

# SEGURO ACCIDENTES PERSONALES Y HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320170243

## ARTICULO PRIMERO: 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.

## ARTICULO SEGUNDO: Cobertura y materia asegurada

El asegurador pagará al asegurado o a sus beneficiarios las indemnizaciones o reembolsos señalados en las Condiciones Particulares, a consecuencia de muerte o lesiones producidas por accidente, o de hospitalización a consecuencia de accidente o enfermedad, de acuerdo a la definición de las coberturas que se indican en el número II de esta póliza.

El asegurado podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares.

Esta póliza podrá ser contratada en forma individual o colectiva.

Queda expresamente establecido que el accidente o enfermedad que dé lugar a alguna de las coberturas de la presente póliza, necesariamente debe haber ocurrido durante la vigencia de ésta, o a partir de la fecha de incorporación del asegurado a la póliza, según corresponda.

## I.- DEFINICIONES

Para los efectos de la normativa se entenderá por definiciones las establecidas en el Art. 513 del Código de Comercio, además de las que se detallan a continuación:

1. Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido. Todas las enfermedades que existan simultáneamente, debidas a la misma causa o a otra relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad.

2. Accidente: Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole 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 al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

3. Enfermedad preexistente: Cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de contratación de la póliza, según corresponda.

4. Monto Máximo: Es el máximo de cobertura de esta póliza por los gastos provenientes de todas las enfermedades diagnosticadas o accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza, en conjunto. Dicho monto máximo, el cual deberá establecerse en el Condicionado Particular de la póliza, operará respecto de cada renovación anual de la póliza para nuevas enfermedades o accidentes que se diagnostiquen u ocurran a partir de la renovación y durante su vigencia.

5. Lesiones Dentales Traumáticas:

Se entiende por lesiones dentales traumáticas la pérdida completa o el daño visible en las piezas dentales del asegurado, ocasionado por un accidente.

6. Médico Calificado:

Persona que posee el título universitario de médico cirujano, legalmente autorizada para ejercer la medicina en Chile y calificada para aplicar el tratamiento médico correspondiente, y que no es: a) la persona asegurada; b) cónyuge de la persona asegurada; c) hijo, padre o hermano del asegurado o de su cónyuge.

7. Odontólogo Acreditado:

Persona que posee el título universitario de cirujano dentista, legalmente autorizada para ejercer la odontología en Chile y calificada para aplicar el tratamiento dental correspondiente, y que no es: a) la persona asegurada; b) cónyuge de la persona asegurada; c) hijo, padre o hermano del asegurado o de su cónyuge.

8. Establecimiento Hospitalario:

Se entiende por Establecimiento Hospitalario el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipo de rayos X y quirófano atendidos por personal profesional especializado.

9. Medio de Transporte Público.

Se considera transporte público a cualquier medio de transporte terrestre, aéreo, trasbordador fluvial o marítimo, barco, tren, tranvía o tren subterráneo, debidamente autorizado por las autoridades correspondientes para operar un transporte público de pasajeros pagando pasaje y conducido por un conductor con la debida licencia.

10. Medio de Transporte Privado.

Se considera medio de transporte privado a cualquier vehículo motorizado terrestre, cuyo propietario sea una persona natural.

## II.- DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

El asegurado podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares y/o en la propuesta o solicitud de incorporación, según corresponda.

Alternativa A: Muerte Accidental.

En virtud de esta cobertura, el asegurador pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a 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 trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, el asegurador 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 las Alternativas G.-, H.-, e I.- en caso de haber sido contratadas.

**Alternativa B: Muerte Accidental del Asegurado como Pasajero en un Medio de Transporte Público**

En virtud de esta cobertura, el asegurador pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta póliza, y mientras viajaba como pasajero, habiendo pagado su pasaje, en un medio de transporte público, según definición.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

**Alternativa C: Muerte Accidental del Asegurado como consecuencia de Accidente en un Medio de Transporte Privado.**

En virtud de esta cobertura, el asegurador pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta póliza, como consecuencia directa e inmediata de un accidente de tránsito en un transporte privado.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

**Alternativa D: Muerte Accidental del Asegurado como consecuencia de un Accidente de Tránsito.**

En virtud de esta cobertura, el asegurador pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta póliza, como consecuencia directa e inmediata de un accidente de tránsito.

El fallecimiento accidental del asegurado como consecuencia de accidente de tránsito, se entenderá como aquel que sobrevenga al asegurado como peatón, conductor o pasajero de un vehículo motorizado terrestre.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

**Alternativa E: Gastos de Sepelio por Accidente.**

En virtud de esta cobertura, el asegurador aseguradora pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares para Gastos de Sepelio, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado titular se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

**Alternativa F: Desmembramiento Accidental.**

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 noventa (90) días contados desde su ocurrencia, el asegurador indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las

## Condiciones Particulares de la póliza:

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) 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;

40% por pérdida total de un pie;

50% por la sordera completa de ambos oídos;

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;

13% por la sordera completa de un oído;

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 ceguera total de un ojo;

20% por la pérdida total de un pulgar;

15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo;

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

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

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, 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 esta alternativa.

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta Alternativa, 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 parcial:** Se entiende por "pérdida parcial" la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

**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.

Alternativa G: Incapacidad Total Y Permanente Dos Tercios Por Accidente.

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encuentre dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente dos tercios, el asegurador pagará el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en las Alternativas G.- e I.-, a razón del diez por ciento anual, durante un período máximo de diez (10) años mientras el asegurado esté vivo o hasta la cesación de su incapacidad. Sin perjuicio de lo anterior, se podrá establecer el pago del capital contratado mediante un pago único y total, de lo que deberá dejarse constancia expresa en las condiciones particulares.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente dos tercios, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de a lo menos dos tercios (2/3) 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, de 1980.

El asegurador determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido la incapacidad de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos que se encuentren ejerciendo o que hayan ejercido por la menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, dos de los cuales podrán ser elegidos por el asegurado.

La junta médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cobertura y 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.

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.

La declaración de incapacidad o invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para el asegurador y para la junta médica un valor meramente informativo.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la compañía, el asegurado deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza.

Si procede el pago de la indemnización, el asegurador pagará el beneficio desde la fecha de la notificación de la invalidez a el asegurador y devolverá las primas de esta cobertura pagadas desde el mes siguiente de la referida fecha de notificación de la invalidez.

Alternativa H: Incapacidad Total Y Permanente 80% Por Accidente.

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encuentre dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente ochenta por ciento (80%), el asegurador pagará el monto indicado en las Condiciones

Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en las Alternativas G., y H., a razón del diez por ciento anual, durante un período máximo de diez (10) años mientras el asegurado esté vivo o hasta la cesación de su incapacidad. Sin perjuicio de lo anterior, se podrá establecer el pago del capital contratado mediante un pago único y total, de lo que deberá dejarse constancia expresa en las condiciones particulares.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente ochenta por ciento (80%), la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de a lo menos el ochenta por ciento (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, de 1980.

El asegurador determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido la incapacidad de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos que se encuentren ejerciendo o que hayan ejercido por la menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, dos de los cuales podrán ser elegidos por el asegurado.

La junta médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cobertura y 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.

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.

La declaración de incapacidad o invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para el asegurador y para la junta médica un valor meramente informativo.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la compañía, el asegurado deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza.

Si procede el pago de la indemnización, el asegurador pagará el beneficio desde la fecha de la notificación de la invalidez a la compañía y devolverá las primas de esta cobertura pagadas desde el mes siguiente de la referida fecha de notificación de la invalidez.

#### Alternativa I: Gastos Médicos Por Accidente.

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado inmediato y directo de un accidente, el asegurado incurra en gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, dentro de los treinta (30) días siguientes a éste; el asegurador cubrirá al asegurado hasta valor expresado en las condiciones particulares. La suma asegurada para esta cobertura será por evento.

Esta cobertura podrá contar con un deducible por evento cuyo monto será el indicado en las condiciones particulares de la póliza, y el cual será siempre de cargo del asegurado.

La forma de pago de esta cobertura será por reembolso o por indemnización, lo cual quedará estipulado en las Condiciones particulares.

En caso de pago por reembolso, será condición necesaria para proceder con el mismo, la presentación por

parte del asegurado, de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados, así como también, el diagnóstico de un médico calificado que determine el grado y magnitud de las lesiones sufridas por el asegurado.

Si 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 originales 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 que el asegurado no tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, se reembolsará el 50% del gasto real incurrido por el asegurado hasta el tope de la cobertura.

Si la forma de pago es por indemnización, será condición necesaria para proceder con la misma, la presentación por parte del asegurado, del diagnóstico de un médico calificado que determine el grado y magnitud de las lesiones sufridas por el asegurado.

#### Alternativa J: 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 huesos, dentro de los treinta (30) siguientes a éste, la compañía aseguradora cubrirá el monto indicado en las Condiciones Particulares. La suma asegurada para esta cobertura será por evento.

Esta cobertura podrá contar con un deducible por evento cuyo monto será el indicado en las condiciones particulares de la póliza, y el cual será siempre de cargo del asegurado.

La forma de pago de esta cobertura será por reembolso o por indemnización, lo cual quedará estipulado en las Condiciones particulares.

En caso de pago por reembolso, será condición necesaria para proceder con el mismo, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados, así como también, el diagnóstico de un médico calificado que determine el grado y magnitud de las lesiones sufridas por el asegurado.

Si 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 originales 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 que el asegurado no tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, se reembolsará el 50% del gasto real incurrido por el asegurado hasta el tope de la cobertura.

Si la forma de pago es por indemnización, será condición necesaria para proceder con la misma, la presentación por parte del asegurado, del diagnóstico de un médico calificado que determine el grado y magnitud de las lesiones sufridas por el asegurado.

#### Alternativa K: Quemaduras Accidentales

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado inmediato y directo de un accidente, al asegurado se le diagnosticare quemaduras en segundo (2°) o tercer (3er) grado de al menos el 20% de la superficie corporal, dentro de los treinta (30) días siguientes a ocurrido el accidente, el asegurador le pagará el monto señalado en las Condiciones Particulares. La suma asegurada para esta cobertura será por evento.

Esta cobertura podrá contar con un deducible por evento cuyo monto será el indicado en las condiciones particulares de la póliza, y el cual será siempre de cargo del asegurado.

La forma de pago de esta cobertura será por reembolso o por indemnización, lo cual quedará estipulado en las Condiciones particulares.

En caso de pago por reembolso, será condición necesaria para proceder con el mismo, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados, así como también, el diagnóstico de un médico calificado que determine el grado y magnitud de las lesiones sufridas por el asegurado.

Si 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 originales 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 que el asegurado no tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, se reembolsará el 50% del gasto real incurrido por el asegurado hasta el tope de la cobertura.

Si la forma de pago es por indemnización, será condición necesaria para proceder con la misma, la presentación por parte del asegurado, del diagnóstico de un médico calificado que determine el grado y magnitud de las lesiones sufridas por el asegurado.

Alternativa L: Cantidad Diaria por Hospitalización a Causa de Accidente o Enfermedad con o sin Convalecencia.

En virtud de esta cobertura, el asegurador pagará al asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad, la cantidad diaria que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el asegurado. El pago procederá siempre que la hospitalización haya ocurrido dentro los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia de dicho accidente o diagnóstico de la enfermedad.

Se pagará la cantidad diaria a contar del número de días de hospitalización señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el máximo de días señalados en dichas Condiciones Particulares.

Se entenderán por Establecimientos Hospitalarios los descritos en el Artículo 2 de esta póliza.

La cobertura puede otorgarse en conjunto por los riesgos de accidente y enfermedad; o a su vez separada e individualmente por accidente o por enfermedad, según se estipule en las Condiciones Particulares

Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario.

Convalecencia.

El asegurado podrá contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, el beneficio adicional de convalecencia, estipulándolo expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

En este caso, el asegurador pagará al asegurado por este concepto una cantidad equivalente al 50% de la suma de las indemnizaciones diarias por accidente o enfermedad que efectivamente perciba el asegurado por la cobertura establecida en esta alternativa, independientemente del número de días que permanezca en convalecencia.



Este beneficio adicional, en el evento de que se contrate, se aplicará cada vez que el asegurado se hospitalice y tenga derecho al pago de la indemnización diaria de enfermedad o accidente, asimismo, debe contratarse conjuntamente con la cobertura de la alternativa L

**Alternativa M: Indemnización por Ausencia Escolar por Accidente.**

En virtud de esta cobertura, el asegurador pagará al asegurado la cantidad que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares, si a consecuencia directa de un accidente y dentro de los treinta (30) días siguientes a éste, un asegurado dependiente del asegurado titular haya sido diagnosticado por un médico calificado a través de un certificado médico a reposo domiciliario, por un mínimo de días hábiles por evento, señalado en las Condiciones Particulares.

Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de todos los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro cubierto, incluyendo el diagnóstico que justifique el certificado médico, así como también un certificado de la institución educativa que especifique el número de días que el asegurado estuvo ausente.

**Alternativa N: Indemnización por Lesiones Dentales Traumáticas por Accidente**

En virtud de esta cobertura, el asegurador pagará al asegurado el monto establecido en las Condiciones Particulares, si el asegurado, ha sufrido lesiones dentales traumáticas a consecuencia de un accidente, que requieran la atención médica de un odontólogo para su restauración, dentro de los treinta (30) días siguientes a ocurrido el accidente. La indemnización que pagará el asegurador será hasta el monto máximo indicado en las Condiciones Particulares, con independencia del gasto real en que haya incurrido el asegurado.

Para hacer uso de esta cobertura, será requisito indispensable que la atención médica dental sea efectuada por un odontólogo que esté legalmente acreditado para ejercer la odontología.

No se entenderá dentro de esta cobertura a las lesiones dentales de origen carioso.

### III.- BENEFICIARIOS

Se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio asegurado. En caso de fallecimiento de éste se tendrá como beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres figuren con tal carácter en las Condiciones Particulares o en la propuesta o solicitud de incorporación, según corresponda. El asegurado podrá instituir como beneficiario a cualquier persona.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario. A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales del asegurado, conforme sean designados en el certificado de posesión efectiva emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación o la Entidad que lo remplace en el futuro en esta tarea.

El asegurado podrá cambiar de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación de éste haya sido en carácter de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su autorización. A tal efecto, deberá dar aviso al asegurador por escrito y enviar la póliza para que se haga la respectiva anotación en ella.

El asegurador pagará válidamente a los beneficiarios registrados en las Condiciones Particulares de esta póliza, y con ello quedará liberado de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario realizado en testamento o fuera de él que no le haya sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

## ARTICULO TERCERO: Exclusiones

Las coberturas de esta póliza no operarán cuando el Accidente o Enfermedad se produzca a consecuencia de:

- 1) Efectos de guerra civil o internacional, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- 2) Actos calificados como delito cometidos, en calidad de autor o cómplice, por el asegurado, por un beneficiario o por quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización; así como también la participación activa del asegurado en actos de rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo
- 3) Suicidio, intento de suicidio, intoxicaciones o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- 4) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.
- 5) Participación en las siguientes actividades o deportes: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bunjee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las condiciones particulares de la póliza.
- 6) Encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- 7) Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
- 8) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- 9) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- 10) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. Esta exclusión no se aplica a la alternativa de cobertura alternativa L del artículo segundo inciso número II.- de este Condicionado General.
- 11) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- 12) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.
- 13) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
- 14) Exámenes médicos de rutina.
- 15) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesi-tada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- 16) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.

17) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

18) Una infección oportunística, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:

"Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Copia de dicha definición está archivada en las oficinas principales de la Compañía en Santiago, Chile.

Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.

Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano).

19) Enfermedades, lesiones o condiciones médicas preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de contratación de la póliza, o a la fecha de incorporación del asegurado a la misma, según corresponda.

20) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza.

21) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.

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

23) Epidemias oficialmente declaradas.

24) Para la cobertura descrita en la Alternativa J, del Artículo Segundo Inciso número II, quedan excluidas las fracturas debidas u ocasionadas por el desgaste natural de los huesos u osteoporosis, así como también fracturas patológicas en asegurados con cualquiera de las enfermedades de base que causen debilitamiento y pérdida de la densidad ósea y que no sea consecuencia de un accidente.

25) Para la cobertura descrita en la Alternativa J del numeral II, se excluye el reembolso de gastos por tratamientos kinesiológicos.

26) Para las coberturas descritas en las Alternativas K, del Artículo Segundo, Inciso número II, quedan excluidas las quemaduras ocasionadas por fuegos artificiales, excepto si el accidente ocurre por eventos en lugares debidamente acreditados por las autoridades.

27) Además, este seguro no otorga cobertura en aquellos casos en que el tomador, asegurado, beneficiario o afianzado, o sus empleados o personas relacionadas, tenga alguna relación o se encuentre incluido en actividades relacionadas directa o indirectamente con actividades terroristas, lavado de activos o de similar naturaleza, incluyendo, pero sin estar limitadas, a las listas o sanciones dispuestas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC, según sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los EEUU. Se excluyen de cobertura, expresamente, aquellos siniestros y toda y cualquier pérdida relacionada directa o

indirectamente con operaciones, negocios, contratos o vínculos de cualquier naturaleza con países o personas incluidas en dichas listas, o cuyo pago deba ser efectuado a personas o países designados (Specially Designated Nationals List, SDN).

#### ARTÍCULO CUARTO: Obligaciones del asegurado, contratante o beneficiario

Son obligaciones del contratante y/o asegurado:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
2. Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;
3. Pagar la prima en la forma y época pactadas;
4. Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
5. No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio, así como lo indicado en el artículo 6 de la presente póliza;
6. Notificar al asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
7. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

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

#### ARTÍCULO QUINTO: Agravación o alteración del riesgo

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

#### ARTICULOSEXTO: Declaraciones del Asegurado.

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar el riesgo asegurado y apreciar la extensión del mismo en los formularios de contratación que disponga el asegurador para estos fines.

#### ARTICULO SÉPTIMO: Prima y efectos del no pago de la prima

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

Si el obligado al pago incurre en mora o simple retardo en el pago del todo o parte de la prima, reajustes o intereses, el asegurador podrá declarar terminado el contrato mediante el envío de una comunicación dirigida al contratante y/o asegurado. El envío de la comunicación se realizará mediante el sistema que se haya convenido en las Condiciones Particulares.

El término del contrato operará al vencimiento del plazo de 15 días corridos, contados desde la fecha del envío de la comunicación, y dará derecho al asegurador para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato, a menos que antes de producirse el vencimiento del plazo señalado, 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.

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 la compañía aseguradora renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la terminación pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

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

#### ARTICULO OCTAVO: Denuncia de siniestros

Producido un siniestro que pueda estar cubierto por la presente póliza, el asegurado o quien él designe para este efecto, deberá notificarlo lo más pronto posible al asegurador, en el formulario especial que el asegurador facilitará para tal efecto. Se entenderá que el asegurado o quien lo represente ha informado "lo más pronto posible" sobre la ocurrencia del siniestro, si efectúa la notificación dentro del plazo máximo de 30 días contados desde la ocurrencia del siniestro, 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.

El asegurado o quien lo represente deberá acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Con todo, el asegurador queda facultado para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto.

El cumplimiento extemporáneo de esta obligación, hará perder los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor acreditada a la compañía, liberando al asegurador del pago que habría correspondido.

#### ARTICULO NOVENO: Terminación

Término inmediato de la póliza:

La cobertura indicada en esta póliza terminará automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a) Expiración del plazo de vigencia establecido en las Condiciones Particulares, a menos que ésta haya sido renovada, por acuerdo entre contratante o asegurado y la Compañía;
- b) Cuando el asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares.
- c) Por fallecimiento del Asegurado.
- d) La pérdida de la calidad de asegurado de conformidad a lo establecido en las condiciones particulares.

Término anticipado de la póliza:

El contrato de seguro podrá ser terminado anticipadamente y de forma unilateral por el asegurador o el Asegurado, en virtud de las siguientes circunstancias:

- A) El asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato de seguro en caso de concurrir una

cualquiera de las siguientes causales:

- a) Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso el Asegurado tendrá derecho a restitución de la parte de la prima pagada no ganada por El asegurador correspondiente al tiempo no corrido.
- b) Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo séptimo de las presentes Condiciones Generales.
- c) En caso de verificarse una infracción a cualquiera de las obligaciones descritas en el artículo cuarto de estas Condiciones Generales.
- d) En caso que el asegurador identifique una siniestralidad superior a la considerada en la tarificación del riesgo.
- e) Inexistencia del medio de pago.
- f) Cuando la compañía haya efectuado un cambio en su política de suscripción. sin embargo, esta terminación será posible únicamente cuando se cancele o se revisen todas las pólizas o coberturas individuales que han sido emitidas bajo dicha política de suscripción respecto al programa de seguros acordado con el contratante de la póliza.
- g) Cuando se haya cumplido el máximo de eventos a asegurar por el período de vigencia cobertura que se defina en las condiciones particulares.

En cualquiera de estos casos, la terminación se producirá a la expiración del plazo de 30 días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación de acuerdo a lo establecido en el artículo décimo de estas Condiciones Generales.

B) A su turno, el Asegurado podrá poner término anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al Asegurador en la forma establecida en el artículo décimo.

En caso de término anticipado, la prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, pero en caso de haber ocurrido un siniestro, se entenderá devengada totalmente.

#### ARTICULO DÉCIMO: Comunicación entre las partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar el Asegurador 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 dispusiere otra forma de notificación al momento de la contratación del seguro.

En caso 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 al domicilio del Contratante o el Asegurado señalado en las Condiciones Particulares 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 DECIMO PRIMERO: Carencia

Está póliza tendrá, para cada asegurado, respecto de la alternativa L del inciso II del artículo segundo, un período de carencia de 90 días, o en reemplazo de éste, el número de días que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, contados a partir de su fecha de vigencia inicial, desde su rehabilitación, o desde la fecha de incorporación del asegurado, según corresponda. Así, el asegurador sólo pagará los beneficios correspondientes a las enfermedades contraídas después de transcurrido dicho plazo, y durante la vigencia de la póliza.

#### ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO: 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 por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Lo anterior es sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º y en el artículo 36 del Decreto con Fuerza de Ley N° 251 de 1931.

#### ARTICULO DÉCIMO TERCERO: DOMICILIO

Para todos los efectos de este contrato se fija como domicilio la ciudad indicada en las Condiciones Particulares.