

REF.: POLIZA ADICIONAL DE ACCIDENTES
PERSONALES. AL SEGURO DE VIDA
TEMPORAL, REAJUSTABLE, RENOVABLE
Y CONVERTIBLE.

C I R C U L A R N° 132

Para todas las entidades Aseguradoras del Segundo
Grupo.

SANTIAGO, 19 de Febrero de 1982.

De acuerdo a lo señalado en la le
tra e) del artículo 3° del D.F.L. N° 251, de 1931
y lo solicitado por una entidad del Mercado Asegu
rador, el suscrito aprueba el modelo de póliza de
Seguro de Accidentes personales, Adicional a la pó
liza de Seguro de Vida Temporal, reajutable, reno
vable y convertible que se adjunta.

Saluda atentamente a Ud.


SUPERINTENDENTE

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA 1 .- TOTALIDAD DEL CONTRATO

Este contrato Suplementario, junto con su solicitud, copia de la cual se encuentra incluida - formando parte del Contrato anexado a la Póliza de Vida temporal, Reajutable, Renovable y Convertible constituye la totalidad del contrato de seguro.

CLAUSULA 2 .- CAMBIO DE LA POLIZA

Ninguna declaración hecha por el proponente de un seguro, no incluida bajo esta póliza, anulará ésta o será utilizada en cualquier acción legal bajo la misma. Ningún agente tiene autorización para modificar esta póliza o renunciar a cualquiera de sus estipulaciones. Toda modificación a las condiciones impresas en esta póliza, debe ser aprobada previamente por la Superintendencia de Valores y Seguros y anexada a la presente.

CLAUSULA 3 .- CONSIDERACION

Esta póliza es emitida en considera - ción al pago por adelantado de la prima especificada en Cuadro de Coberturas, Capital Asegurado y Primas de la Póliza, y entra en vigor en la fecha de declarada en el Cuadro de Condiciones y Características. Después de haber entrado en vigor, esta póliza continúa rá su efectividad hasta la fecha en que el período inicial expire. Todos los períodos de cobertura comen-

zarán y terminarán a las 24:01 horas de la localidad donde se emite la presente póliza

CLAUSULA 4 .- CONDICIONES DE RENOVACION

Esta póliza puede ser renovada con el consentimiento de la compañía, de término en término, mediante el pago por adelantado de la prima especificada por la compañía, siendo dicha prima, la tasa que la compañía tuviere en vigencia al momento de la renovación.

CLAUSULA 5 .- PERIODO DE GRACIA

Un período de treinta y un (31) días de gracia, será concedido para efectuar el pago de cada prima que se venza después de la primera, período de gracia durante el cual la póliza continuará en vigor. No obstante, si ocurriere alguna pérdida dentro del período de gracia, cualquier prima que se encuentre vencida será deducida a la indemnización correspondiente.

CLAUSULA 6 .- REHABILITACION DE LA POLIZA

En caso de falta de pago de la prima convenida para esta póliza, la aceptación posterior de una prima por la compañía, o por cualquiera de sus agentes debidamente autorizados, rehabilitará la póliza únicamente para amparar la pérdida resultante de lesiones por accidentes sufridos después de la rehabilitación.

CLÁUSULA 7 .- NOTIFICACION DE RECLAMACION

La notificación por escrito de una lesión por la cual se pueda formular reclamación , debe darse a la compañía, dentro de los treinta días siguientes a la fecha del accidente causante de tal lesión. En caso de muerte, debida a accidente , debe notificarse a la compañía inmediatamente..

CLAUSULA 8 .- SUFICIENCIA DEL AVISO

El aviso a la compañía a nombre del asegurado o del beneficiario, según el caso, o a cualquier agente autorizado de la compañía, con datos suficientes para identificar al asegurado, será considerado como aviso dado a la compañía. La omisión del aviso dentro del plazo señalado en esta póliza, no invalidará cualquier reclamación si se demuestra que no fué razonablemente posible dar dicho aviso y que éste se dió tan pronto como fue razonablemente posible.

CLAUSULA 9 .- FORMULARIOS DE RECLAMACION

La compañía, al recibir dicho aviso , suministrará al reclamante los formularios que acostumbra utilizar para la presentación de la prueba de pérdida. Si dichos formularios no fueran suministrados dentro de los (15) quince días siguientes al recibo de dicho aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido todos los requisitos de esta póliza respecto a la prueba de pérdida al presentar , dentro del término estipulado en la póliza para la presentación de la prueba de pérdida, prueba escrita de la ocurrencia , índole y alcance de la pérdida por la cual se formula la reclamación.

CLAUSULA 10 .- PLAZO PARA LA PRESENTACION DE LA PRUEBA DE PERDIDA.

En caso de una reclamación por pérdida, debida a incapacidad debe presentarse prueba fehaciente de la pérdida a la compañía, dentro de los noventa días siguientes a la terminación del período por el cual la compañía es responsable y en caso de reclamación por alguna otra pérdida, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de dicha pérdida.

CLAUSULA 11 .- EXAMEN MEDICO

La compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a la persona del asegurado, cuando lo crea necesario y tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente una reclamación bajo esta póliza, y también 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 retardare en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.

CLAUSULA 12 .- FECHA DE PAGO DE LA RECLAMACION

Los beneficios pagaderos bajo esta póliza por concepto de cualquier pérdida que no sea la pérdida para la cual esta póliza ofrece cualquier pago periódico, serán pagaderos inmediatamente al recibo de prueba fehaciente de dicha pérdida. Sujetos a la debida prueba fehaciente, todos los beneficios acumulados de la pérdida para la cual esta póliza ofrece pagos periódicos, serán efectuados semanalmente y cual

quier saldo restante por pagar al término de la responsabilidad, serán pagados inmediatamente por la compañía al recibo de dicha constancia por escrito.

CLAUSULA 13 .- A QUIENES SON PAGADERAS LAS INDEMNIZACIONES.

La indemnización por pérdida de la vida del asegurado, es pagadera al beneficiario designado si sobrevive al asegurado, de lo contrario, a los herederos del asegurado. Todas las demás indemnizaciones de esta póliza son pagaderas al asegurado.

CLAUSULA 14 .- DERECHOS DEL BENEFICIARIO

No será necesario el consentimiento del beneficiario para hacer entrega o cesión de esta póliza o para cambiar al beneficiario o para cualesquiera otras modificaciones a la póliza. Pero el asegurado no podrá revocar la designación del beneficiario hecho a título oneroso ni desmejorar su condición mientras subsista el interés que los legitima.

CLAUSULA 15 .- CESION

Ninguna cesión del interés bajo esta póliza obligará a la compañía, a menos que el original o un duplicado de la misma, se presente a un representante autorizado de la compañía, pero la compañía no asume la responsabilidad alguna por la validez legal de la cesión .

Ningún cambio de beneficiario bajo esta póliza obligará a la compañía, a no ser que el consentimiento al mismo, quede anexado en la póliza por un representante autorizado de la compañía. Ninguna estipu

lación de la escritura de constitución o estatutos de esta compañía, será utilizado en defensa de cualquier reclamación que surja bajo esta póliza, excepto cuando dicha estipulación esté incorporada en su totalidad en esta póliza.

CLAUSULA 16.- REVOCACION DEL CONTRATO

El presente contrato podrá ser revocado unilateralmente por la compañía mediante noticia escrita enviada al asegurado a su última dirección conocida, dentro del término legal de diez (10) días contados a partir de la fecha de envío, y por el asegurado, en cualquier momento mediante aviso escrito dado a la compañía.

En caso de revocación por parte de la compañía, ésta devolverá al asegurado la parte de la prima devengada, o sea la que corresponda al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro. En caso de que sea revocado por el asegurado, la devolución de prima se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

CLAUSULA 17.- CAMBIO DE OCUPACION

Si el asegurado sufre lesiones después de haber cambiado de una ocupación a otra, clasificada por la compañía como más azarosa que la mencionada en esta póliza, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, la compañía pagará únicamente, las partes de las indemnizaciones previstas en esta póliza que la prima pagada hubiere comprado a las tasas y dentro de

los límites fijados por la compañía para dicha ocupación más azarosa.

Si el asegurado cambiase su ocupación por otra menos azarosa que la señalada en esta póliza, la compañía al recibo de la prueba del cambio de ocupación, reducirá la tasa de la prima de acuerdo con aquella y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada desde la fecha del cambio - de ocupación o desde la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente al recibo de dicha prueba, la que fuere más reciente.

En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima, serán las mismas que estuvieron vigentes con anterioridad a la ocurrencia de la pérdida por la cual es responsable la compañía, o antes de la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

CLAUSULA 18 : EL PAGO DE LA PRIMA

La prima debe ser pagada a más tardar, dentro del término legal de treinta y un (31) días contados a partir de la fecha de vigencia de la póliza, certificado o anexo emitido.

La mora en el pago de la prima producirá la terminación del contrato a partir de la fecha de envío de la respectiva comunicación por parte de la compañía a la última dirección conocida del contratante.

CLAUSULA 19.- DECLARACION INEXACTA O RETICENTE

Toda declaración inexacta o reticente de hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la propuesta del seguro suscrita por el contratante, producen la nulidad del presente contrato.

No obstante, si la inexactitud o reticencia provienen de error eximible del contratante, el presente contrato conservará su validez, pero la compañía sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el presente contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

CLAUSULA 20.- DEFINICIONES

Dondequiera que la palabra "compañía" sea utilizada en esta póliza, se entenderá por la compañía que expide, y dondequiera que la palabra "asegurado" sea utilizada, se entenderá por el solicitante nombrado en la copia de la propuesta. Dondequiera que se utilice la palabra "beneficiario" se entenderá por la persona nombrada como beneficiario en el Cuadro de Condiciones y Características de esta póliza o a la persona sustituida por aquella.

CLAUSULA 21.- TERMINO DE SEGURO INDIVIDUAL EN POLIZAS COLECTIVAS.

El seguro de cualquier persona asegurada terminará inmediatamente en las fechas siguientes aquella que sea anterior:

- a) En la fecha de expiración de esta póliza.

- b) En la fecha en que debe pagarse la prima, si la entidad asegurada deja de pagar la prima correspondiente por la persona asegurada, excepto cuando sea el resultado de un error inadvertido.
- c) Cuando la persona asegurada deje de pertenecer a la entidad asegurada.

CLAUSULA 22.- UNIDAD MONETARIA

Este endoso podrá ser emitido en cualquier forma de seguro reajutable o moneda extranjera autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros. El valor de la unidad reajutable o moneda extranjera, se considerará para el pago de las primas y de las indemnizaciones.

CLAUSULA 23.- FIRMAS AUTORIZADAS

Solamente un representante autorizado, podrá firmar el presente contrato, o cualquier cláusula o modificación que se le introduzca.

CLAUSULA 24.- NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que deban hacer se las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancias del envío escrito por correo certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CLAUSULA 25.- DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes, la ciudad de Santiago de Chile.

CONTRATO SUPLEMENTARIO DE ACCIDENTES PERSONALES

Este contrato suplementario forma parte de la póliza a la cual se anexa, debiendo figurar el número del formulario en el Cuadro de Condiciones y Características de dicho contrato.

COBERTURAS .

La compañía otorga cobertura al asegurado, pagándole a él o a sus beneficiarios por lesiones que directa e independientemente de todas otras causas resultaren en la Muerte, Desmembramiento, Incapacidad Total y Permanente, Gastos Médicos, Indemnización Semanal por Accidente e Indemnización Diaria por Hospitalización en la forma y condiciones que más adelante se estipulan, siempre y cuando dichas coberturas estén específicamente consignadas en el Cuadro de Condiciones y Características mediante el cargo de la prima que corresponda.

1.- MUERTE ACCIDENTAL.-

Cuando la muerte del asegurado se produzca como consecuencia directa e inmediata de una o más lesiones corporales causadas por medios externos, de un modo violento y accidental y siempre - que dichas lesiones se manifiesten por contusiones o heridas visibles (salvo en los casos de ahogamiento o lesión interna revelada por la autopsia) y que el fallecimiento no haya reconocido otras cualesquiera causas ~~no~~ debidas al accidente, la compañía pagará a -

los beneficiarios inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas correspondientes, el monto a asegurado y especificado en el Cuadro de Condiciones y Características.

Para los efectos de este contrato, se tendrá como fallecimiento inmediato, el que ocurra a más tardar, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días subsiguientes al accidente.

2. DESMEMBRAMIENTO

Cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado sino que produzca cualquiera de las siguientes pérdidas, siempre que las consecuencias de las lesiones, se manifiesten antes de los (90) días contados desde su ocurrencia, la compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en 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 pies, o de un miembro (pierna) y de una mano o brazo.

50% por la pérdida de uno de los miembros superiores (brazo) o de uno de los miembros inferiores (piernas), o de una mano.

40% por la pérdida de un pie.

13% por la sordera completa de un oído.

- 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.
- 35% por la ceguera total de un ojo.
- 50% 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.
- 20% por la pérdida 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 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 y/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 en el año-cobertura, 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 la vigencia de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado.

3.- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

4.-

Cuando como resultado de lesiones y, comenzando dentro de los noventa (90) días después de la fecha del accidente, el asegurado se encontrará total y permanentemente incapacitado e impedido de desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia, la compañía indemnizará, previa determinación que dicha incapacidad sea total, continua y permanente, por la cantidad total del seguro menos cualquier otra suma pagada o pagadera bajo los términos de esta póliza como resultado del mismo accidente, a razón del uno por ciento por mes durante un período máximo de cien (100) meses pero solamente durante la vida del asegurado o hasta la cesación de su incapacidad.

La ocurrencia de cualquier pérdida específica por la cual la indemnización es pagadera bajo esta parte, terminará de inmediato todos los seguros bajo este contrato Suplementario, pero dicha terminación será sin perjuicio de cualquier reclamación que se origine del accidente causante de dicha pérdida.

No se pagará ninguna indemnización bajo ninguna circunstancia por más de una de las pérdidas; se pagará solamente por la mayor de ellas.

4.- REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS.-

Cuando a consecuencia de lesiones corporales causadas por accidente, el asegurado hubiese requerido tratamiento médico o quirúrgico incluyendo enfermeras graduadas, hospitalizaciones y gastos farmacéuticos, la compañía reembolsará, hasta el monto asegurado para esta cobertura y expresado en el Cuadro de Condicioo

000490

ciones y Características, el costo de dicho tratamiento siempre que tales gastos sean incurridos dentro de las 52 semanas siguientes a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas.

5 INDEMNIZACION SEMANAL POR ACCIDENTE .

La compañía pagará al asegurado la indemnización Semanal expresada en el Cuadro de Condiciones y Características y hasta por un máximo de 52 semanas cuando, a consecuencia de las lesiones corporales causadas por accidentes y dentro de los 90 días siguientes a éste, el asegurado quede total y continuamente incapacitado e impedido para desempeñar todas y cada una de las actividades diarias de su ocupación o trabajo habitual.-

6 INDEMNIZACION DIARIA POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE ACCIDENTE Y/ O ENFERMEDAD.

La compañía pagará al asegurado la Indemnización Diaria expresada en el Cuadro de Condiciones y Características y hasta por un máximo de 30 días cuando a consecuencia de accidente o enfermedad, el asegurado tenga que ser internado necesariamente en un hospital. La indemnización comenzará a partir del cuarto (4º) día de hospitalización.

Se excluye de este beneficio, hospitalización a consecuencia de embarazo, y/o maternidad, exámenes médicos de rutina, cirugía plástica o cosmética, - cualquier tipo de enfermedad mental.

7 INDEMNIZACION SEMANAL POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE CANCER Y OTRAS ENFERMEDADES TEMIBLES.

Si como resultado de una cualquiera de las enfermedades definidas más adelante, el asegurado deba ser necesariamente recluso en un hospital como paciente interno, bajo el cuidado profesional de un médico, la compañía pagará el Beneficio Semanal de Hospitalización expresado en el Cuadro de Condiciones y Características, comenzando a partir del cuarto día de hospitalización y hasta por un máximo de 52 semanas. Una séptima parte del Beneficio Semanal de Hospitalización, será pagadera por cada día de reclusión en el hospital de un período de menos de una semana de duración.

Sucesivos períodos de reclusión en un hospital, debido a la misma causa o a causas relacionadas, serán consideradas como una sola enfermedad a menos que estos períodos estén separados por un intervalo de a lo menos doce meses consecutivos, durante los cuales la persona cubierta no esté reclusa en un hospital como resultado de dicha enfermedad.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por "Enfermedad" sólo el cáncer o cualquiera de estas otras enfermedades temibles: Poliomiellitis, Eftisemia, Distrofia Muscular, Esclerosis Múltiple y Cirrosis del Hígado por la cual una persona cubierta recibe tratamiento médico por primera vez después de los primeros 89 días de vigencia de su seguro.

"Cáncer" se define como una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado y la propagación de células malignas, la invasión de tejido o leucemia. Dicho cáncer, deberá ser positivamente diagnosticado por un médico legalmente autorizado para

practicar la anatomía patológica, o por un médico patólogo osteopático, a base de un examen microscópico de los tejidos fijos, o preparaciones del sistema hístico (sea - durante la vida, o después de la muerte) de la persona asegurada. El médico patólogo que determina el diagnóstico, basará su juicio solamente en el criterio aceptado de malignidad del tumor, luego de un estudio de la arquitectura histocitológica o patrón de un supuesto tumor, tejido o muestra. Los diagnósticos clínicos no llenan los requisitos para esta norma

EXCLUSIONES .-

No se efectuará el pago de la indemnización establecida en las coberturas antes mencionadas, cuando el fallecimiento o lesiones del asegurado se produzca directa o indirectamente, total o parcialmente a consecuencia de :

- a) Infecciones bacterianas
- b) Cualquier otra clase de enfermedad (excepto las cubiertas por esta póliza).
- c) Tratamiento médico o quirúrgico (excepto el necesario a consecuencia de lesiones cubiertas por esta póliza y prestado dentro del límite de tiempo previsto en la misma).
- d) Cualquier lesión corporal que resultare en hernia.
- e) Lesión intencionalmente inflingida en sí mismo, suicidio o cualquier intento de suicidio.
- f) Efectos de guerra, declarada o no declarada.
- g) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas.
- h) La comisión de actos calificados como delito.
- i) La participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.

- j) La actividad del asegurado como piloto civil o comercial.
- k) Movimientos sísmicos desde el grado 8°inclusive, de la escala internacional, determinada por el Instituto Sismológico de Chile.
- l) Peleas o riñas, salvo en los casos en que se trate de legítima defensa.

Este seguro protege al asegurado en sus viajes terrestres, marítimos y aéreos, dentro o fuera de la República de Chile.

La Circular Nº 131 fué enviada a todas las entidades de segu-ros del 1er grupo y liquidadores.