

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 320131474

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: RIESGOS CUBIERTOS

Por la presente póliza el Asegurador se obliga a indemnizar al Asegurado o a sus Beneficiarios, por las lesiones corporales, la incapacidad o la muerte que éste sufra a consecuencia de un accidente, todo ello conforme a las modalidades estipuladas y hasta las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares.

Las coberturas contempladas en esta póliza podrán contratarse individual, conjunta o separadamente.

ARTÍCULO 3: COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura la Compañía pagará a los Beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, una vez acreditado el fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de un accidente. Si no existieren Beneficiarios determinados en la póliza, la indemnización será pagada a los herederos del Asegurado.

La póliza cubre el riesgo de muerte ocurrida dentro de ciento ochenta (180) días contados desde la fecha del accidente.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente y en forma previa se hubiere pagado alguna indemnización con cargo a otra cobertura contratada, la Compañía deducirá de la indemnización por muerte el importe total de lo ya pagado por el mismo accidente.

ARTÍCULO 4: COBERTURA POR INCAPACIDAD PERMANENTE DOS TERCIOS

En virtud de esta cobertura la Compañía pagará al Asegurado el monto especificado en las Condiciones Particulares, cuando resultare en estado de incapacidad permanente dos tercios (2/3) como consecuencia directa de lesiones producidas en un accidente.

La póliza cubre el riesgo de incapacidad permanente dos tercios (2/3) siempre que tales consecuencias se manifiesten dentro de ciento ochenta (180) días contados desde la fecha del accidente.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente dos tercios, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo del Asegurado, que deberá ser determinada por la Compañía conforme a las pruebas presentadas y exámenes requeridos.

Será obligación del Asegurado, proporcionar a la Compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la Compañía para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean y dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la incapacidad cubierta por la póliza. El costo de estos exámenes será de cargo de la Compañía.

La Compañía determinará en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días, contados desde la fecha en que conste la presentación de la última información requerida, si se ha producido la invalidez permanente dos tercios (2/3) de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso. La declaración de invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la Compañía un valor meramente informativo.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización, el contratante del seguro deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las demás coberturas de esta póliza. Si en definitiva procede el pago de la indemnización, la Compañía pagará el monto asegurado y devolverá las primas pagadas por esta cobertura desde el mes siguiente de la referida declaración de incapacidad, siempre que no existan cuotas atrasadas, en cuyo caso serán deducidas del total de primas a restituir.

Si el Asegurado resultare en estado de incapacidad permanente dos tercios (2/3) y en forma previa se hubiere pagado alguna indemnización con cargo a otra cobertura contratada, la Compañía deducirá de la indemnización el importe total de lo ya pagado por el mismo accidente.

ARTÍCULO 5: COBERTURA POR DESMEMBRAMIENTO

En virtud de esta cobertura la Compañía pagará al Asegurado el monto especificado en las Condiciones Particulares, cuando se produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican:

1. 100% en caso de pérdida total de la visión de ambos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;
2. 50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano, o de un pie, o por la sordera completa de ambos oídos, o por la pérdida del habla;
3. 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;
4. 35% por la pérdida total de la visión de un ojo;
5. 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;
6. 20% por la pérdida total del pulgar de una mano;
7. 15% por la sordera total completa de un oído;
8. 5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
9. 3% por la pérdida total de un dedo del pie.

La póliza cubre el riesgo de desmembramiento siempre que tales consecuencias se manifiesten dentro de ciento ochenta (180) días contados desde la fecha del accidente.

Se entenderá por Pérdida Total la eliminación definitiva de un miembro del organismo al cual pertenece. La Pérdida Funcional Total, es decir la ausencia definitiva, irreversible y total de la capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido, se considerará Pérdida Total para los efectos de esta póliza.

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

ARTÍCULO 6: COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura la Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el monto máximo señalado en las Condiciones Particulares, por los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios, razonables y acostumbrados, que sean consecuencia inmediata y directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza.

La póliza cubre los gastos médicos por accidente siempre que sean producto de atenciones prestadas o medicamentos adquiridos dentro de ciento ochenta (180) días contados desde la fecha del accidente.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado, de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados. En caso que el Asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada y/o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales, bastando que se presenten documentos comprobatorios de los beneficios percibidos y del real gasto incurrido por el Asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del Asegurado.

ARTÍCULO 7: COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura la Compañía pagará al Asegurado hospitalizado a causa de accidente, una indemnización diaria establecida en las Condiciones Particulares. Se pagará la indemnización diaria por hospitalización desde el término de un período de carencia de tres (3) días y hasta por el máximo de días señalados en las mismas Condiciones Particulares. El período de carencia se aplicará tantas veces el Asegurado se hospitalice durante la vigencia de la cobertura.

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

ARTÍCULO 8: CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

El Asegurado podrá estar cubierto por medio de esta póliza, siempre y cuando tenga entre dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años de edad actuarial al momento de contratarla. La edad tope de cobertura para el Asegurado será de sesenta y siete (67) años con trescientos sesenta y cuatro (364) días, pudiendo ampliarse en virtud de un pacto que conste en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 9: EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

No se efectuará el pago de las indemnizaciones establecidas en las coberturas que se indican en estas Condiciones Generales, cuando el fallecimiento, lesiones, incapacidad, desmembramiento, gastos médicos u hospitalización del Asegurado se produzcan a consecuencia de:

1. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del Estado.
2. Participación del Asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
3. Participación del Asegurado en acto terrorista. Para los efectos de la presente póliza, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
4. Participación del Asegurado en acto constitutivo de delito o en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
5. Participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desaffo o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
6. La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no haya sido declarado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia, tales como:
 - a) La manipulación de explosivos o sustancias químicas corrosivas.
 - b) La manipulación de sierras mecánicas, de vaivén, banda o circulares utilizadas en industrias o fábricas.
 - c) La manipulación de máquinas de soldar utilizadas en industrias o fábricas.
 - d) Trabajar en la carga o descarga de vehículos, buques o aviones.
7. Desempeñarse el Asegurado como deportista profesional o de alto rendimiento conforme a lo establecido en el artículo 8º de la Ley N° 19.712.
8. La práctica de cualquier deporte que constituya una agravación del riesgo en los términos consignados en el artículo 13 de estas Condiciones Generales, que no haya sido declarado previamente.
9. La práctica de motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero, y además el uso de motocicletas de turismo, motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características.
10. Participación del Asegurado en carreras, apuestas, competencias y desafíos.
11. 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.

12. Prestación de servicios en las Fuerzas Armadas, funciones policiales de cualquier tipo y/o para empresas de transporte de valores o guardias privados de seguridad.
13. Intoxicación, accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad, bajo la influencia de cualquier droga que produzca efectos desinhibidores, alucinógenos o somníferos o, cuando siendo sometido a un examen previsto por la ley o en las normas reglamentarias, arroje un resultado igual o superior a 0,8 gramos de alcohol por mil gramos de sangre al momento del accidente. Para estos efectos, se establece que la cantidad de alcohol en la sangre en una persona desciende 0.11 gramos por mil cada hora, o en la fracción que corresponda a los minutos efectivamente transcurridos, si el lapso es inferior a una hora.
14. Ataque epiléptico o apopléjico.
15. Estados de demencia, deficiencia mental o perturbaciones del conocimiento.
16. Suicidio o intento del mismo, automutilación o lesiones autoinferidas o causadas por terceros con su consentimiento, cualquiera sean sus circunstancias.
17. Sismos.
18. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

ARTÍCULO 10: EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS

La presente póliza no otorga cobertura al reembolso de gastos médicos que provengan o se originen por:

1. Lesión causada por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
2. Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.
3. La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del Asegurado.
4. La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
5. Gastos por acompañantes, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
6. Los traslados por vía aérea del Asegurado o aquellos por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.

ARTÍCULO 11: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La Compañía cubrirá los accidentes que afecten al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes excluidos en el artículo anterior cuando estos hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar y aceptados por la Compañía mediante el pago de la extra-prima respectiva, dejándose constancia de ello en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 12: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO:

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 y apreciar la extensión del riesgo;

2. Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo riesgo;
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 lo agraven sustancialmente;
6. Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible, la ocurrencia de cualquier hecho que constituya un siniestro; y
7. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el Contratante del seguro y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado, o por el Beneficiario en su caso.

ARTÍCULO 13: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.

La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el Asegurado, o el Contratante en su caso, a solicitud de la Compañía, y en base a la información que ha entregado la Compañía al Asegurado, o al Contratante en su caso, respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todo lo cual forma parte integrante del contrato.

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el Contratante informe al tenor de lo que solicite el Asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar y apreciar la extensión del riesgo.

ARTÍCULO 14: 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 15: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA.

La prima deberá ser pagada en la forma y época pactadas 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, y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de la terminación y los gastos de formalización del contrato. Si el vencimiento del plazo de quince días recién señalado, recayere en día sábado, domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

Dicha terminación no aplicará en caso que se pague la prima antes del plazo señalado previamente. La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, y de sus reajustes o intereses, no significará que el Asegurador renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la terminación anticipada, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

ARTÍCULO 16: DENUNCIA DE SINIESTRO.

Tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, el Asegurado, o el Beneficiario según sea el caso, deberá comunicarlo al Asegurador por cualquier forma establecida en el artículo 19.

ARTÍCULO 17: TERMINACIÓN

La época en que principie y concluye el riesgo para el Asegurador será fijada en las Condiciones Particulares. La cobertura de esta póliza terminará por expiración del plazo de vigencia del contrato, por falta de pago de prima conforme a lo dispuesto en el artículo 15 y por las demás causales permitidas por la ley.

ARTÍCULO 18: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y el Asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En las disputas entre el Asegurado y el Asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el Asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria. Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del Beneficiario.

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

ARTÍCULO 19: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar el Asegurador al Contratante o al Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares o en la denuncia del siniestro, según sea el caso, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido correctamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las Condiciones Particulares o en la denuncia de siniestro.

De la misma forma que se realicen las comunicaciones o notificaciones al Asegurado podrán efectuarse aquellas dirigidas al Asegurador.

El Asegurador deberá facilitar mecanismos para que se le realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo otorgar al Asegurado o su representante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su individualización mediante códigos de verificación, u otros.

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 20: DOMICILIO

Se fija como domicilio especial para el cumplimiento de todas las obligaciones de esta póliza, el indicado en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 21: DEFINICIONES

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

- a) **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole la muerte o provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y la asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.
- b) **Hospital o clínica:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo o lugares usados para la internación o tratamiento de enfermedades psiquiátricas o adicciones.
- c) **Hospitalización:** Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.
- d) **Período de carencia para hospitalización:** Número de días para cada hospitalización durante los cuales el Asegurado no posee derecho a percibir los beneficios de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de Accidente.
- e) **Edad Actuarial:** la correspondiente al cumpleaños más próximo del asegurado, ya sea pasado o futuro.