

POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131596

ARTÍCULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

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

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES

Para los efectos del presente contrato de seguro, se entenderá por:

1. **Contratante o Tomador:** la persona que suscribe este contrato con la Compañía de seguros y asume las obligaciones y cargas que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.
2. **Asegurado:** Se consideran asegurados de esta póliza a las personas, que habiendo solicitado su incorporación a la póliza y cumpliendo los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. **Accidente:** Corresponde a 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.
4. **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.
5. **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.
6. **Pérdida parcial:** Se entiende por "pérdida parcial" la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.
7. **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.
8. **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.
9. **Incapacidad total y permanente:** el impedimento de desempeñar cualquier ocupación o trabajo

remunerado para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia.

ARTÍCULO 3: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La Compañía pagará al asegurado o a sus beneficiarios en su caso, las sumas convenidas en las Condiciones Particulares del seguro producto de algún siniestro efectivamente cubierto por la cobertura contratada.

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

ALTERNATIVA A: MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura la Compañía 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 cubierto por la póliza.

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 cubierto por la póliza, la Compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en las Alternativas B y C, en caso de haber sido contratados.

ALTERNATIVA B: DESMEMBRAMIENTO

En virtud de esta cobertura y cuando producto de un accidente cubierto por la póliza, la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado, 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, la Compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza:

100% en caso de pérdida total de 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 accidente cubierto por la póliza durante la vigencia del asegurado en esta, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos, sin que el monto total pagado por la Compañía exceda en ningún caso, el monto total asegurado por esta cobertura.

ALTERNATIVA C: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente cubierto por la póliza, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanentemente, la Compañía 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 la Alternativa B, a razón del uno por ciento mensual durante un período máximo de cien (100) meses mientras el asegurado esté vivo o hasta la cesación de su incapacidad.

La Compañía determinará si se ha producido la incapacidad total y permanente de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos en su caso. Si la Compañía rechaza la incapacidad del asegurado, éste último, 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, elegidos por él, dentro de una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por lo menos un año como médicos especialistas de las Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744 de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales o de la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y de Enfermedades Profesionales de esta misma ley.

La junta médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma total y permanente conforme a la definición de incapacidad contenida en ésta Alternativa C.

La junta médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios.

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

El dictamen emitido por la junta médica será determinante y obligatorio para las partes.

El costo de esta evaluación será de cargo exclusivo del asegurado.

Durante el tiempo que dure esta evaluación, el asegurado deberá continuar pagando las primas de esta póliza a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza.

Si el dictamen de la junta médica es favorable al asegurado, la Compañía, pagará la indemnización desde la fecha del dictamen y devolverá las primas de esta cobertura pagadas después de la fecha del accidente, dentro de un plazo no superior a treinta (30) días contado desde la fecha del referido dictamen.

ALTERNATIVA D: REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la Compañía reembolsará al asegurado los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, hasta el monto anual indicado en las Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguiente a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él.

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.

ALTERNATIVA E: REEMBOLSO DE GASTOS POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

En virtud de esta cobertura, la Compañía reembolsará al asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad cubierto por esta póliza, los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria hasta el monto máximo diario que se indica en las Condiciones Particulares de acuerdo a lo que más adelante se señala.

Se reembolsarán los gastos de las atenciones prestadas desde el primer día de ingreso 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.

ALTERNATIVA F: BENEFICIO DE CIRUGIA

En virtud de esta cobertura, la Compañía pagará al asegurado que incurra en gastos por una intervención quirúrgica, generada a consecuencia de enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, la cantidad que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, establecidas en las Condiciones Particulares para cada tipo de operación quirúrgica, con las limitaciones que a continuación se señalan:

1. La cantidad calculada por este procedimiento para el pago de la indemnización no podrá exceder el monto real de los gastos en que incurrió el asegurado.
2. Cuando una intervención quirúrgica no se encuentre en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, la compañía

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, 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 para la clasificación de la intervención, la cuestión será resuelta, sin forma de juicio, por un médico cirujano designado de común acuerdo por las partes, cuyos honorarios serán de cargo exclusivo del asegurado.

3. En caso que se realice más de una intervención quirúrgica, como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad, el pago del beneficio ascenderá al monto que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de la intervención quirúrgica que tenga asignado en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas el porcentaje más alto, de las efectuadas.

4. El pago de todas las intervenciones quirúrgicas producidas por un mismo accidente o enfermedad, no excederá en ningún caso el monto del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares.

5. El gasto correspondiente a intervenciones quirúrgicas de los órganos de reproducción, amígdalas, adenoides, pólipos y hernias, está cubierto sólo después de 120 días contados desde el inicio de la vigencia de esta póliza.

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

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 en 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.

ALTERNATIVA G: CANTIDAD DIARIA POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

En virtud de esta cobertura, la Compañía pagará al asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad cubierto por esta póliza, la cantidad diaria que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el asegurado.

Se pagará la cantidad diaria desde el primer día de ingreso al Establecimiento Hospitalario y hasta el máximo de días señalados 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.

ARTICULO 4: EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las cantidades establecidas en las coberturas indicadas en el Artículo 3 de esta póliza, cuando el fallecimiento o lesiones del asegurado se produzca 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.

- b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- c) Comisión de actos 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 causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- e) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.
- f) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- g) Intoxicación o 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.
- h) 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.
- i) Riesgos nucleares o atómicos.
- j) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico del Departamento de Geofísica de la Universidad de Chile, o del servicio que en el futuro lo reemplace.
- k) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- l) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- ll) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- m) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.
- n) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
- ñ) Exámenes médicos de rutina.
- o) Cirugía plástica o cosmética.
- p) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- q) Curas de reposo y curas de sueño.
- r) 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).

s) Tratamiento o cirugía dental, excepto a dientes naturales sanos, ocasionados por una lesión accidental.

ARTICULO 5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado deberá dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el artículo 524 del Código de Comercio que le sean atinentes en consideración al tipo de seguro de que se trate.

Por lo anterior, 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 agraven sustancialmente el riesgo declarado.

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, y

8° Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

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

ARTICULO 6: AGRAVACION O ALTERACION DEL RIESGO

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 a la Compañía sobre 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 la Compañía.

Si el asegurado sufre lesiones después de haber cambiado de una ocupación a otra, clasificada por la Compañía como más riesgosa que la declarada al contratar esta póliza, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, la compañía pagará únicamente, el porcentaje de las indemnizaciones previstas en esta póliza, que la prima pagada hubiere cubierto a las tasas y dentro de los límites fijados por la Compañía para dicha ocupación más riesgosa.

Si el asegurado cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la señalada en esta póliza, la Compañía al recibo de la prueba de dicho cambio reducirá la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio de ocupación, o a la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente al recibo de dicha prueba, en caso que este aniversario hubiese ocurrido con posterioridad al cambio de ocupación. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima, serán las vigentes a la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

ARTICULO 7: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

En las Condiciones Particulares se establecerán las condiciones especiales de cobertura en virtud de la declaración efectuada por el Asegurado, de conformidad con los requisitos y formalidades requeridas para el efecto por la normativa legal y administrativa vigente.

Dado lo anterior, el Asegurado deberá informar detalladamente a la Compañía lo que ésta le requiera acerca de todas las circunstancias que puedan influir en la apreciación de los riesgos, respondiendo los cuestionarios que la Compañía le presente y sometiéndose a los exámenes médicos que le sean requeridos. El costo de estos exámenes será de cargo de la Compañía.

Si el siniestro no se ha producido y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite la compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no revisten alguna de dichas características, la Compañía podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición de la Compañía o no le da contestación dentro del plazo de diez días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, la Compañía quedará exonerada de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo a lo indicado precedentemente y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

ARTÍCULO 8: 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. 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. Si no designa a una persona determinada, se entenderá que instituye como beneficiarios a los herederos testamentarios del asegurado, en los porcentajes establecidos en el testamento o en su defecto en la ley y a falta de herederos testamentarios, al cónyuge sobreviviente y a los herederos intestados del asegurado, por partes iguales. El cónyuge y los herederos, en estos casos serán considerados beneficiarios para todos los efectos del presente contrato.

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 a la Compañía por escrito.

La Compañía 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 9: VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

La vigencia de la póliza será señalada en las Condiciones Particulares, y puede ser renovada con el consentimiento de las partes, al término de cada período,

ARTICULO 10: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

a) Pago de Primas: El pago de las primas se hará en los lugares y formas señalados por la Compañía, dentro de los plazos estipulados para el efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

b) Plazo de gracia: Efectuado el pago de la primera prima inicial de la póliza, la Compañía concede un plazo de gracia de treinta (30), para el pago de las primas siguientes, cualquiera sea la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

c) Término del contrato por falta de pago de prima: Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la póliza o cobertura según correspondan quedarán sin efecto después de quince días (15) contado desde que la Compañía le haya enviado la comunicación al Contratante.

La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la Prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

ARTICULO 11: TERMINACIÓN

Término de póliza

Esta póliza quedará sin efecto para todos los Asegurados en los siguientes casos:

(a) 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;

(b) Por no pago de la Prima convenida transcurrido el Período de Gracia, de acuerdo en lo establecido en las presentes Condiciones Generales;

(c) Cuando se verifique la situación señalada en el Artículo 12 de estas Condiciones Generales y el Contratante no acepte un cambio de moneda o unidad del contrato;

(d) La Compañía podrá poner término anticipadamente al contrato, con expresión de las causas que lo justifiquen, salvo las excepciones legales. En todo caso, la terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días (30) contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. En este caso se devolverá al asegurado de lo ya pagado por primas la proporción que corresponda al tiempo que falte para la expiración normal del seguro.

(e) El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales. En todo caso, la terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días (30) contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. En este caso la compañía le devolverá la diferencia entre la prima pagada y la prima consumida conforme a la tarifa para seguros de plazos cortos, cuya tabla se inserta en las Condiciones Particulares.

(f) Si el Contratante cae en insolvencia o es declarado en quiebra; o si el Contratante inicia o se inicia en su contra un procedimiento no voluntario de quiebra o de liquidación; o si el Contratante inicia cualquier otro procedimiento destinado a liquidar sus bienes por insolvencia; o si se ha iniciado respecto al Contratante un procedimiento de convenio extrajudicial, o un convenio preventivo o judicial de quiebra, de acuerdo a la Ley de Quiebras chilena o de cualquiera otra jurisdicción.

Término de cobertura

Encontrándose la póliza vigente, la cobertura individual terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular en las siguientes circunstancias:

- (a) Cuando el asegurado pierda la calidad de tal, por perder la relación que lo mantenía vinculado con el Contratante de la póliza;
- (b) A partir de la fecha en que el asegurado cumpla la edad de permanencia que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- (c) Fallecimiento del asegurado;
- (d) Cuando el contratante lo excluya de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la Compañía;

En estos casos y en los términos legales, cesará toda responsabilidad de la Compañía y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos acaecidos al asegurado respecto del cual ha terminado anticipadamente su cobertura individual.

ARTICULO 12: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital asegurado y el monto de las primas correspondientes a esta póliza, se expresarán en Unidades de Fomento o en otras unidades reajustables autorizadas por la Superintendencia de Valores y Seguros. El valor de la Unidad de Fomento o de la Unidad Reajutable señalada en las Condiciones Particulares, que deberá considerarse para el pago de las primas o indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

ARTÍCULO 13: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Toda comunicación entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado o Beneficiarios en su caso, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste se opusiere a esa forma de notificación, en cuyo caso, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTICULO 14: DENUNCIA DE SINIESTROS

Cuando se produzca un accidente o enfermedad que requiere hospitalización, éste se deberá poner en conocimiento de la Compañía por escrito dentro del plazo de sesenta (60) días contado desde su ocurrencia, para lo cual se deberá llenar además un formulario proporcionado por la Compañía, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la cantidad reclamada y deberán proporcionar las pruebas necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente o enfermedad que requiere hospitalización, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de dicho accidente o enfermedad. En caso de no cumplirse con este requisito, la responsabilidad de la Compañía con respecto del asegurado o beneficiarios emanados de esta póliza,

cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar a las autoridades competentes, y a su costa, que efectúe una autopsia en caso de muerte del asegurado. Si el beneficiario se negare a permitir dicha autopsia o la retardase en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.

ARTICULO 15: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Cualquier dificultad que se suscite entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado o Beneficiarios, según corresponda, en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro que da cuenta esta póliza, 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.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o el 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.

ARTICULO 16: DOMICILIO

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