

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320140335

ARTICULO 1º: 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.

ARTICULO 2º: COBERTURA

La Compañía Aseguradora pagará al asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, en caso de fallecimiento o lesiones producidas a consecuencia de un accidente, o bien en caso de cirugía u hospitalización a causa de accidente, las indemnizaciones, reembolsos o rentas señaladas las Condiciones Particulares de la póliza, de acuerdo a la descripción de las coberturas establecidas en estas Condiciones Generales. Las coberturas de la póliza efectivamente contratadas deberán quedar expresamente registradas en la Condiciones Particulares de la póliza.

Queda expresamente establecido que el accidente que dé lugar a alguna de las coberturas de la presente póliza, necesariamente debe haber ocurrido durante la vigencia de ésta y de la vigencia individual del asegurado. Por lo tanto, no se cubrirá el fallecimiento o lesiones producidas a consecuencia de un accidente, así como la cirugía u hospitalización a causa de accidente, cuando dicho accidente haya ocurrido con anterioridad al inicio de la cobertura del asegurado.

Las coberturas que podrán ser contratadas en virtud de la presente póliza son las siguientes:

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.

Se tendrá por beneficiario(s) de la cobertura de Muerte Accidental, a la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) esté(n) indicado(s) con tal carácter en las Condiciones Particulares. Sin perjuicio de lo señalado, a falta de designación expresa de beneficiario(s) por parte del asegurado, se tendrá, a la fecha de su fallecimiento, como beneficiario(s) a el (los) heredero(s) legal(es) del mismo en los términos establecidos en el artículo 593 del Código de Comercio.

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 de la la Compañía Aseguradora indemnizará al Asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las condiciones particulares de la póliza para esta cobertura:

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

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

-40% por pérdida de un pie;

-35% por la ceguera total de un ojo;

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

-20% por la pérdida de un pulgar;

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

-13% por la sordera completa de un oído;

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

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

La pérdida de cada falange se calculará en forma proporcional. 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 (2/3) 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 contados desde 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 (80%) 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 contados desde 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 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. RENTA MENSUAL POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a aquella persona que esté especificada en las Condiciones Particulares como beneficiaria de la misma, el monto mensual contratado en la póliza, en la

forma, plazo, periodicidad y condiciones estipuladas en dichas condiciones, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en este Artículo.

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

Se tendrá por beneficiario(s) de la cobertura a la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) esté(n) indicado(s) con tal carácter en las Condiciones Particulares. Sin perjuicio de lo señalado, a falta de designación expresa de beneficiario(s) por parte del asegurado, se tendrá, a la fecha de su fallecimiento, como beneficiario(s) a el (los) heredero(s) legal(es) del mismo en los términos establecidos en el artículo 593 del Código de Comercio.

F. RENTA ANUAL DE ESCOLARIDAD POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a cada hijo del asegurado individualizado en las Condiciones Particulares, el monto anual contratado en la póliza, en la forma, plazo, periodicidad y condiciones estipuladas en las mismas, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en este artículo, sin que sea necesario acreditar la calidad de estudiante del beneficiario de la renta anual de escolaridad.

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

Para todos los efectos de esta cobertura se tendrá por beneficiarios al(los) hijo(s) del asegurado que haya(n) sido informado(s) en tal calidad por el mismo y se encuentre(n) registrado(s) como tal en las Condiciones Particulares.

Queda expresamente establecido, que en caso de fallecer el beneficiario de la renta anual de escolaridad por accidente o en caso que a la fecha de fallecimiento del asegurado éstos no se hayan informado a la Compañía Aseguradora, se tendrá como beneficiarios a los herederos legales del asegurado en los términos establecidos en el artículo 593 del Código de Comercio.

G. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado los gastos de asistencia médica y farmacéutica razonables, acostumbrados Asegurado, tanto ambulatorios como hospitalarios, en que el Asegurado incurra a consecuencia de un accidente, en los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, y hasta el monto máximo indicado en éstas y 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.

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:

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso definidos en las Condiciones

Particulares de la póliza.

2. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso.

3. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con una bonificación, aporte y/o reembolso inferior al 50%, u otro porcentaje señalado en las Condiciones Particulares, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso definidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

4. En las Condiciones Particulares de la póliza se podrán establecer porcentajes y límites de reembolso o pago diferentes según el sistema de salud previsional al que el asegurado se encuentre afiliado y/o el prestador médico que originó el gasto.

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

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

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En esa circunstancia, 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.

H. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado hospitalizado a causa de accidente, los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado, en los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, y hasta el monto máximo indicado en éstas, y hasta el monto máximo diario que se indica en las Condiciones Particulares, 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.

Se reembolsarán los gastos de las atenciones prestadas desde el primer día de ingreso del Asegurado al Establecimiento Hospitalario y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares.

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

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso definidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso.

3. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con una bonificación, aporte y/o reembolso inferior al 50%, u otro porcentaje señalado en las Condiciones Particulares, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso definidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

4. En las Condiciones Particulares de la póliza se podrán establecer porcentajes y límites de reembolso o pago diferentes según el sistema de salud previsional al que el asegurado se encuentre afiliado y/o el prestador médico que originó el gasto.

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

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

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

En caso de que se haya contratado la cobertura descrita en la letra G precedente conjuntamente con esta cobertura, se deberá hacer obligatoriamente uso primario de la cobertura descrita en la Letra G.

I. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora pagará al Asegurado hospitalizado por más de 24 horas continuas en un Establecimiento Hospitalario a causa de accidente cubierto por esta póliza, la renta diaria que se indica en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el asegurado.

Esta cobertura se pagará una vez transcurridos el número de días señalados en las Condiciones Particulares, contados desde el inicio de la hospitalización por accidente y por el número de días que se haya determinado o hasta el término de la hospitalización, según se establezca expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

J. BENEFICIO DE CIRUGIA POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado que incurra en gastos por una intervención quirúrgica a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en este artículo, la cantidad que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje que establezca la Tabla de Operaciones Quirúrgicas que deberá constar en las Condiciones Particulares para cada tipo de intervención quirúrgica en que pueda incurrir el Asegurado. Se deja establecido que los gastos a considerar deberán ser razonables, acostumbrados..

Las limitaciones para esta cobertura son las que a continuación se señalan:

1. La cantidad calculada por este procedimiento para el pago de la indemnización no podrá exceder el monto real y efectivo de los gastos en que incurrió el Asegurado.
2. Cuando una intervención quirúrgica no se encuentre contemplada en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, la compañía aseguradora determinará el pago comparando la intervención quirúrgica realizada con aquella de la Tabla de Operaciones Quirúrgicas que más se le asemeje, a criterio de la compañía aseguradora, en cuanto a complejidad quirúrgica y tiempo de duración. En caso de que el Asegurado no esté de acuerdo con el criterio de la compañía aseguradora para la clasificación de la intervención, la controversia será resuelta, sin forma de juicio, por un médico cirujano designado de común acuerdo por las partes, cuyos costos serán soportados en partes iguales por el Asegurado y la Compañía Aseguradora.
3. En caso que se realice más de una intervención quirúrgica, como consecuencia de un mismo accidente, el pago del beneficio ascenderá al monto que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de aquella intervención quirúrgica que tenga asignado en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas el porcentaje más alto. .
4. El pago de todas las intervenciones quirúrgicas producidas por un mismo accidente, no excederá en ningún caso el monto del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta cobertura.

El Asegurado que a consecuencia de accidente, deba utilizar además un servicio de ambulancia terrestre para su traslado, tendrá derecho a percibir el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares para efectos de ambulancia.

K. CONVALECENCIA

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

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

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

L. FRACTURA ACCIDENTAL DE HUESOS

En virtud de esta cobertura, y cuando como resultado inmediato y directo de un accidente al asegurado se le diagnosticare la fractura de uno o más de los huesos individualizados en las Condiciones Particulares, la Compañía Aseguradora pagará al asegurado el monto indicado para cada caso, conforme a lo que se señala en las mismas.

El monto máximo anual a indemnizar por esta cobertura se encuentra específicamente señalado en las Condiciones Particulares.

Se deberá informar a la Compañía Aseguradora el siniestro dentro del plazo establecido para estos efectos en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la accidente, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

M. QUEMADURAS GRAVES POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado directo e inmediato de un accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en el artículo 2º, el asegurado resultare con quemaduras de segundo (2º) o tercer (3º) grado, la compañía aseguradora pagará el porcentaje del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares, dependiendo del porcentaje de superficie corporal comprometido por la quemadura. Dicho porcentaje de superficie corporal afectada será medida usando la regla de los nueve (9) de la Carta de Superficie Corporal de LUND Y BROWDER, y será diagnosticado por un médico especialista, quien deberá indicar el grado de la quemadura y el porcentaje de superficie corporal involucrado.

Esta cobertura podrá incorporar como asegurados sólo a personas naturales desde los 18 años de edad y hasta la edad máxima de cobertura especificada en las Condiciones Particulares.

Esta cobertura considera un monto máximo a indemnizar por año cobertura el cual se encuentra específicamente señalado en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 3º: DEFINICIONES

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.

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

Pérdida Parcial: la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

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

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

Incapacidad Total y Permanente 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. Nº 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.

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.

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

Hospitalización: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital, en los términos definidos por la presente póliza, por prescripción médica, utilizando el servicio de habitación y atención general de enfermería.

Gastos Ambulatorios: Son los gastos médicos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad a consecuencia de accidente que no requiere de su hospitalización, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en un hospital.

Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es 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 incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

Período de Acumulación: 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.

Deducible por solicitud de reembolso: Corresponde al monto de cada solicitud de reembolso de gasto médico que será de cargo del asegurado por accidente y cuyo monto se deberá indicar en las Condiciones Particulares de la póliza. Este deducible por solicitud de reembolso sólo se aplicará una vez que el asegurado haya acumulado el monto total del deducible definido en el numeral precedentemente.

Solicitud de reembolso de gasto médico: Corresponde a la petición de reembolso de gastos médicos por parte del asegurado mediante la entrega del formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora. La solicitud de reembolso de gasto médico podrá comprender uno o varios gastos médicos incurridos por el asegurado.

Cirugía: Parte de la medicina que tiene por objeto curar una incapacidad por medio de la ejecución sobre el cuerpo humano, con ayuda de instrumentos adecuados, de diversos actos curativos, como extirpar, amputar, implantar, corregir, coser, etc., órganos, miembros o tejidos.

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.

Evento: El accidente que da origen a las coberturas cubiertas por esta póliza.

ARTÍCULO 4º: EXCLUSIONES

No se pagará el monto asegurado para esta póliza cada cobertura asociada a esta póliza cuando el fallecimiento, lesiones, cirugías u hospitalizaciones por accidente, A consecuencia de:

- a) Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra, así como tampoco ningún ejercicio o práctica de guerra.
- b) Suicidio, intento de suicidio, o heridas auto inferidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- c) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo. Para todos los efectos de esta póliza las funciones de policía incluyen además las funciones de policía civil y gendarmería.
- d) Intoxicación o encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica, y la conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad, conforme a los límites establecidos en la normativa vigente a la fecha del siniestro. Dichos estados deberán acreditarse mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
- e) Negligencia o imprudencia o culpa grave del asegurado.
- f) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive en la escala de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico del Departamento de Centro Sismológico Nacional o del servicio que en el futuro lo reemplace.
- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo en un transporte no sujeto a itinerario, ni operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida.
- h) Fractura de Huesos producida como consecuencia directa e inmediata de osteoporosis

ARTÍCULO 5º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 y 525 del Código de Comercio.

ARTICULO 6º: AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Durante toda la vigencia de la póliza, el asegurado deberá emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro, no agravar el riesgo e informar al asegurador de las circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los 5 días siguientes de haberlas conocido siempre que, por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el Asegurador, en los términos que establece el artículo 526 del Código de Comercio.

ARTICULO 7º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en el artículo 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTICULO 8º: PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

El monto de la prima para cada una de las coberturas efectivamente contratadas se especificará en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

Para el pago de la prima se concede 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 pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si alguno de los Asegurados fallece durante dicho plazo de gracia, se deducirá del capital a pagar la prima vencida y no pagada correspondiente a la persona fallecida.

Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, se 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 o Contratante y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación del contrato.

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

ARTICULO 9º: DENUNCIA DE SINIESTROS

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

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso deberán acompañar al denuncia los antecedentes que al efecto la Compañía indique en las Condiciones Particulares del seguro, entre ellos y siempre que corresponda:

a) Certificado de Defunción del Asegurado;

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

c) Copia del parte policial;

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

2. En caso de reembolso de gastos médicos, cirugía, hospitalización, fracturas o quemaduras graves, todos por accidente, se deberá poner en conocimiento del asegurador por escrito dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares, contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, salvo caso fortuito o fuerza mayor. Para estos efectos, se deberá presentar además las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados, como

asimismo, el programa médico en el que se prescriban las prestaciones, exámenes o insumos que originan dichos gastos, debiendo completarse el formulario proporcionado por el asegurador.

3. Tratándose de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente, será necesario para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario.

4. Para el caso de la cobertura complementaria de convalecencia, será necesaria la presentación por parte del Asegurado del documento en que conste el alta médica.

ARTÍCULO 10°: VIGENCIA DE LA POLIZA

La vigencia de la póliza será aquella estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza.. Sin perjuicio de lo anterior, en caso que la póliza sea contratada de manera colectiva, en caso de término de la póliza colectiva las coberturas contratadas para uno o más Asegurados en particular podrán permanecer vigentes hasta el término del período que se haya señalado en las Condiciones Particulares y por el cual se haya pagado la prima respectiva. 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. 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

En caso que la póliza sea comercializada de manera individual, la fecha de inicio y término de vigencia será la indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 11°: TERMINACIÓN

La póliza terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el Asegurado no pague la prima, en los términos señalados en el artículo 8°.

Asimismo, se pondrá término a la póliza en caso que el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro, o bien cuando el asegurado pusiera término al contrato comunicándolo así al asegurador, casos en que el asegurado tendrá derecho a la devolución de la prima pagada no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no transcurrido, en los términos establecidos en el artículo 537 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 12°: TITULAR DE ESTA POLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo esta póliza y que no pertenecen a la Compañía Aseguradora, estarán reservados al Contratante o Asegurado, según corresponda, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiere convenido lo contrario.

ARTÍCULO 13°: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato se expresarán en cualquier moneda o unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

El valor de la moneda o unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de prima y beneficios, será el vigente al momento de su pago efectivo. La misma regla será aplicable a la devolución de prima, cuando correspondiere.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la

reemplace, a menos que el Contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicase así a la Compañía Aseguradora dentro de los treinta (30) 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 14º: CLAUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO 15º: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración, notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado, así como las que deba efectuar el Contratante o el Asegurado a la Compañía Aseguradora con motivo de esta póliza, podrá efectuarse a por correo electrónico, salvo que el asegurado o contratante 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 asegurador, 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 16º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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 en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el Asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la Ley 19.496.

No obstante lo estipulado precedentemente, 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 reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 17º: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO

Las Condiciones Particulares del presente seguro, así como las Condiciones Particulares de las Cláusulas Adicionales, si las hubiere, podrán ser modificadas, en cualquier época, por acuerdo entre la Compañía Aseguradora y el Contratante, quien actuará por sí y en representación de cada uno de los Asegurados bajo esta póliza, y de acuerdo a los efectos que se señalarán a continuación.

Cualquier modificación acordada entre el Asegurador y el Contratante, deberá ser notificada a los asegurados a través del tomador, y ellas sólo podrán efectuarse y regir, a partir de la siguiente renovación del contrato colectivo. Las modificaciones no informadas serán inoponibles a los Asegurados.

En estos casos, el Asegurado podrá renunciar al contrato de seguro mediante comunicación escrita dirigida al asegurador por alguno de los medios indicados en la Cláusula 15 de estas Condiciones Particulares, dentro de los diez (10) días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación. Si la comunicación de renuncia se hubiere presentado ante el Contratante o Tomador, o ante el intermediario, se presumirá su conocimiento por el Asegurador a contar de la fecha de su presentación a ellos.

Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, las modificaciones a las Condiciones Particulares de la póliza deberán constar en endoso u otro documento similar, el cual se entenderá forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza. Dichos documentos deberán cumplir con las mismas formalidades que se hubieren realizado o pactado para la póliza principal.

**SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR INFARTO AL MIOCARDIO PARA OFERTA POR
MEDIO DE SISTEMAS DE TELEFONÍA U OTROS ANÁLOGOS**

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130101

ARTICULO 1º: 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.

ARTICULO 2º: COBERTURA

La Compañía Aseguradora pagará de una sola vez la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares de la póliza individual, si, durante la vigencia del seguro y una vez transcurrido el período de carencia señalado en las Condiciones Particulares, al asegurado se le diagnostica por primera vez un infarto al miocardio, según las definiciones, términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

ARTICULO 3º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza de seguro se entiende por:

a) Infarto al miocardio: La muerte de una porción del músculo cardíaco, causada por irrigación inadecuada de la parte afectada y puesta de manifiesto por el típico dolor del pecho, la aparición de modificaciones electrocardiográficas que no existían (nuevas) y elevación de las enzimas cardíacas.

b) Diagnóstico Clínico: El informe basado en la historia clínica del paciente con sus exámenes y confirmado con el examen histopatológico o citológico.

ARTICULO 4º: EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre:

a) SIDA o presencia del virus VIH;

b) Riñas o alborotos populares en los que hubiere intervenido el asegurado;

c) Suicidio, intento de suicidio, o heridas auto infringidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente;

d) Padecimientos congénitos;

e) Trasplantes que sean procedimientos de investigación;

f) Intoxicación o encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Para los efectos de la presente exclusión, se considerará que el asegurado se encontraba en estado de ebriedad, cuando la concentración de alcohol en la sangre sea igual o superior al límite legal establecido por la legislación vigente al momento del siniestro. Los estados a que se refiere la presente exclusión se acreditarán mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

ARTÍCULO 5°: CARENCIA

Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia individual del asegurado en la póliza, hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 6°: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 del Código de Comercio.

ARTICULO 7°: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la extensión de los riesgos, al momento de la oferta y aceptación de este seguro a través de sistemas de telefonía u otros análogos, y en otros formularios de contratación que disponga la Compañía Aseguradora para estos fines, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en el artículo 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTICULO 8°: PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

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.

ARTICULO 9º: DENUNCIA DE SINIESTROS

El Asegurado o el Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora en el plazo establecido para ello en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha en que se le diagnostique un infarto al miocardio que pueda ser motivo de indemnización. Si el plazo aquí estipulado no fuere cumplido, cesará la obligación de la Compañía Aseguradora de pagar la indemnización del seguro, salvo que el Asegurado demuestre fehacientemente que le fue imposible hacerlo debido a fuerza mayor o caso fortuito, en cuyo caso el plazo se contará desde que cese el impedimento que se hubiere demostrado.

Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago de los beneficios que correspondan, la Compañía Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios para acreditarlo y verificar por medio de sus médicos o representantes la efectividad del primer diagnóstico del infarto al miocardio, para lo cual el Asegurado deberá proporcionar los antecedentes que sean necesarios para evaluar la cobertura así como dar las facilidades para someterse a los exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos para efectuar esta evaluación serán de costo de la Compañía Aseguradora.

La Compañía Aseguradora deberá pronunciarse sobre la procedencia del beneficio reclamado en un plazo no superior a veinte (20) días hábiles, contado desde la recepción de los documentos, exámenes y pruebas médicas que hubiere solicitado.

Durante el período de evaluación y hasta que proceda al pago definitivo de los beneficios correspondientes por parte de la compañía, el Contratante o el Asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima para mantener vigente la póliza individual.

Queda expresamente establecido que el asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que el asegurador estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

ARTICULO 10º: TERMINACIÓN

La póliza terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el Contratante o el Asegurado no pague la prima, en los términos señalados en el artículo 8º.

Asimismo, se pondrá término a la póliza en caso que el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso, el asegurado tendrá derecho a la devolución de la prima pagada no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no transcurrido.

ARTÍCULO 11º: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración 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 12º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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 en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el Asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la Ley 19.496.

No obstante lo estipulado precedentemente, 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 reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 13º: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, se regirán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 14°: DOMICILIO

Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, las partes fijan como domicilio especial la ciudad señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.