

## SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130085

### 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.

La Compañía Aseguradora podrá a petición expresa del Tomador o Asegurado, la cual deberá constar por escrito en las Condiciones Particulares, limitar el ámbito temporal y territorial de la cobertura sin que ello afecte la vigencia de la póliza. Es decir, podrá definir horarios, días y zonas geográficas específicas en las que regirá la cobertura así como aquellas en las que no operará esta cobertura. Asimismo, el Tomador o Asegurado podrá definir asegurados para cada una de las coberturas que éste efectivamente contrate, circunstancia que deberá quedar expresamente establecida en las Condiciones Particulares.

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 vigencia de la póliza y de la vigencia individual del asegurado. La misma situación ocurrirá si el accidente que dé lugar a la cobertura reclamada ocurriera durante un periodo de tiempo o territorio que el Tomador haya solicitado expresamente excluir de cobertura en los términos indicados en el párrafo anterior, aun cuando la póliza se encuentre vigente.

La Compañía Aseguradora podrá, a petición expresa del Tomador, establecer un límite máximo de capital a pagar por un determinado siniestro cubierto por la presente póliza en los términos requeridos por el Tomador o Asegurado, circunstancia que deberá quedar expresamente señalada, delimitada y especificada en las Condiciones Particulares de la póliza.

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 o dentro de algún periodo temporal de cobertura o dentro de la zona geográfica definida en caso de haberlo así solicitado el Tomador, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Queda expresamente establecido que el Asegurado podrá instituir como beneficiario a cualquier persona.

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.

Sin perjuicio de lo anterior, en concordancia con lo señalado en el Artículo Primero de esta póliza y a petición expresa del Tomador, se podrá establecer un límite máximo de capital a pagar por un determinado siniestro cubierto por la cobertura de muerte accidental en los términos requeridos por el Tomador o Asegurado, circunstancia que deberá quedar expresamente señalada, delimitada y especificada en las Condiciones Particulares de la póliza.

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.

## 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 esta cobertura o dentro de algún periodo temporal de cobertura o dentro de la zona geográfica determinada en caso de haberlo así solicitado el Tomador o Asegurado, 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 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 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 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.

Queda expresamente establecido, que en caso de fallecer el beneficiario de la renta mensual por accidente, la Compañía quedará liberada del pago de la misma.

#### 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, la Compañía quedará liberada del pago de la misma.

#### 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 y efectivamente incurridos por el Asegurado, tanto ambulatorios como hospitalarios, en que éste 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.

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 HOSPITALIZACIÓN 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.

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 HOSPITALIZACIÓN 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 y efectivamente incurridos por el Asegurado.

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 2°, el asegurado resultare con quemaduras de segundo (2°) 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. N° 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, 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: Todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal, con una duración y plazo que será definido en las Condiciones Particulares.

En caso que la enfermedad o accidente que dio origen a un evento objeto de reembolso se prolongue más allá del plazo indicado en las Condiciones Particulares, y siempre que la póliza se encuentre vigente, éste será considerado como un nuevo evento para todos los efectos, reinstalándose el deducible y el capital asegurado. El asegurado podrá presentar más de un evento durante la vigencia de 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) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- c) Comisión de actos que puedan ser calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- d) Suicidio, intento de suicidio, o heridas auto infringidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- e) 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.

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

g) Intoxicación o encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

h) 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. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

i) Negligencia o imprudencia o culpa grave del asegurado.

j) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.

k) Realización de una actividad o deporte que las partes hayan acordado excluir de la cobertura, al no aceptar el asegurado un recargo en las primas y el correspondiente aumento de los costos de cobertura asociados. De dicha exclusión deberá dejarse constancia detallada en las condiciones particulares de la póliza.

l) Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones comerciales a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la compañía aseguradora.

m) Riesgos nucleares o atómicos.

n) 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.

o) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.

p) Quemaduras resultantes de la exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos ultravioletas para fines estéticos.

q) Fractura de Huesos producida como consecuencia directa e inmediata de osteoporosis

#### ARTÍCULO 5º: CARENIA

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 6º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

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

#### ARTICULO 7º: 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.

#### ARTICULO 8º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines.

## ARTICULO 9º: 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 o Contratante 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 10º: 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 justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar las pruebas que la compañía aseguradora estime necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que el fallecimiento o la incapacidad, tuvieron su origen a consecuencia de un accidente sujeto a indemnización en los términos señalados en los artículos 2º y 4º de esta póliza, 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.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro.

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 de treinta (30) días o en el 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 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.

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.

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.

## ARTÍCULO 11º: 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 9º.

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 12º: 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 13º: 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 14º: CLAUSULAS ADICIONALES

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

Condiciones Generales.

## ARTÍCULO 15º: 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.

## SEGURO DE ASISTENCIA DENTAL

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320170141

### **ARTICULO Nº1: 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 Nº2: DESCRIPCION DE COBERTURA**

Mediante este Seguro de Asistencia Dental, y contra el pago de la prima, la Compañía se obliga a financiar, total o parcialmente y/o a poner a disposición del asegurado o sus beneficiarios, a través de una Red de Proveedores, las prestaciones dentales que se detallan en las Condiciones Particulares de esta póliza y que tengan su causa en una urgencia odontológica.

Las siguientes prestaciones dentales podrán ser contratadas en forma individual o en conjunto, de lo que se dejará expresa mención en las Condiciones Particulares de la póliza, así como el monto asegurado para cada una de ellas:

a) Tratamiento Básico de Urgencias: Tratamiento inicial y medicación en los casos de:

- Urgencias Endodónticas: Eliminación de caries, Recubrimiento pulpar directo, tratamiento endodóntico para Intrusión, Extrusión, Avulsión, Fractura Dentaria, Abscesos, Pulpitis reversibles e irreversibles.
- Urgencias Periodontales: Curetaje radicular localizado, Remoción de contacto Prematuro, Medicación en caso de Dolor Muscular y Abscesos.
- Urgencias Protésicas: Cementado provisional de coronas y puentes fijos, Reparación de fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio, Medicación en el caso de Estomatitis Sub-protésica.

b) Medicina Bucal: Examen Clínico de Urgencia (Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento).

c) Periodoncia: Tartrectomía Simple (Limpieza Sencilla)

d) Endodoncia:

- Tratamientos de Conductos Monorradiculares, Birradiculares y Multirradiculares.
- Pulpotomías, Pulpectomías, Curas Formocresoladas y Capielos.

e) Restauradora y Operatoria

- Amalgamas en dientes posteriores.
- Resinas en dientes anteriores y/o posteriores.
- Vidrio Ionomérico.

f) Cirugía

- Exodoncias o Extracciones simples en dientes permanentes.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes temporales.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes restos radiculares.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes fracturados.

g) Radiografías: Periapicales individuales, Coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio.

La cobertura del presente seguro se otorgará solamente respecto de las prestaciones dentales realizadas en la Red de Proveedores.

Cuando la urgencia sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de urgencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

Si el asegurado requiriera tratamientos no amparados por esta póliza en la Red de Proveedores, los costos que se generen por tales tratamientos serán de cargo exclusivo del asegurado.

### **ARTÍCULO N°3: DEFINICIONES**

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

1. **ASEGURADOS:** Para los efectos de esta póliza, se entiende que quedan protegidas por la cobertura del seguro las siguientes personas, en tanto cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y que habiendo solicitado su incorporación a la misma, hayan sido aceptados por la Compañía:

- a) La persona que aparezca como asegurado titular según las Condiciones Particulares de la póliza y;
- b) El cónyuge, conviviente civil, ascendientes y descendientes de la persona señalada en la letra a) anterior.

Cada vez que en esta póliza se use la expresión "asegurado", se entiende que ella incluye a todas las personas mencionadas en este artículo.

2. **SINIESTRO:** Todo requerimiento de prestaciones odontológicas de urgencia que efectúe el asegurado y que se detallan en las Condiciones Particulares de la póliza.

3. **URGENCIA ODONTOLÓGICA:** Cualquier evento inesperado o repentino que amerite atención odontológica paliativa, urgente o apremiante, y de lugar a prestaciones dentales que se enumeran en las Condiciones Particulares de la póliza para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia o accidente (fractura de una prótesis, fractura de piezas de la dentadura o pérdida de piezas dentarias por traumatismo).

4. **GASTOS DENTALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** Se refiere al promedio de los gastos odontológicos facturados en centros, consultorios y odontólogos afiliados a la Red de Proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, cubierto y amparado por las coberturas contratadas. Estos gastos estarán limitados al tope establecido en las condiciones particulares de la póliza.

5. **CIRUJANO ODONTÓLOGO DENTISTA:** Todo profesional habilitado y autorizado legalmente para practicar la odontología, que esté calificado para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario o la definición legal que reemplace dicho precepto, y que forme parte de la Red de Proveedores.

6. **PREEXISTENCIA:** Corresponden a cualquier lesión, enfermedad o dolencia o situación de salud que

afecte a los asegurados y o beneficiario, diagnosticada o conocida por el asegurado o y o beneficiario o quien contrate a su favor con anterioridad a la contratación de la póliza o a la fecha de su vigencia inicial de incorporación a la póliza

7. CENTRO ODONTOLÓGICO: Institución legalmente establecida como tal destinada a prestar servicios de Diagnóstico, Fomento, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud Odontológica.

8. RED DE PROVEEDORES: Centros odontológicos, clínicas u odontólogos con las cuales se han establecido convenios para la prestación de servicios indicados en las Condiciones Particulares.

#### **ARTÍCULO N°4: EXCLUSIONES**

La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios aquí estipulados, cuando se originen por:

a. Lesiones auto inferidas por el asegurado o por terceros con su consentimiento cualquiera sea la época en que ocurra y cualquiera sea la causa que lo origine, aun cuando el asegurado hubiera actuado privado de razón.

b. Lesión producida por participación en actos calificados como delitos por la Ley.

c. Cualquier tratamiento a causa de intento de suicidio; lesiones o enfermedades producidas por actos de guerra, declarada o no, o a consecuencia de un motín, desórdenes populares, actos o atentados terroristas de cualquier naturaleza, riñas, huelga o conmoción civil.

d. Cualquier tratamiento dental iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para el asegurado, y aquellos cuya enfermedad o accidente tenga su origen con posterioridad a la fecha de término de vigencia de su cobertura.

e. El reemplazo o pérdida de cualquier prótesis, a menos que ésta haya sido elaborada o instalada a lo menos 5 años antes del reemplazo y en opinión del odontólogo, no pueda restaurarse.

f. Los empastes de oro o materiales empleados con fines cosméticos o de embellecimiento. El reemplazo de dentadura natural, excepto en el caso en que tales dentaduras sean necesarias para reemplazar piezas dentales extraídas mientras la persona se encuentre amparada por esta cobertura.

g. Cualquier tratamiento correctivo de malformaciones genéticas o hereditarias y alteraciones del desarrollo músculo esquelético facial, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos, iatrogenia o traumatismo.

h. Cualquier gasto originado por otras terapias reembolsados por otra cobertura de la presente póliza.

i. Cualquier procedimiento dental realizado por personas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.

j. Medicamentos.

k. Extracciones de todo tipo de los terceros molares.

l. Cualquier tratamiento dental cuya finalidad sea de embellecimiento, estética o de carácter psicológico, o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del asegurado.

m. Procedimientos de profilaxis realizadas dentro de los 6 meses siguientes de efectuado un procedimiento similar.

- n. Lesiones o enfermedades producidas como consecuencia de epidemias oficialmente declaradas o fenómenos de la naturaleza declarados como catástrofe nacional, como también accidentes por experimentos de energía atómica o nuclear.
- o. Los accidentes del trabajo previstos en la Ley 16.744 o en el texto legal que la reemplace y los accidentes del tránsito protegidos por la ley N° 18.490, Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Circulación de Vehículos Motorizados o en el texto legal que la reemplace, hasta el monto que éstas cubran.
- p. Síndromes y enfermedades sistémicas involucradas en la cronología de la erupción dentaria, afección de los maxilares y en general con manifestaciones a nivel de la cavidad bucal.
- q. Prestaciones dentales no contempladas en las Condiciones Particulares.
- r. Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Urgencia Odontológica indicada en el Artículo N° 3 de esta Póliza.
- s. Urgencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida sustancial calcificada y dientes.
- t. Anestesia General o Sedación.
- u. Radioterapia o Quimioterapia .
- v. Servicios odontológicos recibidos fuera de la República de Chile.
- w. Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales
- x. Retratamientos de Conductos
- y. Para tratamientos de Endodoncias, la cobertura no incluye rehabilitaciones
- z. En caso de siniestro por traumatismo o accidente se excluyen los tratamientos posteriores requeridos a causa de éste.

La compañía está expresamente liberada, exenta y excusada de cualquiera de sus obligaciones y responsabilidades en caso de que el asegurado, tomador y/o beneficiario de la póliza no cumpla con las obligaciones establecidas en la presente póliza

#### **ARTICULO Nº5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO**

- a) Conforme dispone el artículo 524 del Código de Comercio, el asegurado estará obligado a:
- 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;
  - 6° En caso de siniestro, tomar todas las providencias necesarias para salvar la cosa asegurada o para conservar sus restos;
  - 7° Notificar al asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro,
  - 8° Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y

consecuencias.

El asegurador deberá reembolsar los gastos en que razonablemente haya incurrido el asegurado para cumplir las obligaciones expresadas en el número 6°, y en caso de siniestro inminente, también la que prescribe el número 4°. El reembolso no podrá exceder la suma asegurada. Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al tomador el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el asegurado.

b) Los asegurados que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.

c) El asegurado está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos amparados en la cláusula primera de este Póliza.

d) El asegurado está obligado a entregar todos los recaudos requeridos por la Compañía y someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de los "gastos dentales razonables y acostumbrados" a los cuales se hace referencia en el artículo N° 3 de la presente Póliza.

e) Las demás obligaciones contempladas en la Póliza.

#### **ARTÍCULO N°6: AGRAVACIÓN O ALTERACIÓN DEL RIESGO**

De conformidad al artículo 526 de Código de Comercio, el asegurado o contratante en su caso, deberá informar al asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los cinco días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador. Se presume que el asegurado conoce las agravaciones de riesgo que provienen de hechos ocurridos con su directa participación.

#### **ARTICULO N°7: DECLARACION DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO**

Con anterioridad a la celebración de este seguro, el contratante deberá declarar por escrito a la compañía de seguros, sobre todos los hechos y circunstancias respecto de las personas amparadas por esta póliza, que permitan a la compañía de seguros evaluar y asumir correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones del contrato.

#### **ARTÍCULO N°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 o contratante 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

#### **ARTÍCULO N°9: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO**

El monto asegurado y el 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 de la póliza, que se considerará para el pago de prima y siniestros, será el vigente al momento de su pago efectivo.

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

#### **ARTÍCULO N°10: PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTRO**

Los tratamientos amparados descritos en la presente Póliza serán prestados y cubiertos en la medida que se cumpla con las siguientes condiciones:

a) Cuando el asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por esta Póliza, deberá solicitar su cita al teléfono indicado en las Condiciones Particulares, indicando sus datos personales, el número de la póliza, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa, en los términos establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

b) En caso de que el asegurado requiera de los tratamientos amparados por esta póliza y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la red de proveedores, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios descritos en esta Póliza, el asegurado podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de urgencia por un odontólogo escogido por él. Los "gastos razonables" incurridos por el asegurado por tal servicio de urgencia le serán reembolsados con un tope establecido en las Condiciones Particulares, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir la Compañía.

c) Que la prestación de urgencias odontológicas esté amparados por esta Póliza.

d) Los tratamientos deberán ser realizados por Odontólogos pertenecientes a la Red de Proveedores establecida por la Compañía. La Compañía no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la Red de Proveedores establecida, salvo lo dispuesto en la letra b) de este Artículo.

#### **ARTÍCULO N°11: VIGENCIA Y MODIFICACIÓN DE LA POLIZA**

Esta póliza tendrá una duración de un (1) año, contado desde la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

Para los efectos de la renovación de la póliza, la compañía de seguros deberá enviar al contratante las condiciones de coberturas y primas para el nuevo período de vigencia con una anticipación de al menos treinta (30) días a la fecha de término de la vigencia. En caso de no recibir respuesta a la propuesta por parte del contratante o éste no aceptase las condiciones de renovación antes del término de la vigencia de la póliza, ésta se entenderá no renovada, llegando a su término en la fecha prevista en las Condiciones Particulares.

Si la Compañía Aseguradora no enviase al contratante de la póliza las condiciones de renovación con la anticipación señalada, se entenderá renovada automáticamente la póliza en las mismas condiciones vigentes, por un nuevo período de un (1) año, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario por escrito con una anticipación mínima de 30 días a la fecha de vencimiento.

## **ARTÍCULO N°12: IMPUESTOS**

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia de la póliza y que afecten al presente contrato, serán de cargo del asegurado o contratante según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo de la Compañía.

## **ARTÍCULO N°13: CLÁUSULAS ADICIONALES**

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria 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 cobertura individual del asegurado, de la póliza o la pérdida de derechos en ella contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

## **ARTICULO N°14: TERMINACIÓN**

### a) Terminación anticipada de la cobertura individual

Encontrándose el presente contrato vigente, el seguro terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular, en cada uno de los siguientes casos:

- i. Todo el grupo familiar terminará su cobertura a partir de la fecha en que el asegurado titular supere la edad indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- ii. Los asegurados adicionales terminarán su cobertura a partir de la fecha en que supere la edad indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- iii. Cuando el asegurado titular excluya a algún familiar de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la Compañía Aseguradora.
- iv. Cuando el contratante excluya a algún asegurado de la nómina mediante comunicación dirigida a la Compañía Aseguradora.
- v. Cuando el contratante o asegurado titular no pague la prima correspondiente a dicho asegurado en el plazo indicado en las Condiciones Particulares.
- vi. Cuando el asegurado titular, a sabiendas, hubiere omitido, retenido o falseado información sobre si mismo o sus familiares que altere el concepto de riesgo asumido por la Compañía Aseguradora; o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado que fuere excluido, a contar de la fecha en que opere tal exclusión.

Del mismo modo, en el caso que termine el seguro del asegurado titular y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los familiares del asegurado excluido.

### b) Terminación anticipada de la póliza

Las partes acuerdan expresamente que esta póliza quedará sin efecto en los siguientes casos:

- i. A partir de la fecha de término de vigencia de la póliza señalada en sus Condiciones Particulares, a menos que ésta haya sido renovada, de acuerdo a lo establecido en las presentes Condiciones Generales.
- ii. Por no pago de la prima, lo que producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 días

contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado, dando 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.

iii. Cuando el contratante le ponga término anticipado al contrato.

iv. En caso que la Compañía no pueda seguir prestando el servicio por terminación del contrato con Red de Proveedores.

Terminada la vigencia de la póliza, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha. Asimismo, se conviene que en caso que se excluya un asegurado o que la presente póliza termine, anticipadamente o no, los beneficios de este seguro terminan a la fecha de la exclusión o de término de la póliza.

El eventual pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cobertura, no dará derecho, en ningún caso, a solicitar el pago de la indemnización generado por un siniestro. En tal caso sólo se generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad posterior.

#### **ARTICULO Nº15: ARBITRAJE**

Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio cualquier dificultad que se suscite entre los asegurados y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

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

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

No obstante lo estipulado precedentemente, el contratante o los asegurados, según corresponda, podrán, por sí solos y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía Aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley Nº 251, de Hacienda, de 1931, o en la disposición equivalente que se encuentre vigente a la fecha en que se presente la solicitud de arbitraje.

#### **ARTÍCULO Nº16: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al 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 esta 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 N°17: DOMICILIO ESPECIAL**

Se fija como domicilio especial para el cumplimiento de todas las obligaciones de esta póliza la ciudad de Santiago.