

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320150598

ARTÍCULO 1. REGLAS APLICABLES AL CONTRATO.

Se aplicarán al presente contrato de seguro colectivo de accidentes personales y otros riesgos que se señalan, 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.

ARTÍCULO 2. COBERTURA.

La 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 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 N° 3 de estas Condiciones Generales.

El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro, y las coberturas que darán origen al pago del monto asegurado o al reembolso de gastos médicos, deben encontrarse contratadas por el asegurado y vigentes al momento de la ocurrencia del accidente. Por lo tanto, no se pagará el monto asegurado o los reembolsos de gastos médicos de la alternativa de cobertura contratada si el accidente ocurrió con anterioridad al inicio de vigencia del asegurado en el contrato de seguro o sin estar la alternativa de cobertura contratada y vigente.

Las coberturas señaladas en el artículo N° 3 de las presentes Condiciones Generales, podrán ser contratadas en forma individual, en conjunto más de una de ellas, o todas ellas, de lo que se dejará expresa mención en las Condiciones Particulares de la póliza, así como el monto asegurado para cada una de ellas.

La aseguradora podrá a petición expresa del contratante limitar el ámbito temporal y territorial de las coberturas sin que ello afecte la vigencia de la póliza, lo cual deberá constar por escrito en las respectivas Condiciones Particulares del contrato. 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.

Del mismo modo, tratándose de coberturas de reembolso de gastos médicos incurridos por el o los asegurados, éstas podrán ser aplicables respecto de gastos médicos incurridos ante cualquier prestador de salud o ante uno o más, en convenio o no, cuyas condiciones de otorgamiento se señalen expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.

Las coberturas que otorga la aseguradora en virtud de esta póliza, siempre y cuando estén expresamente indicadas como contratadas en las Condiciones Particulares de esta póliza, son las que se indican a continuación:

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 como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente, salvo que se estipule un plazo mayor en las Condiciones Particulares de la póliza.

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, y también deberá deducirse la suma que se haya pagado en virtud de las coberturas establecidas en las letras C y D, cuando alguna combinación de estas tres coberturas haya sido contratada.

B.- DESMEMBRAMIENTO.

En virtud de esta cobertura 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 siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro, salvo que en las Condiciones Particulares se estipulare un plazo mayor, y hayan tenido lugar durante la vigencia del asegurado en la póliza, la Compañía Aseguradora indemnizará al Asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las condiciones particulares de la póliza para esta cobertura:

- a) 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;
- b) 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;
- c) 40% por pérdida de un pie;
- d) 35% por la ceguera total de un ojo;
- e) 25% por la sordera completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;
- f) 20% por la pérdida de un pulgar;
- g) 15% por la pérdida total del índice derecho e izquierdo.
- h) 13% por la sordera completa de un oído;
- i) 5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
- j) 3% por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida de cada falange se calculará en forma proporcional. 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 en esta cobertura y no respecto del 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 en esta cobertura

C.- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS 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 este artículo y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente, salvo que en las Condiciones Particulares se estipule un plazo mayor, el Asegurado se encontrare en estado de incapacidad total y permanente 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 Nuevo Sistema de Pensiones", reguladas por el D.L. N° 3.500 del Ministerio de Trabajo y Previsión Social de fecha 13 de noviembre de 1980 y sus modificaciones, la Compañía Aseguradora pagará al Asegurado la suma asegurada bajo esta cobertura que haya sido definida en las Condiciones Particulares, menos cualquier otra suma pagada al asegurado por concepto de la cobertura definida en la letra B precedente, en el número de cuotas y periodicidad que se indique en las Condiciones Particulares, siempre que el asegurado esté vivo. Sin perjuicio de lo anterior, se podrá establecer el pago del capital resultante mediante un pago único y total, de lo que deberá dejarse constancia expresa en las Condiciones Particulares.

Para efectos de esta cobertura se tendrá como fecha de declaración de la incapacidad total y permanentedos tercios (2/3) por accidente, la fecha de ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

En caso que la Compañía Aseguradora determine el rechazo de la indemnización por no concurrir los requisitos necesarios para calificar la incapacidad como total y permanente dos tercios (2/3) por accidente, el Asegurado podrá, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a dicha comunicación, requerir que la incapacidad 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 haber 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 incapacidad 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", reguladas por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha incapacidad total y permanente dos tercios (2/3) por accidente.

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 incapacidad que afecta al Asegurado, con prescindencia de cualquier certificado, dictamen, declaración o diagnóstico que exista sobre el particular.

La declaración de incapacidad del Asegurado por parte 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 correspondiente desde la fecha del accidente, y devolverá al Asegurado las primas pagadas por esta cobertura con posterioridad a dicha fecha, dentro de un plazo no superior a treinta (30) días contados desde la fecha de declaración de la incapacidad.

Queda expresamente establecido que esta cobertura no podrá contratarse en forma conjunta con la cobertura establecida en la letra D. siguiente, a saber, Incapacidad Total y Permanente 80% por Accidente.

D.- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE OCHENTA POR CIENTO 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 este artículo y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente, salvo que en las Condiciones Particulares se estipule un plazo mayor, el Asegurado se encontrare en estado de incapacidad total y permanente de a lo menos un ochenta por ciento (80%) de su 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", reguladas por el D.L. N° 3.500 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social de fecha 13 de noviembre de 1980 y sus modificaciones, la Compañía Aseguradora pagará la suma asegurada bajo esta cobertura que haya sido definida en las Condiciones Particulares, menos cualquier otra suma pagada al Asegurado por concepto de la cobertura definida en la letra B. precedente, y mientras el Asegurado esté vivo, así como en el número de cuotas y periodicidad que se indique en las Condiciones Particulares. Sin perjuicio de lo anterior, se podrá establecer el pago del capital resultante mediante un pago único y total, de lo que deberá dejarse constancia expresa en las Condiciones Particulares.

Para efectos de esta cobertura se tendrá como fecha de declaración de la incapacidad total y permanente ochenta por ciento (80%) por accidente, la fecha de ocurrencia del accidente.

En caso de que la Compañía Aseguradora determine el rechazo de la indemnización por no concurrir los requisitos necesarios para calificar la incapacidad como total y permanente ochenta por ciento (80%) por accidente, el Asegurado podrá, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a dicha comunicación, requerir que la incapacidad 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 haber 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 incapacidad 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", reguladas por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha incapacidad total y permanente ochenta por ciento (80%) por accidente.

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 incapacidad que afecta al asegurado, con prescindencia de cualquier certificado, dictamen, declaración o diagnóstico que exista sobre el particular.

La declaración de incapacidad 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 correspondiente desde la fecha del accidente, y devolverá al asegurado las primas pagadas por esta cobertura después de dicha fecha, dentro de un plazo no superior a treinta (30) días contados desde la fecha de declaración de la incapacidad.

Queda expresamente establecido que esta cobertura no podrá contratarse en forma conjunta con la cobertura C. precedente, a saber, Incapacidad Total y Permanente 2/3 por Accidente.

E. REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE.

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado o al prestador de salud los gastos de asistencia médica y farmacéutica razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado, tanto ambulatorios como hospitalarios, en que incurra a consecuencia de un accidente, siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de ciento veinte (120) días contados desde la fecha del accidente y consecuencia de las lesiones sufridas en él, salvo que en las Condiciones Particulares se estipule un plazo superior.

Los reembolsos o los pagos directos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a las coberturas y/o prestaciones contratadas, las cuales están expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, y de acuerdo a los porcentajes establecidos como de reembolsos o pago directo, porcentaje de bonificación mínima del sistema previsional de salud, montos asegurados, deducibles, tope de números de prestaciones médicas según lo contratado y hasta el monto máximo contratado, lo cual deberá estar expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

La determinación del monto a reembolsar o pagar, siempre se calculará sobre los gastos efectivamente incurridos por el asegurado, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se defina un porcentaje de bonificación mínima exigido como cobertura del sistema previsional de salud del asegurado. En tal caso, el monto de gastos efectivamente incurridos se determina como el menor monto entre, el valor de la prestación menos el porcentaje de bonificación mínimo exigido para el sistema de salud previsional y el valor reclamado.

Se reconocerán como gastos incurridos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio de los montos máximos por las prestaciones contratados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los beneficios de esta cobertura no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que este seguro no cubrirá los gastos que deban pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas, o las prestaciones cubiertas con los excedentes previsionales.

Para los efectos del pago directo al prestador de salud, cada asegurado deberá otorgar autorización o mandato a la compañía de seguros, para que la compañía de seguros pague directamente el monto al prestador de salud. Asimismo, los asegurados otorgarán las autorizaciones necesarias para que el prestador de salud envíe directamente a la compañía de seguros la información sobre su salud que sea requerida para efectuar la liquidación y pago de las facturas, en su caso. Estas autorizaciones podrán estar contempladas en los documentos de solicitud de ingreso a la póliza o en otro documento que forme parte de ella, tal como la declaración personal de salud, en su caso.

Sin perjuicio de los porcentajes y límites de reembolso que puedan establecerse en las condiciones

particulares, la presente póliza contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

- a) En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal al momento de otorgarse las prestaciones, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.
- b) En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el respectivo sistema, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza. Igualmente, las Condiciones Particulares podrán establecer porcentajes de bonificación especiales para prestaciones que sean objeto de homologación en el respectivo sistema.
- c) En aquellos casos en que las prestaciones asociadas se produzcan estando el asegurado afiliado a un sistema de salud previsional, público o privado, distinto del cual estaba afiliado al momento de incorporarse al seguro, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.
- d) En el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, se podrán establecer términos, porcentajes, límites y topes de reembolso diferenciando por el sistema de salud previsional al que el asegurado se encuentre afiliado, el plan contratado en este último, el prestador médico que originó el gasto y/o cualquier otro concepto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Con todo, la compañía de seguros no reembolsará o pagará más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá del monto máximo de reembolso indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

F. REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE.

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado hospitalizado a causa de accidente, o al prestador de salud, los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado, siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de ciento veinte (120) días contados desde la fecha del accidente y consecuencia de las lesiones sufridas en él, salvo que en las Condiciones Particulares se estipule un plazo superior.

Para efectos de lo dispuesto en el párrafo precedente se reembolsarán los gastos de las atenciones prestadas desde el primer día de ingreso del Asegurado al Establecimiento Hospitalario.

Los reembolsos o los pagos directos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a las coberturas y/o prestaciones contratadas, las cuales están expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, y de acuerdo a los porcentajes establecidos como de reembolsos o pago directo, porcentaje de bonificación mínima del sistema previsional de salud, montos asegurados, deducibles, tope de números de prestaciones médicas según lo contratado y hasta el monto máximo contratado, lo cual deberá estar expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

La determinación del monto a reembolsar o pagar, siempre se calculará sobre los gastos efectivamente incurridos por el asegurado, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se defina un porcentaje de bonificación mínima exigido como cobertura del sistema previsional de salud del asegurado. En tal caso, el monto de gastos efectivamente incurridos se determina como el menor monto entre, el valor de la prestación menos el porcentaje de bonificación mínimo exigido para el sistema de salud previsional y el valor reclamado.

Se reconocerán como gastos incurridos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las

prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio de los montos máximos por las prestaciones contratados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los beneficios de esta cobertura no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que este seguro no cubrirá los gastos que deban pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas, o las prestaciones cubiertas con los excedentes previsionales.

Para los efectos del pago directo al prestador de salud, cada asegurado deberá otorgar autorización o mandato a la compañía de seguros, para que la compañía de seguros pague directamente el monto al prestador de salud. Asimismo, los asegurados otorgarán las autorizaciones necesarias para que el prestador de salud envíe directamente a la compañía de seguros la información sobre su salud que sea requerida para efectuar la liquidación y pago de las facturas, en su caso. Estas autorizaciones podrán estar contempladas en los documentos de solicitud de ingreso a la póliza o en otro documento que forme parte de ella, tal como la declaración personal de salud, en su caso.

Sin perjuicio de los porcentajes y límites de reembolso que puedan establecerse en las condiciones particulares, la presente póliza contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

- a) En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal al momento de otorgarse las prestaciones, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.
- b) En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el respectivo sistema, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza. Igualmente, las Condiciones Particulares podrán establecer porcentajes de bonificación especiales para prestaciones que sean objeto de homologación en el respectivo sistema.
- c) En aquellos casos en que las prestaciones asociadas se produzcan estando el asegurado afiliado a un sistema de salud previsional, público o privado, distinto del cual estaba afiliado al momento de incorporarse al seguro, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.
- d) En el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, se podrán establecer términos, porcentajes, límites y topes de reembolso diferenciando por el sistema de salud previsional al que el asegurado se encuentre afiliado, el plan contratado en este último, el prestador médico que originó el gasto y/o cualquier otro concepto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Con todo, la compañía de seguros no reembolsará o pagará más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá del monto máximo de reembolso indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4. DEFINICIONES.

Para los efectos de este seguro se entiende por:

- a) **CONTRATANTE.** El que celebra el seguro con el asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Para efectos de esta póliza corresponderá al empleador o una entidad jurídica, o la persona que suscribe este contrato de seguro, el cual es señalado como tal en las Condiciones

Particulares de la póliza. El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo en los términos definidos por el artículo 517 del Código de Comercio.

b) ASEGURADOS. Aquellos a quienes afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Para estos efectos se considerarán como tal a los que habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta póliza se distinguen las siguientes categorías de asegurados:

Asegurado Titular. La persona que forma parte de un grupo, al ser miembro, trabajador, o esté vinculado con o por la entidad contratante y se encuentra señalado o definido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asegurados Dependientes. Pueden ser asegurados dependientes las personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante. Los asegurados dependientes deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y encontrarse señalados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza.

Las categorías de asegurados dependientes que consten en las Condiciones Particulares, podrán contemplar condiciones y requisitos excluyentes entre éstos.

Cuando en esta póliza se utilice el término "asegurado", sin indicar si se trata de asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como al asegurado dependiente que se hayan señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

c) BENEFICIARIO. El que, aún sin ser asegurado tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro. Se tendrá como beneficiario al propio asegurado. Para el caso de fallecimiento de éste se tendrá como beneficiario a la persona o personas cuyos nombres figuren con tal carácter en las Condiciones Particulares, propuesta de seguros u otro documento en que se hubiere designado a éstos.

d) 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. De esta forma, y sólo como enunciación no taxativa, no se entenderán como accidente los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimiento o sonambulismo que sufra el asegurado.

e) PERDIDA 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.

f) PERDIDA PARCIAL. La eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

g) PERDIDA 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.

h) MIEMBRO. Cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

i) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS (2/3). La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de un accidente, de a lo menos dos tercios (2/3) de la 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", reguladas por el D.L. N° 3.500 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social de fecha 13 de noviembre de 1980 y sus modificaciones. En todo caso, se considerará como Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios (2/3) por Accidente los siguientes casos:

La pérdida total a consecuencia de un accidente de:

- la visión de ambos ojos, o
- ambos brazos, o
- ambas manos, o
- ambas piernas, o
- ambos pies, o
- una mano y un pie.

j) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE OCHENTA POR CIENTO (80). La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de un accidente, de a lo menos el 80% 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 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social de fecha 13 de noviembre de 1980 y sus modificaciones.

k) HOSPITAL. 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.

l) HOSPITALIZACION. Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

m) GASTOS AMBULATORIOS. Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, esto aún cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

n) GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS. Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar a los Gastos Ambulatorios y/o Gastos de Hospitalización en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. En este análisis se deberá considerar además: (i) que sean las prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de la Lesión o enfermedad y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (ii) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (iii) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la compañía podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo al nivel y volumen de prestaciones realizadas en los establecimientos médicos de mayor prestigio profesional del país, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando, según se especifique en las Condiciones Particulares.

o) PERIODO DE ACUMULACION. Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso, el cual deberá estar especificado en las condiciones particulares de la póliza.

p) DEDUCIBLE. Es la estipulación por la que el asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiera pactado. Para los efectos de esta póliza

corresponderá al monto de los gastos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. Se podrá establecer un deducible por asegurado, grupo familiar, u otro grupo de asegurados, así como también para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos.

q) MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO. Corresponde a la cantidad máxima, expresada en la moneda de la póliza, que la compañía reembolsará al asegurado titular o contratante de acuerdo a lo señalado en las condiciones particulares por los gastos médicos incurridos correspondientes a cada evento, dependiendo de la edad del asegurado y en los términos, proporciones, límites y condiciones señalados en esta póliza.

r) MEDICO. Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.

s) PRESTADOR DE SALUD. Son establecimientos médicos públicos o privados y médicos que otorgan servicios o acciones de salud.

t) CARENCIA. Es el periodo de tiempo establecido en estas Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares, durante el cual los asegurados no reciben la cobertura prevista en la póliza. El período de carencia se contará desde: (a) la fecha de vigencia del contrato de seguro para aquellos asegurados que sean incorporados a esa fecha; o (b) la fecha de vigencia inicial de su cobertura para aquellos asegurados que se incorporen al contrato de seguro con posterioridad a la fecha de vigencia del mismo.

ARTICULO 5: EXCLUSIONES.

No se efectuará el pago de las indemnizaciones que correspondan a las distintas alternativas de cobertura de este contrato de seguro, cuando el fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, hospitalización o gastos médicos incurridos del asegurado, provengan o se originen por:

a) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del Estado.

b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente por sentencia ejecutoriada que se ha tratado de legítima defensa.

c) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonada, motín, conmoción civil, subversión incluidos los actos terroristas entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

d) Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en supleno juicio o enajenado mentalmente.

e) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose la muerte del asegurado como consecuencia de la conducción de vehículos motorizados en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

f) La conducción de cualquier vehículo o medio de transporte, la operación de cualquier tipo de maquinaria o el desempeño de las funciones de guardafrenos, cambiadores o controladores de tránsito, ejecutados en estado de ebriedad de acuerdo a la graduación establecida en legislación vigente a la fecha del accidente del Asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente, y/o bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas.

g) La práctica o el desempeño de cualquier deporte que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, salvo que sea previamente aceptada por el asegurador, tales como: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, automovilismo, boxeo, rodeo, rugby, equitación, polo.

h) 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, tales como lo son las siguientes:

- i. La manipulación de explosivos o sustancias químicas corrosivas.
- ii. La manipulación de sierras mecánicas, de vaivén, banda o circulares utilizadas en industrias o fábricas.
- iii. La manipulación de máquinas de soldar utilizadas en industrias o fábricas.
- iv. Trabajar en la carga o descarga de vehículos, buques o aviones.
- v. Matar ganado.
- vi. Minería subterránea.
- vii. Trabajos en altura o líneas de alta tensión
- viii. Inmersión submarina.

i) Motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.

j) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo.

k) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados y empresas de seguridad ciudadana.

l) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.

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

n) Siniestro causado dolosamente por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización, respecto de dicho beneficiario.

o) 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 el asegurador.

p) Infecciones debidas a gérmenes, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

q) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de siniestros cubiertos por esta póliza, tales como: Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo; enfermedad mental o nerviosa, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento; exámenes médicos de rutina.

- r) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- s) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.
- t) La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado y las hospitalizaciones domiciliarias de cualquier tipo.
- u) La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
- v) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- w) Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos traslados por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.
- x) Atenciones médicas siquiátricas y/o psicológicas.
- y) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- z) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por accidentes ocurridos anteriores a la fecha de vigencia del asegurado en el contrato de seguro.
- aa) Todo tipo de tratamientos por obesidad, salvo en aquellos casos calificados como "obesidad mórbida", de acuerdo a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- bb) Epidemias oficialmente declaradas.

ARTÍCULO 6. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA.

La aseguradora cubrirá la muerte, desmembramiento, invalidez total y permanente, o los gastos médicos todos a consecuencia de un accidental que afecte al asegurado como consecuencia directa de la realización o participación en actividades o deportes riesgosos, excluidas en el artículo N° 5 letras g) y h), cuando hayan sido declaradas por el asegurado y aceptadas por la aseguradora. En este caso la aseguradora podrá cobrar una sobreprima al asegurado. De todo lo anterior se dejará constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTICULO 7. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

El asegurado deberá dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el artículo 524 del Código de Comercio que le sean atingentes en consideración al tipo de seguro de que se trate.

En especial el asegurado estará obligado a:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
2. Pagar la prima en la forma y época pactadas;
3. No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio;

4. Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y

5. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el contratante del seguro y el Asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado.

Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTICULO 8. AGRAVACIÓN DE RIESGOS ASEGURADOS.

El Asegurado, o contratante en su caso, deberá informar al asegurador de los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado, y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato de seguro, dentro de los cinco (5) 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 treinta 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 diez 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 la declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el inciso primero, 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 incisos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al asegurado la proporción de prima correspondiente al período en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

ARTÍCULO 9. DECLARACIONES DEL ASEGURADO E INDISPUTABILIDAD.

Conforme lo dispone el artículo 525 del Código de Comercio, corresponde al asegurado declarar sinceramente por sí o por sus asegurados dependientes 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. Con tal objeto el asegurador podrá solicitar la práctica de exámenes médicos de acuerdo a lo establecido en la ley

Convenido el contrato de seguro sin que el asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste

no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante o asegurado, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud.

Si el siniestro no se ha producido, y el contratante o asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador, éste podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes del contratante no revisten alguna de dichas características, 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 diez 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 treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

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 de acuerdo al párrafo anterior y, en caso contrario, 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.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

Conforme lo dispone el artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTÍCULO 10. DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIO.

Se tendrá como beneficiario, para cobrar el importe de este seguro en caso de fallecimiento del asegurado a las personas cuyos nombres estén individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza. El contratante o el asegurado 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 legales quienes concurrirán al pago de la indemnización en porcentajes iguales.

Con todo, tratándose de asegurados dependientes, el beneficiario será el asegurado titular o el contratante, según así se señale en las Condiciones Particulares de la póliza.

El asegurado podrá cambiar de beneficiarios cuando lo estime conveniente, enviando la comunicación, por escrito, a la compañía de seguros, a menos que la designación de ésta haya sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso, dicha designación sólo podrá ser alterada por el asegurado, con el consentimiento del beneficiario primitivo.

Si a la muerte del asegurado hubiese también fallecido el o los beneficiarios designados en la póliza, ocuparán su lugar los herederos del asegurado o, en su defecto si así se señala en las Condiciones Particulares, será beneficiario el contratante de la póliza.

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.

Pagada la indemnización a los beneficiarios debidamente designados o a quien corresponda legalmente, la compañía de seguros se libera de toda obligación que para ella pudiese emanar en virtud de esta póliza.

ARTÍCULO 11. PRIMAS Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA.

a) Pago de Primas: El contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante. Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de ésta será siempre de responsabilidad del contratante de la póliza.

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.

Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la Compañía Aseguradora.

b) Período de Gracia: Para el pago de la prima podrá concederse un plazo de gracia que será el señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagada, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la compañía de seguros, se podrá deducir del monto a pagar la prima total de la póliza vencida y no pagada.

c) Término Anticipado del Contrato: Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, se procederá del modo que se indica en los párrafos siguientes de este artículo. La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince (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. Dicha terminación no aplicará en caso que el contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente.

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

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta póliza, no dará derecho, en ningún caso, al pago de ninguna indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a la fecha en que este contrato quedó sin efecto.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho de poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

d) Impuestos: se establece que cualquier cambio relativo a impuestos aplicables a la prima, no serán de cargo del asegurador, por ende, a contar de la fecha de la modificación se aplicarán sobre la prima neta establecida para la póliza o sus adicionales, en este último sí fuere el caso.

e) Financiamiento de la Prima: De acuerdo al financiamiento de la prima de este seguro se definen dos modalidades, ellas son: 1) Contributorio, es aquella que la prima es financiada en conjunto por el contratante y el asegurado titular, y 2) No Contributorio, es aquella que la prima es financiada sólo por el contratante de la póliza o sólo por el asegurado titular.

ARTÍCULO 12. REHABILITACION DE LA POLIZA.

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro del período original de vigencia del contrato.

A tal efecto, el contratante y/o los asegurados deberán acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la compañía de seguros y pagar todas las primas vencidas y devengadas que corresponda, y que se encuentren pendientes de pago.

La sola entrega a la compañía de seguros del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar la póliza, si previamente no ha habido aceptación escrita de la compañía de seguros a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la compañía de seguros de devolver el valor de las primas recibidas por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTICULO 13. DENUNCIA DE SINIESTROS Y PAGO DE INDEMNIZACIONES.

El fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, hospitalización y/o gastos médicos incurridos por el Asegurado, a consecuencia de un accidente, deberán ser notificados a la Compañía, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, hospitalización y/o gastos médicos incurridos, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía hasta el plazo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro del Asegurado.

Asimismo, se deberán presentar a la Compañía los siguientes antecedentes relativos al siniestro:

- a) Certificado de Defunción original del asegurado, con causa de muerte;
- b) Fotocopia Cédula de Identidad del asegurado o Certificado de Nacimiento original;
- c) Informe Médico;
- d) Parte Policial y Alcoholemia (si correspondiese);
- e) Cualquier otro Informe o declaración, certificados o documentos, ficha clínica, dictamen de invalidez, y en especial los relativos a la causa que motiva el cobro del siniestro del asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias, que permitan establecer la responsabilidad del asegurador.

Sin perjuicio de lo requerido precedentemente, también constituyen antecedentes necesarios para la alternativa de cobertura E y F: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, y Reembolso de Gastos de Hospitalización por Accidente, respectivamente, los siguientes documentos:

- a) La entrega oportuna por el asegurado a la compañía del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.
- b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la compañía de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por parte de una entidad aseguradora, o institución o

entidad referidos en la letra anterior.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el siniestro denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por este contrato de seguro y determinar el monto de la indemnización. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de las pericias y exámenes médicos.

El asegurado deberá requerir de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación del siniestro denunciado o autorizar a la Compañía o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el siniestro denunciado y los gastos consecuentes.

En caso de requerirse mayores antecedentes, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N° 1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo modifique.

ARTICULO 14. VIGENCIA EL CONTRATO DE SEGURO.

La póliza comenzará su vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, y tendrá la duración que las mismas Condiciones Particulares señalen. El contrato podrá ser renovado por un nuevo periodo a partir de la fecha de vencimiento de la póliza, bajo las nuevas condiciones de coberturas y primas pactadas con el contratante de la póliza. Las Condiciones Particulares podrán establecer la forma, plazos y condiciones en que se informarán las nuevas condiciones al contratante.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTICULO 15. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

El contrato de seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asimismo, este contrato de seguro terminará cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

1.- Respecto del Contrato:

- a) Por no pago de la prima y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente;
- b) Si la moneda o unidad estipulada de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía, conforme a lo señalado en el Artículo 16 siguiente.

En el caso de término anticipado del contrato descrito en la letra b) de este artículo, la Compañía, conforme al Artículo 17 de estas Condiciones Generales, notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado.

2.- Respecto del Asegurado:

- a) Por término del contrato de seguro;

- b) Cuando el contratante informe que el Asegurado ya no es parte del grupo asegurado;
- c) Por fallecimiento del Asegurado;
- d) Por el pago del monto asegurado de alguna de las alternativas de cobertura de Incapacidad Total y Permanente, descritas en estas Condiciones Generales;
- e) Por el pago del 100% del monto asegurado de la alternativa de cobertura B: Desmembramiento, descrita en estas Condiciones Generales;
- f) Pago de la indemnización contemplada en alguna cláusula adicional contratada por el Asegurado, que conforme a la misma provoque el término anticipado de la cobertura principal;
- g) A las 24 horas del día en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza;
- h) Por no pago de la prima y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente;
- i) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 7 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales;
- j) Cuando el Asegurado no hubiere informado a la Compañía de los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado según el Artículo 8 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales; y
- k) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal.

Terminada la vigencia del contrato de seguro, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha

ARTÍCULO 16: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO.

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento, en moneda extranjera o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, de tal forma que tanto los montos asegurados, los valores y como las primas se reajustaran en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

El valor de la unidad reajutable elegida, que se considerará para el pago de primas y beneficios, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la Unidad de Fomento o la unidad reajutable 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 de seguros, dentro de los 10 días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 17. COMUNICACIÓN 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 esa 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

ARTÍCULO 18. ARBITRAJE.

Cualquier dificultad que se suscite entre el Contratante o Tomador, los Asegurados o los Beneficiarios, según corresponda, y la Compañía Aseguradora, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, 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 al momento de surgir una 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 19. DOMICILIO.

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 20. CLÁUSULAS ADICIONALES.

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria 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 del asegurado, de la póliza o la pérdida de derechos en ella contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.