póliza las funciones de policía incluyen además las funciones de policía civil y gendarmería.

6. Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.

7. Intoxicación o encontrarse el asegurado en estado de ebriedad o bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

8. 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.

9. Negligencia o imprudencia leve del asegurado, definida según lo establecido en la ley.

10. Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos y que hayan sido declarados por el asegurado y de los cuales haya quedado constancia en las Condiciones Particulares. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, equitación, rodeo, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.

11. Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la compañía aseguradora.

12. Riesgos de radiación, nucleares o atómicos, o contaminación radioactiva.

13. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive en la escala de Mercalli, determinado por los organismos que correspondan.

14. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.

15. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.

16. Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

16.

17. Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.

18. Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.

19. Exámenes médicos de rutina.

20. Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.

21. Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.

22. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

23. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH).

24. Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.

25. Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento.

26. Todo tipo de obesidad mórbida severa, definida de acuerdo al índice de masa corporal.

27. Epidemias oficialmente declaradas.

ARTÍCULO 6º: VIGENCIA DE LA POLIZA

El plazo de duración de esta póliza es de un (1) año, contado desde la fecha inicial de vigencia, salvo que las Condiciones Particulares de la póliza señalen un período diferente. Sin embargo, si alguna de las partes no manifestare su decisión en contrario antes de sesenta (60) días de la fecha de vencimiento, la póliza se renovará automáticamente por igual período.

Lo anterior será sin perjuicio de la vigencia de las coberturas individuales de cada Asegurado, conforme a lo que se expresará en el siguiente artículo. De tal manera, la terminación de la presente póliza tendrá el efecto de no poder seguir incorporándose nuevos Asegurados a ella, desde la fecha de terminación.

ARTÍCULO 7º: VIGENCIA DE LAS COBERTURAS

En caso que esta póliza fuese contratada en forma colectiva, la vigencia de la cobertura definida en el artículo 1º de estas Condiciones Generales y de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto para esta póliza, será la que se especifique en el respectivo certificado de cobertura para cada uno de los Asegurados en particular. Si la vigencia contratada es superior a la vigencia final de la póliza, los Asegurados seguirán cubiertos hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente, siempre que se mantenga el pago de la prima.

ARTICULO 8º: TERMINACIÓN ANTICIPADA

La cobertura terminará anticipadamente para un Asegurado en particular, si al vencimiento del plazo de gracia establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, no ha sido pagada la prima vencida, en cuyo caso la terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de 15 días contados desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del

contrato. Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Asimismo, la Compañía Aseguradora podrá declarar nulo el contrato cuando el asegurable a sabiendas hubiese omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la Compañía. El contrato será resuelto si tales declaraciones falsas fraudulentas o engañosas las haya realizado al reclamar la indemnización en caso de siniestro.

En caso que esta póliza fuese contratada en forma colectiva, la cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales, si las hubiere, terminará además anticipadamente respecto de un Asegurado, en el instante en que éste deje de ser miembro, trabajador o tener un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad contratante.

El contratante se reserva el derecho de poner término al presente contrato en cualquier momento, para un asegurado en particular o para el contrato en general sin otro requisito que el de comunicar esta decisión al asegurado por carta certificada y con treinta (30) días de anticipación. En este caso se devolverá al asegurado las primas no devengadas por el tiempo que falte para la expiración normal del seguro.

El asegurador podrá poner término anticipado al seguro contando con el consentimiento del asegurado o contratante y exponiendo las causas que lo justifiquen.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipado o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía sobre los riesgos que asuma y esta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha. Asimismo, se conviene que en caso de la presenta póliza termine anticipadamente o no, las coberturas de este seguro se extinguen a la fecha de termino del contrato.

ARTICULO 9º: BENEFICIARIOS

Se tendrá como beneficiario, para cobrar el importe de este seguro a las personas cuyos nombres estén individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza. El asegurado titular podrá instituir como beneficiario a cualquier persona. Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario establecida en las Condiciones Particulares. Si no se designa a una persona determinada, se entenderá que instituye como tal a sus herederos.

La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en el testamento. La compañía aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado por escrito con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

El contratante podrá revocar la designación de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que hubiese renunciado a esta facultad por escrito, de la cual deberá dejarse constancia en las Condiciones Particulares de la póliza. Cuando la designación se hubiere hecho en calidad de irrevocable, para cambiar al beneficiario designado en tal carácter, se deberá contar con su consentimiento.

ARTICULO 10º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. La veracidad de las declaraciones hechas por los Asegurados o por el Contratante, según sea el caso, en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios, o por cualquier otro medio, constituyen elementos integrantes de la cobertura

y de este contrato de seguro

En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información solicitada por la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no fueron determinantes del riesgo asegurado, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, el asegurador tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

ARTICULO 11°: MODIFICACION DEL RIESGO ASEGURADO

De conformidad al artículo 526 de Código de Comercio, el asegurado o contratante en su caso, deberá informar al asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los cinco días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador.

Se presume que el asegurado conoce las agravaciones de riesgo que provienen de hechos ocurridos con su directa participación. Si el siniestro no se ha producido, el asegurador, dentro del plazo de 30 días a contar del momento en que hubiere tomado conocimiento de la agravación de los riesgos, deberá comunicar al asegurado su decisión de rescindir el contrato o proponer una modificación a los términos del mismo para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura de la póliza. Si el asegurado rechaza la proposición del

asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá dar por rescindido el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido sin que el asegurado o el contratante en su caso, hubieren efectuado declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el primer párrafo de este artículo, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización respecto de las coberturas del seguro afectadas por el agravamiento. No obstante, en caso que la agravación del riesgo hubiera conducido al asegurador a celebrar el contrato en condiciones más onerosas para el asegurado, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, por la naturaleza de los riesgos hubiere debido conocerlos y los hubiere aceptado expresa o tácitamente.

Salvo en caso de agravación dolosa de los riesgos, en todas las situaciones en que de acuerdo a los párrafos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al asegurado, la proporción de prima correspondiente al periodo en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

Se considerará que agrava el riesgo el cambio que hace el asegurado de una ocupación a otra, clasificada por la compañía aseguradora como más riesgosa que la declarada al contratar esta póliza, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, en cuyo caso se aplicarán las normas anteriores sobre agravación o alteración de riesgo.

Si el asegurado cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la señalada en esta póliza, la compañía aseguradora al recibo de la prueba de dicho cambio reducirá la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio de ocupación, o a la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente al recibo de dicha prueba, en caso que este aniversario hubiese ocurrido con posterioridad al cambio de ocupación. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima, serán las vigentes a la fecha de

la prueba de cambio de ocupación.

ARTICULO 12º: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital asegurado y el monto de la prima se expresarán en moneda extranjera, en unidades de fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares.

El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares, que se considerará para el pago de prima y beneficios, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la Compañía Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTICULO 13º: PRIMAS

En el caso que la presente póliza sea contratada en forma colectiva, se definen dos tipos de modalidades para el pago de la prima, según quien soporte el pago de éstas, de las cuales una de ellas deberá quedar expresamente establecida en las Condiciones Particulares:

a) Modalidad Contributoria: prima financiada conjuntamente por el contratante y el asegurado.

b) Modalidad No Contributoria: prima financiada sólo por el contratante de la póliza o prima financiada sólo por el asegurado.

Independientemente de la forma en que sea contratada la presente póliza, la prima será pagada en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, en forma mensual, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca una periodicidad diferente. El pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la Compañía Aseguradora pueda identificar a aquellos Asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su o sus coberturas contratadas.

La Compañía Aseguradora tendrá derecho, en cada aniversario de esta póliza, a modificar la prima correspondiente a las coberturas contratadas, de acuerdo a la tarifa vigente en esa fecha. En todo caso la compañía informará al Asegurado o al Contratante de la póliza, según corresponda, de esta modificación con una anticipación de sesenta (60) días a la fecha antes referida, teniendo el derecho el Asegurado o el Contratante a aceptar la modificación o renunciar a todas o algunas de las coberturas, 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 Asegurado o el Contratante así no lo hiciere, se entenderá que acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía Aseguradora.

La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será el señalado en las Condiciones Particulares, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si ocurre un siniestro cubierto por estas Condiciones Generales durante dicho plazo de gracia, se deducirá del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la póliza terminará en conformidad a lo establecido en el artículo 7 de estas Condiciones Generales.

En ningún caso el pago de la prima después de haber terminado la cobertura individual correspondiente a esta póliza o a cualquiera de sus cláusulas adicionales que se hubieren contratado dará derecho al pago del capital asegurado para la cobertura principal o las cláusulas adicionales. En tal caso la prima será devuelta al Asegurado o al Contratante en moneda corriente y sin intereses al valor que tenga la moneda de esta póliza al día de pago efectivo.

ARTICULO 14º: EVALUACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA COBERTURA

Producido el fallecimiento o invalidez cubiertos por esta póliza, deberá informarse dicha circunstancia a la Compañía Aseguradora dentro del plazo establecido para estos efectos en las Condiciones Particulares contado desde la ocurrencia del siniestro, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar las pruebas que la compañía aseguradora estime necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que el fallecimiento o la invalidez, tuvieron su origen a consecuencia de un accidente sujeto a indemnización en los términos señalados en los artículos 1º y 2º de esta póliza, entre ellos y siempre que corresponda:

a) Certificado de Defunción del Asegurado;

b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado;

c) Copia del parte policial;

d) Otros antecedentes tales como, informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro.

En caso de reembolso de gastos médicos, cirugía u hospitalización todos por accidente, se deberá poner en conocimiento del asegurador por escrito dentro del plazo de treinta (30) días o en el plazo establecido en las Condiciones Particulares, contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, salvo caso fortuito o fuerza mayor. Para estos efectos, se deberá presentar además las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados, como asimismo, el programa médico en el que se prescriban las prestaciones, exámenes o insumos que originan dichos gastos, debiendo completarse el formulario proporcionado por el asegurador.

Tratándose de la cobertura de Monto Diario por Hospitalización por Accidente, será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario.

En caso que el asegurado tuviese beneficios en alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

ARTICULO 15º: REHABILITACIÓN

Producida la terminación anticipada de la póliza o la terminación de la cobertura para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, deberá acreditar que todos los Asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía Aseguradora y pagar toda la prima vencida y reserva matemática cuando corresponda, los gastos que originen la rehabilitación y demás cantidades que se adeudaren a la Compañía Aseguradora.

La sola entrega a la Compañía Aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar las coberturas de cada Asegurado o de la póliza, en su caso, si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía Aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el Contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 16º: CLAUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de la póliza o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

ARTÍCULO 17º: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO

Las Condiciones Particulares del presente seguro, así como las Condiciones Particulares de las Cláusulas Adicionales, si las hubiere, podrán ser modificadas. En tal caso el asegurador deberá notificar al asegurado a través del contratante, todas las modificaciones del seguro, las que sólo podrán efectuarse y regir, a partir de la siguiente renovación del contrato. En tal evento, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación.

ARTÍCULO 18º: ARBITRAJE

Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro el del domicilio del beneficiario.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o los Asegurados, según corresponda, podrán, por sí solos y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía Aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931, o en la disposición equivalente que se encuentre vigente a la fecha en que se presente la solicitud de

arbitraje.

ARTÍCULO 19º: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esta forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.