

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130371

ARTÍCULO 1° REGLAS APLICABLES AL CONTRATO:

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

ARTÍCULO 2° DEFINICIONES:

Para los efectos de esta póliza, se entenderá por:

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecten en su organismo al asegurado, tales como lesiones corporales determinadas por caídas, fracturas, heridas por armas de fuego, luxaciones, cortaduras, golpes, quemaduras de cualquiera especie, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramiento producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

Asegurado: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. El o los asegurados corresponderán a las personas designadas como tal en las Condiciones Particulares de la póliza y que cumplan con los requisitos que la misma exige.

Beneficiario: El beneficiario corresponde a la persona natural o jurídica que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro, y se encuentra individualizada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Carencia: Es el periodo de tiempo desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización.

Condiciones de Asegurabilidad: Aquellas características con que debe cumplir el Asegurado para ser cubierto por esta póliza.

Contratante: Es aquel que celebra el seguro con el Asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato.

Deducible: Estipulación por la que asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiera pactado.

Establecimiento Hospitalario: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas del día y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. El establecimiento debe estar legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipo de rayos X y quirófano atendidos por personal profesional especializado.

Gastos razonables y acostumbrados: El monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando

además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la enfermedad o accidente; característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

Invalidez Total Permanente: Se entenderá por invalidez total permanente a aquella condición del asegurado que como consecuencia de un accidente, pierda 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", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980.

Adicionalmente, se establecerá un porcentaje total de incapacidad en base al cual también se podría declarar al asegurado en estado de invalidez total permanente, en el evento de que éste sufra la pérdida funcional total y absoluta de alguno de las partes del cuerpo detalladas a continuación. Dicho porcentaje será determinado en las condiciones particulares y de acuerdo Artículo 3°, que en caso de siniestro, será calculado de acuerdo a la siguiente tabla:

100% Por la pérdida total de los dos ojos, o de las dos manos o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) y de una mano.

50% Por la pérdida de una mano o de uno de los miembros superiores (brazo).

50% Por la pérdida de un miembro inferior (pierna).

40% Por la pérdida de un pie.

50% Por sordera completa de ambos oídos.

13% Por sordera completa de un oído.

25% Por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiere tenido sordera completa

del otro.

35% Por la ceguera total de un ojo.

50% Por la ceguera total de un ojo, tratándose de un asegurado que sufría de ceguera total del otro.

20% Por la pérdida total de un pulgar.

15% Por la pérdida total del índice derecho.

15% Por la pérdida total del índice izquierdo.

5% Por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano.

3% Por la pérdida total de un dedo del pie.

La pérdida de cada falange se calculará en forma proporcional, en relación a la pérdida del dedo completo correspondiente. Además, la pérdida de las falanges de los dedos de la mano o del pie, será considerada como invalidez únicamente cuando se haya producido su separación.

Pérdida Funcional Absoluta: Ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de funciones o fisiología del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

Pérdida Total: Separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del

organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.

ARTÍCULO 3° COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA:

La Compañía Aseguradora pagará al beneficiario el capital asegurado en la forma, tiempo y periodicidad establecidos en las Condiciones Particulares, según las coberturas contratadas y una vez acreditada la muerte del asegurado, su invalidez o los gastos médicos asociados, siempre que se cumplan todas las condiciones estipuladas en las Condiciones Particulares.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la compañía, que la invalidez, la muerte sobrevinientes o los gastos médicos asociados, sean efectos directos de un accidente y que se manifiesten a más tardar dentro de un año producido el mismo.

El beneficiario y el capital asegurado serán establecidos en las Condiciones Particulares, pudiendo establecerse además un periodo de carencia, limitaciones territoriales, condiciones de asegurabilidad y permanencia para la presente póliza.

Podrán contratarse una o más coberturas, las que deben estar expresamente detalladas en las Condiciones Particulares, quedando sujetas a los términos, condiciones y exclusiones de esta póliza.

• A. Cobertura de Muerte Accidental

En caso de muerte por accidente, la Compañía Aseguradora pagará al beneficiario indicado en las Condiciones Particulares, el capital asegurado detallado en ellas. Si no existiera beneficiario determinado, la indemnización será pagada por la compañía a los herederos legales del asegurado. Del capital asegurado, serán descontados los pagos que se hayan hecho por concepto de otras coberturas de esta póliza o de sus cláusulas adicionales.

•B. Cobertura de Incapacidad Total Permanente 2/3 por accidente

En caso de invalidez total permanente de al menos 2/3 de la capacidad de trabajo producto de un accidente, la Compañía Aseguradora pagará al beneficiario establecido en las Condiciones Particulares el capital asegurado establecido en ellas. Si no existiera beneficiario determinado, la indemnización será pagada al Asegurado. Del capital asegurado, serán descontados los pagos que se hayan hecho por concepto de otras coberturas de esta póliza o de sus cláusulas adicionales.

•C. Cobertura de Incapacidad Total Permanente 80% por accidente

En caso de invalidez total permanente de al menos el 80% de la capacidad de trabajo producto de un accidente, la Compañía Aseguradora pagará al beneficiario establecido en las Condiciones Particulares el capital asegurado establecido en ellas. Si no existiera beneficiario determinado, la indemnización será pagada al Asegurado. Del capital asegurado, serán descontados los pagos que se hayan hecho por concepto de otras coberturas de esta póliza o de sus cláusulas adicionales.

•D. Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos médicos ambulatorios u hospitalarios, según los porcentajes, condiciones y términos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta por el monto anual y número de eventos indicado como tope máximo en ellas. Dichos gastos deberán ser producto de atenciones en un Establecimiento Hospitalario hasta 180 días después de la fecha del siniestro y que sean consecuencia de las lesiones sufridas en dicho accidente.

Esta cobertura podrá contratarse para gastos ambulatorios, para hospitalarios o para ambos en los porcentajes, carencias, condiciones y términos señalados en las Condiciones Particulares. En éstas podrán también estipularse un deducible, un mínimo y un máximo de días de hospitalización

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

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

ARTÍCULO 4° EXCLUSIONES:

No se efectuará pago alguno cuando la muerte, incapacidad sobreviniente o gastos médicos del asegurado sea producto de alguna de las siguientes causales:

a) Suicidio o su intento. No obstante esta exclusión cesará si hubieren transcurrido 2 años completos e

ininterrumpidos de cobertura desde la contratación. b) Guerra, terrorismo o cualquier conflicto armado. Participación del asegurado en las Fuerzas Armadas. Daños por energía atómica o nuclear. c) Lesiones autoinflingidas. d) Estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. e) Negligencia o imprudencia leve en términos del artículo 44 del Código Civil. f) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por el Asegurado o un beneficiario. g) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la Escala Modificada de Mercalli. h) Viajes aéreos excepto como pasajero en un vuelo comercial.

Adicionales a las exclusiones anteriores, para la cobertura de Gastos Médicos, no se efectuará pago si éstos provienen o se originan por:

1) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos. 2) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares. 3) Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.

ARTÍCULO 5° OBLIGACIONES DEL ASEGURADO:

El asegurado estará obligado a:

1° Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar y apreciar la extensión de los riesgos;

2° Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo riesgo;

3° Pagar la prima en la forma y época pactadas;

4° Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;

5° 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;

6° Notificar al asegurador, de conformidad al artículo 9 de estas Condiciones Generales, una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y

7° Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

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

ARTÍCULO 6° AGRAVACIÓN O ALTERACIÓN DEL RIESGO:

En materia de agravación de riesgos asegurados, este contrato se regirá por lo señalado en el Artículo 526 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 7° DECLARACIONES DEL ASEGURADO:

El Asegurado deberá realizar las siguientes declaraciones:

1) Las estipuladas en el artículo 524, N°1) del Código de Comercio.

2) Las estipuladas en el artículo 525 del Código de Comercio.

Cualquiera sea la declaración que haga el deudor asegurado en virtud de esta póliza deberá ser hecha de buena fe y respecto de las circunstancias por él conocidas y solicitadas por el asegurador.

ARTÍCULO 8° PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA:

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

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

Plazo de Gracia: El Asegurador podrá conceder un plazo de gracia, que será el señalado en las condiciones particulares, el cual será contado a partir del primer día de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo la cobertura permanecerá vigente. Si ocurriera un siniestro durante dicho plazo de gracia, se deducirá de la indemnización a pagar la prima vencida y no pagada. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la cobertura terminará anticipadamente de conformidad al procedimiento señalado en los incisos anteriores.

ARTÍCULO 9° DENUNCIA DE SINIESTROS:

Producida la muerte o la invalidez total y permanente del Asegurado, ésta deberá comunicarse a la Compañía por escrito o por cualquier otro medio fehaciente dispuesto para ello, en el plazo estipulado en las Condiciones Particulares, debiendo presentar todos los antecedentes relativos al siniestro solicitados por la Compañía.

Será obligación del Asegurado proporcionar todos los antecedentes médicos, exámenes en su poder y documentos legales. Deberá también autorizar a la Compañía para requerir de sus Médicos tratantes y/o instituciones de salud todos los antecedentes que ellos posean, como también someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la invalidez total y permanente. El costo de estos últimos será de cargo de la Compañía.

La Compañía Aseguradora determinará dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares, si se ha producido la muerte o invalidez total y permanente conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos. Se le comunicará al Asegurado su aprobación o rechazo a la solicitud presentada, por carta u otro medio fehaciente dispuesto para ello.

El Asegurado, después de conocer la determinación de la Compañía Aseguradora, y dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares de esta póliza, podrá requerir que la invalidez total y permanente, sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

Para el caso de invalidez total y permanente, durante el período de evaluación, y hasta que proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía, se deberá continuar con el pago regular de la prima. Si procede el pago de la indemnización, se devolverá la prima pagada desde el mes siguiente a la fecha en que se notifique la invalidez total y permanente a la Compañía.

En el caso que el asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones establecidas en esta póliza o las cumpla imperfectamente por su culpa o negligencia, éste perderá todo derecho a exigir indemnización con cargo a la presente póliza. Sin perjuicio de lo anterior, en el evento que el asegurado haya incumplido con alguna(s) de estas obligaciones por caso fortuito o fuerza mayor, la Compañía Aseguradora otorgará una prórroga prudencial para el cumplimiento de las mismas.

Dentro del marco de lo establecido en el Decreto Supremo N° 1055 de 2013, Reglamento sobre los Auxiliares del Comercio de Seguros, o el reglamento que lo reemplace, en relación al procedimiento en caso de liquidaciones se estará a lo que dispongan las Condiciones Particulares de la póliza, en la medida que no se opongan a lo establecido en dicho reglamento y demás disposiciones legales y normativas vigentes.

ARTÍCULO 10° VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y COBERTURA:

La vigencia de la póliza y de las coberturas contratadas serán las que se especifiquen en las Condiciones Particulares o en la respectiva Solicitud de Incorporación/Certificado de Cobertura para cada uno de los Asegurados en particular.

ARTÍCULO 11° TERMINACIÓN:

El seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares, por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia indicada en la póliza o por la pérdida de la calidad de asegurado de conformidad a lo establecido en las condiciones particulares.

El Asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador.

El Asegurador, a su vez, podrá poner término al contrato de seguro en caso de concurrir una cualquiera de las siguientes causales:

1.- Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro.

2.- Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo 8 de las presentes Condiciones Generales.

Si se han convenido coberturas adicionales, las partes no podrán ponerles término en forma separada de la cobertura principal sino poniendo término al contrato en su totalidad, salvo que sea de común acuerdo.

ARTÍCULO 12° COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES:

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía y el contratante, los asegurados o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta, correo electrónico u otro medio fehaciente. En caso de carta, ésta debe ser dirigida al domicilio de la

compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. En caso de correo electrónico, deberán realizarse a la dirección de correo electrónico señalado en las Condiciones Particulares, en la solicitud de seguro respectiva o en la grabación telefónica si correspondiese.

ARTÍCULO 13° CLÁUSULA DE SOLUCION DE CONFLICTO

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro. En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251 de 1931, en virtud de la cual el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía cuando el monto de los daños no sea superior a 120 Unidades de Fomento.

ARTÍCULO 14° DOMICILIO

Para todos los efectos legales, las partes de este contrato fijan domicilio en la ciudad indicada en las Condiciones Particulares.

