

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL120140443

Sección i

Condiciones Generales

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 1: Cobertura

El asegurador cubre al asegurado o al beneficiario, según corresponda, el pago de las indemnizaciones que procedan, de acuerdo con el plan contratado y hasta el monto establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Artículo 2: Definiciones

Para los efectos de las coberturas de esta póliza se entiende por:

a. Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del asegurado ocasionándole la muerte o provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y la asfixia, torceduras 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 al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

b. Beneficiario: Persona designada por el asegurado para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.

c. Hospital o clínica: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación de enfermos mentales o tratamiento psiquiátrico, adictos a drogas o alcohólicos.

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

e. Período de carencia para hospitalización: Número de días para cada hospitalización durante los cuales el asegurado no tiene derecho a percibir los beneficios de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de Accidente.

f. Deducible: El monto de los gastos reembolsables amparados por la cobertura del Plan D que será siempre de cargo del asegurado, y cuyo valor se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. Dicho deducible será aplicable respecto de los gastos provenientes de cada accidente que se denuncie a la compañía en forma separada. De esta forma el deducible aplicado a los gastos provenientes de un mismo accidente, será nuevamente aplicado a los gastos provenientes de otro accidente denunciado.

g. 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 lesiones causadas por accidentes; característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

h. Incapacidad Temporal: es aquella que a consecuencia de un accidente impide al asegurado en forma transitoria el desarrollo normal de sus actividades de trabajo u ocupación habitual.

i. Invalidez Total y Permanente 2/3: La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente y que ocasione un menoscabo irreversible de, al menos, 2/3 (dos tercios) 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", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980.

En todo caso, para efectos de esta póliza, siempre se considerará como Invalidez Total y Permanente 2/3 los siguientes casos:

La pérdida total de:

La visión de ambos ojos, o

Ambos brazos, o

Ambas manos, o

Ambas piernas, o

Ambos pies, o

Una mano y un pie.

Artículo 3: Exclusiones

No se efectuará el pago de las indemnizaciones establecidas en las coberturas que se indican en el número II de esta póliza, cuando el fallecimiento o lesiones del asegurado se produzcan directa o indirectamente, total o parcialmente a consecuencia de:

a) Participación activa del asegurado en acto terrorista, 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, por parte de cualquier persona o grupo, 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.

b) La participación en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

c) Participación activa del asegurado en Guerra, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, operaciones militares para la obtención o mantención de la paz, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.

d) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por quien pudiere verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada.

- e) Suicidio o intento del mismo, auto mutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- f) Desempeñarse como deportista de alto rendimiento o profesional según lo establecido en el artículo 8º de la Ley del Deporte N° 19.712 de enero de 2001 y en el DFL 1 de 1970, respectivamente.
- g) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- h) Ataques cardíacos, parálisis; ni los que ocurran estando el asegurado en estado de embriaguez, cuyo grado sea superior a 0.8 gramos de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente, o bajo la influencia de drogas, somníferos, alucinógenos o deshinibitorios, aun cuando ella sea parcial o en estado de sonambulismo.
- f) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- g) El uso, la liberación o el escape de los materiales nucleares que directa o indirectamente resulte en una reacción nuclear, radiación o contaminación radiactiva. Además, están excluidas las consecuencias de dispersión, utilización o escape de materiales biológicos y químicos patogénicos o venenosos. Sin embargo, lo mencionado anteriormente se aplica solamente si 50 o más personas resultan muertas o sufren lesión física seria, dentro del plazo de 90 días de la ocurrencia del incidente y que cause la muerte o lesión física seria. Para los propósitos de esta disposición, lesión física seria significa: (a) Lesión física que implica un riesgo substancial de la muerte; o (b) desfiguración física prolongada y obvia; o (c) pérdida prolongada o debilitación de la función de un miembro corporal u órgano.
- h) Cirugía plástica o cosmética.
- i) Infecciones bacterianas, siempre y cuando estas no sean a consecuencia de una lesión accidental cubierta por esta póliza.

Artículo 4: Vigencia y Renovación de la Póliza

La duración de esta póliza es la establecida en las condiciones particulares, contado desde la fecha de vigencia inicial. Sin embargo, si el contratante no manifestare su opinión en contrario, la póliza se renovará automáticamente por igual período. En cada renovación, la compañía podrá establecer nuevas condiciones en cuanto a las primas, previa comunicación por escrito al contratante con una anticipación de a lo menos treinta (30) días a la fecha de renovación, de acuerdo a la tarifa según la edad actuarial del asegurado. Esta nueva prima, si correspondiere, deberá ser pagada hasta el vencimiento del nuevo período y así sucesivamente. Para estos efectos, se entenderá por edad actuarial a la correspondiente al cumpleaños más próximo del asegurado, ya sea pasado o futuro.

Efectuada la comunicación, si el asegurado no estuviere de acuerdo ella, podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez (10) días siguientes de recibida la comunicación del asegurador. Si la prima así establecida es pagada en la oportunidad que corresponda de acuerdo a la frecuencia de pago estipulada originalmente, se entenderá renovada la póliza por un nuevo período. Si la prima de renovación no es pagada en su totalidad en la oportunidad correspondiente o dentro del período de gracia, se tendrá por rechazada la renovación de la póliza bajo las nuevas condiciones, terminando la responsabilidad de la compañía en la fecha de expiración de la cobertura, y la compañía devolverá cualquier suma recibida que no corresponda a prima adeudada por cobertura ya otorgada desde la modificación Sin perjuicio de lo descrito precedentemente en este artículo, la compañía se reserva el derecho de no renovar esta póliza, previa comunicación por escrito al contratante con una anticipación de a lo menos treinta (30) días a la fecha de vencimiento.

En el caso que la póliza no sea renovada por parte de la compañía y a esa fecha el asegurado presente un siniestro vigente cubierto bajo esta póliza, la compañía seguirá cubriendo solamente aquellos gastos relacionados directamente con dicho siniestro mientras éste se mantenga vigente, sin perjuicio de lo cual se aplicará el monto máximo que se especifica en las Condiciones Particulares.

Artículo 5: Declaraciones del Asegurado

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado al tenor de lo que solicite el asegurador en la Solicitud de Seguro y en la Declaración del Asegurable, constituye condición de validez de este contrato de seguro. Cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta que sean determinantes del riesgo asegurado y en que de manera inexcusable incurriere asegurado, relativos a la fecha de nacimiento, estado de salud, ocupación, actividades y deportes riesgosos del asegurado, u otros que teniendo dicho carácter puedan influir en la apreciación del riesgo o de cualquiera circunstancia que conocida por la compañía pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, si se ha producido el siniestro, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización, en cuyo caso se devolverá al contratante el valor de las primas percibidas sin intereses y con deducción de los gastos originados por la emisión de la póliza, sin perjuicio de la facultad del asegurador de rescindir el contrato.

Si los errores, reticencias o inexactitudes especificados precedentemente no tienen el carácter de inexcusables y determinante, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones del contrato a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la proposición, el asegurador podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido y el contrato se encuentra vigente, el asegurador tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

En los casos indicados precedentemente, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Artículo 6: Designación Y Cambio De Beneficiarios

El contratante o asegurado designarán para el caso de fallecimiento, a una o más personas, individualizándolas en Declaración de Beneficiarios de esta póliza. El contratante podrá cambiar de beneficiario cuando lo estime conveniente, y a tal efecto, deberá dar aviso al asegurador por escrito y enviar la póliza para que se haga la respectiva anotación en ella.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo mención en contrario.

A falta de beneficiarios instituidos por el contratante, el monto de la indemnización se pagará a los herederos testamentarios del asegurado, o, a falta de herederos testamentarios, sus herederos intestados y al cónyuge sobreviviente, por partes iguales. El cónyuge y los herederos, en estos casos, serán considerados beneficiarios para todos los efectos del presente contrato.

La compañía pagará validamente 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 con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

Artículo 7: Reajuste de Valores

El capital asegurado y el monto de la prima se expresarán en moneda extranjera, en Unidades de Fomento u

otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares.

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

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

Artículo 8: Primas

a) Pago de Primas: El pago de las primas se hará en la oficina principal del asegurador o en los lugares que éste designe, dentro de los plazos estipulados para el efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

b) Plazo de Gracia: Efectuado el pago de la primera prima inicial de la póliza, el asegurador concede un plazo de gracia de treinta y un días (31), o en defecto de este, por el número de días señalado en las condiciones particulares, para el pago de las primas siguientes, cualquiera sea la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

c) Término del contrato por falta de pago de prima:

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al asegurado.

El Asegurador podrá, en el evento de mora o simple retardo en el pago del todo o parte de la prima, reajustes o intereses, declarar terminado esta póliza mediante comunicación dirigida al Asegurado a la dirección de correo electrónico o al domicilio que haya señalado en la Póliza, a opción del Asegurador.

La terminación de esta Póliza operará al vencimiento del plazo de quince días corridos, contado desde la fecha del envío de la comunicación, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo sea pagada toda la parte de la prima, reajustes e intereses que estén atrasados incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de quince días recién señalado, recayere un día sábado, domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente que no sea sábado.

Mientras la terminación no haya operado, el Asegurador podrá desistirse de ella mediante una nueva comunicación que así lo comunique al Asegurado.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, y de sus reajustes o intereses, o de haber desistido de la terminación, no significará que el Asegurador renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la terminación pactado en este numeral, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

Artículo 9: Límite Indemnizatorio

La responsabilidad de la Compañía Aseguradora está limitada a los montos y número de eventos señalados en las Condiciones Particulares respectivas.

Artículo 10: Obligaciones del Asegurado o Beneficiario en Caso de Accidente

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán declarar fielmente y sin reticencias,

sus circunstancias y consecuencias.

Cuando se produzca un accidente afecto a indemnización por alguna de las coberturas, éste se deberá poner en conocimiento del asegurador dentro del plazo de ciento ochenta (180) días contado desde su ocurrencia, para lo cual se deberá llenar un formulario proporcionado por la compañía, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

Artículo 11: Término Anticipado Del Seguro

El Asegurado podrá poner término al seguro en cualquier momento mediante comunicación escrita a la Compañía Aseguradora, la que se hará efectiva en la fecha en que sea recepcionada por ésta.

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

La cobertura terminará anticipadamente en los siguientes casos:

a) Respecto del asegurado:

1. Por fallecimiento
2. Por el pago de la cobertura de Incapacidad Permanente Dos Tercios descrita en el número II de esta póliza.
3. Por el pago del 100% del monto asegurado en la cobertura de Desmembramiento descrita en el número II de esta póliza.
4. A partir de la fecha en que ese asegurado cumpla la edad tope de cobertura indicada en Condiciones Generales o en las Condiciones Particulares establecidas en la póliza suscrita.
5. Cuando ese asegurado hubiere omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la compañía; o cuando presentare reclamaciones fraudulentas o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

En estos casos, cesará de inmediato toda responsabilidad de la Compañía y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado.

Respecto del contrato: En el evento de mora o simple retardo en el pago de todo o parte de la prima, según lo expresado en la cláusula octava de la presente póliza.

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

Asimismo, se conviene que en caso que la presente póliza termine anticipadamente o no, los beneficios de este seguro terminan a la fecha de término del contrato, según sea el caso.

Artículo 12: Arbitraje

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurador y el Contratante o Asegurado, según corresponda, y el Asegurador en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta póliza o con motivo de la validez, eficacia, interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquiera indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un

árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes. 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 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 Contratante o Asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del Contratante o Asegurado, en su caso.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Asegurador y Contratante, 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 el Asegurador, cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a U.F.120, de conformidad a lo dispuesto en la letra (i) del Artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N°251, de Hacienda, de 1931.

Artículo 13: Comunicación Entre Las Partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar el Asegurador al Contratante o Asegurado o estos últimos al Asegurador con motivo de la póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicado en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de comunicación. En caso de desconocerse el 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 propuesta. Salvo que en la presente póliza se exprese algo distinto, 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 14: Domicilio Especial

Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro, las partes fijan como domicilio especial la comuna y ciudad de Santiago y prorrogan la competencia para ante los tribunales con jurisdicción sobre dicha comuna, en términos tales que incluso la designación del árbitro que conocerá de eventuales disputas entre las partes deberá ser también designado por tribunales ordinarios con asiento en dicha comuna.

Artículo 15: Territorio

La presente póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal derivada ya sea directa o indirectamente de bienes, transacciones, comercio u otra actividad relacionada con los países especificados en las condiciones particulares de la póliza.

Seccion ii

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Sólo la cobertura del Plan A podrá contratarse individualmente. Las coberturas de los Planes B, C, D, E y F sólo podrán contratarse si lo son en conjunto con la cobertura del Plan A.

Plan A

Muerte Accidental

En virtud de esta cobertura la compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de acreditada la ocurrencia del siniestro de acuerdo a la ley y al Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a consecuencia de una lesión accidental ocurrida durante la vigencia de la póliza y que a consecuencia de la misma el asegurado fallezca a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en los Planes B.-, C.-, y

D.- en caso de haber sido contratadas.

Para la cobertura de Muerte Accidental el Monto asegurado se encuentra limitado de acuerdo a los siguientes tramos de edad:

Hasta los 75 años Se otorga el 100% del Monto asegurado

76-84 años Se reduce en un 50% el Monto asegurado

85 en adelante Se reduce en un 25% el Monto asegurado

Plan B

Invalidez Total y Permanente 2/3 por Accidente

En el evento que el Asegurado resulte con una Invalidez Total y Permanente 2/3, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de ésta póliza, la Compañía Aseguradora pagará el Capital Asegurado estipulado en las Condiciones Particulares.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente 2/3 por Accidente el monto asegurado se encuentra limitado de acuerdo a los siguientes tramos de edad:

Hasta los 69 años Se otorga el 100% del Monto asegurado

70-75 años Se reduce en un 50% el Monto asegurado

76-84 Se reduce en un 25% el Monto asegurado

En aquellos casos que la invalidez total y permanente 2/3, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza, se manifieste en forma progresiva o no, esta deberá ser establecida a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

Plan C

Desmembramiento

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los ciento ochenta (180) días contados desde su ocurrencia, la compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado

en las Condiciones Particulares de la póliza:

100 %

En caso de pérdida total de la visión de ambos 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) con una mano o un brazo;

50 %

Por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano, o de un pie, o por la sordera completa de ambos oídos, o por la pérdida del habla;

50 %

Por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

35 %

Por la pérdida total de la visión 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 total del pulgar de una mano;

15 %

Por la sordera total 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 indemnización por la pérdida total de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos.

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en este Plan C, se establece el significado de los siguientes términos:

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

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

anatómico del miembro comprometido.

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

La pérdida funcional total de cualquier miembro, cuando sea permanente e irreversible, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

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

Plan D

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

En virtud de esta cobertura la compañía reembolsará al asegurado, hasta el monto máximo señalado en las Condiciones Particulares por los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios, razonables y acostumbrados, incurridos por el asegurado que sean consecuencia inmediata y directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas o medicamentos adquiridos dentro de un plazo de ciento ochenta (180) días, contados desde la fecha de ocurrencia de cada accidente. Para todo efecto, por cada accidente ocurrido, cualquier reembolso será posterior al pago del monto del deducible que se indica en las Condiciones Particulares.

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 y/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.

Además de las exclusiones antes mencionadas, la presente cobertura no reembolsará los gastos anteriormente indicados, cuando ellos provengan o se originen por:

Lesión causada por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.

Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.

La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado.

La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

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.

Plan E

Indemnización por Hospitalización a Causa de Accidente

En virtud de esta cobertura, la compañía pagará al asegurado hospitalizado a causa de accidente, una indemnización diaria establecida en las Condiciones Particulares. Se pagará la indemnización diaria por hospitalización desde el término del período de carencia de tres (3) días y hasta por el máximo de días señalados en las mismas Condiciones Particulares. El período de carencia se aplicará tantas veces el asegurado se hospitalice durante la vigencia de la cobertura siempre y cuando el ingreso no sea consecuencia de un accidente que previamente haya causado la hospitalización.

Será condición necesaria para proceder al pago de la indemnización diaria, la presentación por parte del asegurado de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Hospital o Clínica.

Plan F

Beneficios de Gastos Funerarios

En virtud de esta cobertura la compañía pagará a los beneficiarios del asegurado los gastos funerarios en que debería incurrir como consecuencia de fallecimiento accidental de éste.

Para los efectos de esta cobertura, se entenderá por gastos funerarios el de la compra de la urna, ataúd, ánfora o cofre; el servicio de transporte de los restos; la publicación del fallecimiento en un diario del domicilio del asegurado fallecido; gastos de sepultura y los del servicio religioso.

Sólo se pagará tales gastos si la muerte ocurre dentro del territorio nacional y, en todo caso hasta el monto máximo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.