

SEGURO DE ACCIDENTE PERSONAL INDIVIDUAL

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320210027

ARTÍCULO 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 beneficiario.

ARTÍCULO Nº2: DEFINICIONES

- a) **ACCIDENTE:** para los efectos de este contrato de seguro se entiende por 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.
- b) **ENFERMEDAD:** toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido.
- c) **MÉDICO:** sólo quienes poseen el título respectivo y estén habilitados legalmente para el ejercicio de esta profesión, en los términos establecidos en el artículo 112 del Código Sanitario.
- d) **ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO:** todo establecimiento público o privado dentro de la república de Chile, legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que este concepto incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales, o de personas que sufran adicciones a drogas o alcohol.
- e) **HOSPITALIZACIÓN:** ingreso hospitalario del asegurado, en su condición de paciente, en un centro hospitalario, sea clínica u hospital, durante un periodo superior a 24 horas para recibir tratamiento médico o quirúrgico.
- f) **ENFERMEDAD/LESIÓN/DEFECTO O DEFORMACIÓN CONGÉNITA:** aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de vida del asegurado.
- g) **ENFERMEDAD GRAVE:** proceso patológico, que modifica de forma permanente el estado de salud, requiriendo de medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y/o cuyo pronóstico vital esté gravemente comprometido.
- h) **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** enfermedad, defecto físico o patología que ya ha sido diagnosticada, tratada o haya dado lugar a consulta médica, o cuyos síntomas y/o signos se

hayan manifestado con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de la póliza e incorporación del afectado como asegurado en la misma. Todos los procesos patológicos en curso anteriores a la fecha de efectos del contrato y las consecuencias de estos se excluyen de cobertura y no serán aceptados con cargo a la póliza.

- i) **CUESTIONARIO O DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD:** cuestionario facilitado al tomador del seguro y al asegurado, que forma parte del contrato y cuyo objeto es determinar el estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro. Las reservas o declaraciones inexactas podrían producir la exoneración de las obligaciones de la entidad aseguradora.
- j) **RESIDENCIA HABITUAL EN CHILE:** permanencia en territorio de Chile por tiempo superior a 183 días al año.
- k) **INVALIDEZ TEMPORAL:** Es aquella que, a consecuencia de un accidente, impide al asegurado en forma transitoria el desarrollo normal de sus actividades de trabajo u ocupación habitual.
- l) **INVALIDEZ TOTAL:** La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente y que ocasione un menoscabo irreversible de, al menos, 2/3 (dos tercios) de su capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980, o bien por el organismo competente conforme a la ley.
- m) **BAREMO INDEMNIZATORIO:** relación de lesiones consecuencia de accidente que son objeto de cobertura y a los que se les asocia un valor indemnizatorio. Este valor corresponde a un valor proporcional de la prima.

ARTÍCULO N°3: DESCRIPCIÓN DE COBERTURA

La compañía aseguradora se obliga a indemnizar al asegurado en caso de i) invalidez permanente y total derivada de un accidente, ii) invalidez temporal derivada de accidente, iii) fallecimiento por accidente del asegurado, si se produce antes del cumplimiento de los 69 años y 364 días de edad, siempre y cuando se produzca el hecho o los hechos cuyo riesgo se hayan contratado, dentro del ámbito y con las excepciones o limitaciones que figuren en la póliza.

COBERTURAS Y EXTENSIÓN

Para efectos de esta póliza, no se podrán acumular indemnizaciones por las coberturas de Muerte por Accidente, Incapacidad Permanente (total o parcial) e Incapacidad Temporal.

Las coberturas contenidas en este seguro se sujetan a las condiciones y límites de cada plan específico contratado, y a los términos de las condiciones particulares.

1- MUERTE POR ACCIDENTE

Cuando se produjere el fallecimiento del asegurado dentro de los seis meses siguientes al accidente y como consecuencia de éste, la Compañía indemnizará al o los beneficiarios designados en la solicitud de seguro o en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador, el monto indicado en la póliza.

Una vez acaecida la mencionada cobertura prevista y cubierta por el presente contrato de seguro, el mismo quedará extinguido junto con las restantes coberturas que hubieran sido contratadas.

Designación de beneficiarios:

El asegurado puede designar los beneficiarios o modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del asegurador, salvo que haya renunciado expresamente y por escrito a esta facultad.

La designación de beneficiarios puede hacerse constar en las condiciones particulares de la póliza o en una posterior declaración escrita al asegurador.

En caso de faltar uno de los beneficiarios designados al momento de ocurrencia del siniestro, el monto asegurado acrecerá al capital asignado al resto de los beneficiarios restantes en partes iguales.

En caso de siniestro bajo esta cobertura, la póliza terminará inmediatamente por ese solo hecho.

2- INVALIDEZ PERMANENTE Y TOTAL DERIVADA DE ACCIDENTE

El asegurador pagará una indemnización única y total al asegurado especificado en las condiciones particulares que sufra lesiones o pérdidas anatómicas o funcionales como consecuencia de accidente que lo inhabiliten permanentemente, para la realización de todas las tareas fundamentales de la vida.

REGLAS DE VALORACIÓN DE LA INVALIDEZ PERMANENTE

La declaración, evaluación, reevaluación y revisión de la invalidez permanente serán de exclusiva competencia de los órganos competentes según la ley vigente. Sin embargo, respecto de los afiliados a las Mutualidades, la declaración, evaluación, reevaluación y revisión de la invalidez permanentes derivadas de accidentes del trabajo corresponderá a estas instituciones.

REQUISITOS PARA SU CONCESIÓN

Para la concesión de la prestación de invalidez permanente total derivada de accidente, en cualquiera de sus grados, es necesario:

- a) No haber mantenido intencionadamente las lesiones que dieron lugar a la invalidez.
- b) Que la invalidez se produzca dentro del plazo de un año a contar desde que ocurrió el accidente causante de la misma, excluyéndose en consecuencia las que se produzcan después de dicho periodo.
- c) La indemnización corresponderá al monto asegurado vigente en el momento del accidente origen de la invalidez, con independencia de la fecha de declaración de la invalidez.
- d) La invalidez debe ser declarada en Chile por los organismos pertinentes de acuerdo con la ley vigente.

3- INVALIDEZ TEMPORAL POR ACCIDENTE

El asegurado que, como consecuencia de una lesión corporal producida por accidente, padezca una invalidez temporal para el trabajo, no determinada o agravada por una patología o enfermedad previa, percibirá en función de la lesión sufrida una indemnización a tenor del baremo que se establece más adelante.

REQUISITOS PARA SU CONCESIÓN:

Para esta cobertura, deberá acreditarse que el accidente se ha producido con posterioridad a la contratación de este seguro.

BAREMO INDEMNIZATORIO.

Para determinar la indemnización, se aplicará un "Baremo Indemnizatorio", que se detallará en las Condiciones Particulares, previo informe del médico asesor del asegurador, teniendo en consideración la gravedad de la lesión, atendiendo a los criterios de peligrosidad para la vida de la persona, merma funcional que supongan y tratamientos aplicados se detalla en las condiciones particulares.

ARTÍCULO Nº4: EXCLUSIONES

No se efectuará el pago del monto asegurado para las coberturas indicadas en esta póliza, cuando la incapacidad total y permanente dos tercios por accidente o el fallecimiento del asegurado se produzca

a consecuencia de:

1. Invalidez causada por una lesión provocada intencionalmente por el asegurado.
2. Invalidez agravada por una enfermedad o estado patológico preexistente a la fecha del acaecimiento del accidente o haber sobrevenido después de ocurrir este, pero por una causa independiente al mismo. En estos casos, el asegurador tan solo pagará la indemnización que corresponda según la invalidez que el accidente hubiere producido sin el concurso de tal enfermedad o estado patológico.
3. Aquella invalidez que se produzca luego de transcurrido un año a contar desde que ocurrió el accidente causante de la misma.
4. Las lesiones sufridas por el asegurado fuera del territorio chileno.
5. Los hechos provocados con dolo o culpa grave por el contratante, asegurado o sus beneficiarios, los derivados de imprudencias temerarias o que provengan de la participación activa del asegurado en la comisión de un delito o falta, así como los que entrañen una contravención de leyes y reglamentos.
6. Los hechos que sean consecuencia de radiación nuclear atómica o contaminación radiactiva, cualquiera que sea su naturaleza, y los acaecidos en la navegación submarina o en viajes de exploración.
7. Los hechos ocurridos como consecuencia de conflictos armados civiles o militares, revueltas, insurrecciones, motines, desórdenes populares, saqueos, tumultos, actos terroristas, guerras, los derivados de hechos de carácter político o social, o cualesquiera otros de naturaleza análoga.
8. Los hechos ocurridos como consecuencia de fenómenos naturales de carácter catastrófico, como terremotos, maremotos, huracanes, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), tormentas, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados), y caídas de meteoritos o cuerpos siderales.
9. Los hechos que por su magnitud y gravedad sean calificados por la autoridad como de excepción constitucional de acuerdo con lo dispuesto en la Constitución vigente.
10. La muerte del asegurado, cuando ha sido causada dolosamente por el beneficiario.
11. El suicidio, intento de suicidio o autolesiones.
12. Las consecuencias de desvanecimientos o pérdidas de conciencia que no se deriven de causa fortuita, violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado; así como los denominados golpes de calor, insolaciones o congelaciones.
13. Las enfermedades mentales o nerviosas, ni aquellos hechos derivados de las mismas o de su tratamiento.
14. Las isquemias cardíacas, infartos de miocardio y los denominados accidentes vasculares cualquiera que sea su naturaleza.
15. Todas aquellas lesiones que se produzcan en el transcurso de un tratamiento médico o quirúrgico de una enfermedad u otra afección que no tuviese su origen en un accidente. Ni las consecuencias de errores médicos o fallos quirúrgicos.
16. Las lesiones que sufra el asegurado por los efectos de bebidas alcohólicas, estupefacientes o drogas, o a consecuencia de su consumo.
17. Accidentes que tengan su origen en la práctica de actividades o deportes que entrañen un alto riesgo, tales como esquí, artes marciales, automovilismo, motociclismo, alpinismo, etc., ni aquellas que tengan por finalidad causar una lesión al contrincante o se practiquen profesionalmente.
18. Las lesiones, hernias, lumbagos, consecuencia de esfuerzos corporales aun cuando fueren de origen traumático.
19. Las lesiones y/o secuelas como consecuencia de la participación del asegurado en actos delictivos, apuestas, desafíos, riñas, salvo que en este último caso el asegurado actúe en legítima defensa.

ARTÍCULO Nº5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

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. 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
6. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.
7. Las demás obligaciones, deberes o cargas que contemple la Ley, este condicionado general y condiciones particulares.

ARTÍCULO N°6: DENUNCIA DE SINIESTROS

Producido un siniestro, el(los) beneficiario(s) o asegurado según corresponda, deberá comunicarlo al Asegurador tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya siniestro. Sin perjuicio de esto, se podrá establecer en las Condiciones Particulares un plazo mayor.

Los documentos que se deban presentar para la liquidación del siniestro se individualizarán en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar cualquier otro que estime necesario para realizar esta liquidación.

ARTÍCULO N°7: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

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

ARTÍCULO N°8: AGRAVACIÓN O ALTERACIÓN DEL RIESGO

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.

ARTÍCULO N°9: 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 (15) 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°10: 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 Comisión de Mercado Financiero, 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°11: VIGENCIA Y MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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 que el contratante 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 con una revalorización del 1% geométrico del capital y en la prima, 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 accesorias 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.

ARTÍCULO N°14: TERMINACIÓN

La póliza terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares, pro el cumplimiento de la edad máxima de permanencia indicada en la póliza, por la pérdida de la calidad de asegurado de conformidad a lo establecido en las condiciones particulares o tras el pago del capital asegurado.

El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al Asegurador.

El Asegurador, a su vez, podrá poner término anticipado al contrato de seguro en caso de concurrir cualquiera de las siguientes causales:

- a) Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro.
- b) 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.

- c) Cuando el asegurado, a sabiendas, hubiere omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la Compañía Aseguradora; o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

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 de que la presente póliza termine, anticipadamente o no, los beneficios de este seguro terminan a la fecha 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.

ARTÍCULO Nº15: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

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 Comisión para el Mercado Financiero 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 N.º 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: COMUNICACIÓN 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.