

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320230413

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 beneficiario.

ARTÍCULO 2°. COBERTURA.-

La aseguradora pagará al asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, el monto asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, ya sea como indemnización, reembolso o renta, en caso de fallecimiento, u hospitalización, a consecuencia de un accidente, en los términos, porcentajes, límites y topes de cada una de las alternativas de cobertura contratadas que se encuentran establecidas en el Artículo 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 asegurado, estas 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 (60) 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 del 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 permanente dos 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 encuentre 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 de 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, el 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, el asegurado deberá otorgar 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. Esta autorización podrá estar contemplada en la propuesta o solicitud de incorporación 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: La persona jurídica que suscribe este contrato con la Compañía Aseguradora y figura como tal en las Condiciones Particulares de la póliza y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y

cargas del contrato.

b) **ASEGURADO:** Es toda persona natural a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador y que, habiendo sido debidamente aceptado como tal por la Compañía, está habilitado para requerir la cobertura, estando definido como tal 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 estas Condiciones Generales se utilice el término "Asegurado", sin indicar si se trata del asegurado titular, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como a los demás asegurados.

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) **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.

f) **HOSPITALIZACION.** Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada e internada 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. Para estos efectos se entiende que la utilización de un día completo de servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería corresponde a 24 horas contados desde su ingreso al Hospital hasta su respectiva alta médica

g) **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 ni la utilización de un día completo de servicios

de habitación, alimentación y atención general de enfermería en los términos descritos en el numeral precedente, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

h) 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.

i) 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.

j) 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 o por solicitud de reembolso, o por la edad del asegurado.

k) 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.

l) 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.

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

ARTÍCULO 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, 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 su pleno 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 exprese 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.

ARTÍCULO 6. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA.

La aseguradora cubrirá la muerte o los gastos médicos producidos a consecuencia de un accidente 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.

ARTÍCULO 7°. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.-

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, y demás deberes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, las obligaciones del asegurado aplicables en este seguro, son las siguientes:

- 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 tomador y el asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidos por el asegurado. Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 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.-

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo 7, será suficiente que el Asegurado informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo.

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 del Asegurado, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud.

Si el siniestro no se ha producido, y el Asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador de acuerdo al número 1 del artículo 7, el asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes 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 inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que 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°. VIGENCIA Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO.-

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares, y podrá ser renovado a partir de la fecha de término del contrato de seguro, por el lapso, condiciones y prima acordadas con el contratante.

En caso de pactarse su renovación automática, ella se verificará por períodos iguales y sucesivos a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de una comunicación escrita, con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días corridos a la fecha del vencimiento de la Póliza.

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 diagnósticos que ocurran con posterioridad a esa fecha.

En caso de cambios o modificaciones a las condiciones y términos del seguro, el asegurador deberá notificarlos al asegurado a través del contratante, y 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

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 11°. VIGENCIA DE LAS COBERTURAS.-

En caso de que esta póliza fuese contratada en forma colectiva, la vigencia de la cobertura definida en el artículo 2° 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.

Por tanto, terminada la vigencia de la póliza, los Asegurados seguirán con sus coberturas individuales vigentes hasta el término de los respectivos plazos de vigencia originales de cada uno de ellos, en los mismos términos contratados, y siempre que se haya pagado o se permanezca pagando la prima correspondiente.

ARTÍCULO 12°. 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.

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 13°. PRIMAS Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA.-

El monto de la prima se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza.

a) Pago de la Prima.

La obligación de pagar la prima le corresponderá al Contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza. La prima se pagará en las oficinas de la Compañía 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 o del asegurado según corresponda.

La prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida por la Compañía Aseguradora.

b) Plazo de Gracia.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca un plazo diferente, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este período, 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 reembolsar la prima total vencida y no pagada.

c) No pago de la prima.

Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 16 de estas Condiciones Generales, 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.

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.

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

ARTÍCULO 14°. DENUNCIA DE SINIESTROS Y PAGO DE INDEMNIZACION.-

El fallecimiento 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, 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 las alternativas de cobertura E: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente y F: Reembolso de Gastos Médicos de Hospitalización por Accidente, 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 documentos, o copia de éstos, extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, bonos, órdenes de atención, 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.

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.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos originales y antecedentes adicionales que estime necesarios a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, la compañía aseguradora podrá practicar a su costa exámenes médicos o pericias al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de reembolso.

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.

ARTÍCULO 15°. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.-

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

El asegurado titular, por su parte, podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador.

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

a) Por fallecimiento del asegurado;

b) A las 24:00 horas del día en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza;

c) Cuando no se efectúe el pago de la prima de la póliza y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 13 precedente;

d) En caso que la moneda de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la compañía aseguradora, según lo establecido en el Artículo 17 siguiente;

e) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 7,8 y 9 de estas Condiciones Generales;

f) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal.

En el caso de término anticipado del contrato descrito en la letra e) de este artículo, la Compañía Aseguradora, conforme al Artículo 18 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.

Asimismo, la cobertura que otorga este contrato de seguro terminará respecto de un asegurado distinto del asegurado titular, cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

a) Por todas las causas de término del contrato de seguro respecto del asegurado titular;

b) Por fallecimiento;

c) A las 24:00 horas del día en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza;

d) 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 de seguros sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 16°. IMPUESTOS.-

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia del contrato de seguro y que afecten al presente contrato, serán de cargo del asegurado, salvo que por ley fuesen del cargo de la Compañía.

Se establece además 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 si fuese el caso.

ARTÍCULO 17°. 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 Comisión para el Mercado Financiero, de tal forma que tanto los montos asegurados, los valores y como las primas se reajustarán 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 18°. 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 19°. ARBITRAJE.-

Cualquier dificultad que se suscite entre el Contratante o Tomador, el Asegurado 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.

El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las facultades que establece el artículo 543 del Código de Comercio.

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

ARTÍCULO 20°. DERECHO DE RETRACTO.-

De conformidad al artículo 538 del Código de Comercio, si el presente contrato de seguro es de aquellos celebrados a distancia, el contratante o asegurado tendrá la facultad de retractarse dentro del plazo de 10 días, contado desde que reciba la póliza, sin expresión de causa ni cargo alguno, teniendo derecho a la

devolución de la prima que hubiere pagado.

Este derecho no podrá ser ejercido si se hubiere verificado un siniestro, ni en el caso de los contratos de seguros cuyos efectos terminen antes del plazo señalado en el párrafo precedente.

ARTÍCULO 21°. 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 22°. CLÁUSULAS 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 del asegurado, de la póliza o la pérdida de derechos en ella contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.