

POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL220130586

ARTÍCULO N°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 N° 2: COBERTURA Y MATERIA SEGURADA

La compañía pagará al asegurado o a sus beneficiarios, a consecuencia de muerte o lesiones producidas por accidente, las indemnizaciones señaladas en las condiciones particulares, de acuerdo a lo indicado en la descripción de las coberturas que a continuación se mencionan:

a. Muerte Accidental. b. Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de Accidente. c. Fracturas y Quemaduras por Accidente

Se podrá contratar una o más de las coberturas indicadas precedentemente, lo que deberá quedar claramente especificado en las condiciones particulares de la póliza.

La definición de cada una de las coberturas que incluye la presente póliza, son las siguientes:

A. MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura la compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta póliza, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato a consecuencia de accidente aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere abonado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura C de Fracturas y Quemaduras por Accidente, en caso que haya contratado ambas coberturas. Sólo en caso que el asegurado falleciera a consecuencia de un accidente posterior, distinto y no relacionado con algún accidente que haya generado pagos por concepto de la cobertura C, la compañía pagará el total del capital asegurado sin descontar dichas sumas.

B. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora 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 del período de carencia señalado en las Condiciones Particulares y hasta por el máximo de días señalados en las mismas Condiciones Particulares, siempre y cuando no se hayan excedido los topes máximos anuales y globales de la cobertura, también señalados en las Condiciones Particulares. El período de carencia se aplicará tantas veces el asegurado se hospitalice durante la vigencia de la cobertura.

El sólo hecho que la suma de indemnizaciones diarias pagadas por la compañía al asegurado durante cualquier año de vigencia de la póliza, en su conjunto alcancen un monto igual al tope máximo anual establecido en las Condiciones Particulares, significará el término inmediato de esta cobertura para ese año. Adicionalmente, si la suma total de los montos pagados por la compañía al asegurado por concepto de indemnizaciones diarias, durante uno o más períodos de renovación en su conjunto alcance un monto igual al tope máximo global establecido en las Condiciones Particulares, la compañía aseguradora se reserva el derecho de no renovar la póliza.

Será condición necesaria para proceder al pago de la indemnización diaria, la presentación por parte del asegurado, además de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados o de sus correspondientes fotocopias, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Hospital o Clínica.

C. FRACTURAS Y QUEMADURAS POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado inmediato y directo de un accidente, al asegurado se le diagnosticare la fractura de uno o más de los huesos o la quemadura en segundo (2º) o tercer (3er) grado de la superficie de su cuerpo dentro de los treinta (30) días siguientes a ocurrido el accidente, la compañía aseguradora pagará el porcentaje del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares para cada una de ellas.

Si durante la vigencia de esta cobertura el asegurado sufriera más de un accidente que le ocasione fracturas y/o quemaduras y por las que la compañía pague una indemnización por concepto de esta cobertura, los porcentajes a indemnizar en cada caso se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste después de haber efectuado otros pagos.

El sólo hecho que la suma de indemnizaciones diarias pagadas por la compañía al asegurado durante cualquier año de vigencia de la póliza, en su conjunto alcancen un monto igual al tope máximo anual establecido en las Condiciones Particulares, significará el término inmediato de esta cobertura para ese año. Adicionalmente, si la suma total de indemnizaciones pagadas por la compañía al asegurado durante uno o más períodos de renovación, en su conjunto, alcance un monto igual al tope máximo global establecido en las Condiciones Particulares, significará la no renovación la póliza por parte de la compañía aseguradora.

ARTÍCULO N°3: 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 enfermera 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 un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

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 tiene derecho a percibir los beneficios de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de Accidente.

ARTICULO N° 4: EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las indemnizaciones establecidas en las coberturas antes mencionadas, cuando el fallecimiento, las fracturas, quemaduras u hospitalización del asegurado se produzcan a consecuencia de:

- a. Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido o no declarada, invasión, operaciones bélicas y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
- b. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
- c. Participación activa del asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda 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.
- d. Suicidio o intento del mismo, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- e. La participación en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- f. La participación del asegurado en acto constitutivo de delito.
- g. La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- h. La práctica o el desempeño de los siguientes deportes riesgosos: Carreras de automóviles, caballos, motociclismo o lanchas a motor; parapente, paracaidismo, alas delta, salto bungee, boxeo, rodeo chileno y buceo.

i. La practica o desempeño de las siguientes actividades: manejo de explosivos o sustancias químicas corrosivas, minería subterránea, trabajos en altura o en líneas de alta tensión, inmersión submarina y piloto civil.

j. Prestación de servicios del asegurado en las fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados.

k. Intoxicación o encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico, estupefaciente, droga o alucinógeno, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

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

m. 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.

n. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

o. Cirugía plástica o cosmética.

p. Ataque epiléptico o apoplético.

q. Estados de demencia, deficiencia mental o perturbaciones del conocimiento.

ARTÍCULO N°5: INDISPUTABILIDAD

De conformidad a lo establecido en el artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, su rehabilitación o último aumento de capital asegurado, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTICULO N°6: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

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

En especial, el asegurado estará obligado a:

1º Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;

2º Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;

3º Pagar la prima en la forma y época pactadas;

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.

ARTÍCULO N°7: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

De conformidad a lo establecido en los arts. 525 y 539 del Código de Comercio, 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 el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos, el asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no revisten alguna de dichas características, el asegurador 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 del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días contado desde la fecha de envío de la misma, este último 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, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al inciso anterior 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.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

El contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador información sustancialmente falsa al prestar la declaración para que la Compañía pueda apreciar la extensión de los riesgos, y se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro.

En dichos casos, pronunciada la nulidad o la resolución del seguro, el asegurador podrá retener la prima o demandar su pago y cobrar los gastos que le haya demandado acreditarlo, aunque no haya corrido riesgo alguno, sin perjuicio de la acción criminal.

ARTICULO Nº 8: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

Para las coberturas indicadas en las letras B) y C) del artículo N°2 se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio asegurado.

Para la cobertura de muerte accidental, el contratante podrá instituir para cobrar el importe de este seguro, a una o más personas, individualizándolas en la póliza, en la solicitud de incorporación, en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en testamento. En este último caso se requiere que la designación de beneficiarios realizada por testamento sea debidamente informada por escrito a la Compañía Aseguradora.

A falta de esta comunicación se tendrán por beneficiarios del seguro a quienes figuren como tales en la póliza a la fecha del siniestro, siendo válido el pago realizado por la Compañía.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo mención en contrario.

Si al momento de la muerte real o presunta del asegurado no hubiere beneficiarios designados, ni reglas para su determinación, se tendrá por tales a sus herederos legales.

ARTICULO Nº 9: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima deberá ser pagada en la fecha y forma que ambas partes acuerden, cuya modalidad se encuentra especificada en las Condiciones Particulares.

La compañía aseguradora 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.

Para el pago de la prima se podrá considerar un período de gracia, el que será indicado en las Condiciones Particulares.

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 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.

En ningún caso el pago de la prima después de haber terminado la cobertura individual correspondiente a esta póliza o a cualquiera de sus cláusulas adicionales que se hubieren contratado dará derecho al pago del capital asegurado para la cobertura principal o las cláusulas adicionales. En tal caso la prima será devuelta al Contratante en moneda corriente y sin intereses, al valor que tenga la moneda de esta póliza al día de pago efectivo.

ARTICULO Nº 10: DENUNCIA DE SINIESTROS

Producido el fallecimiento cubierto por esta póliza, deberá informarse dicha circunstancia a la Compañía Aseguradora dentro del plazo establecido para estos efectos en las Condiciones Particulares contado desde la ocurrencia del siniestro, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar las pruebas que la compañía aseguradora estime necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que el siniestro, tuvo su origen a consecuencia de un accidente sujeto a indemnización en los términos señalados en el artículo N°2 de esta póliza, entre ellos y siempre que corresponda:

a) Certificado de Defunción del Asegurado;

b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado;

c) Copia del parte policial;

d) Otros antecedentes tales como, informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora.

En caso de reembolso de indemnización diaria por hospitalización, fracturas y quemaduras todos por accidente, se deberá poner en conocimiento del asegurador por escrito dentro del plazo de treinta (30) días o en el plazo establecido en las Condiciones Particulares, contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, salvo caso fortuito o fuerza mayor. Para estos efectos, se deberá presentar además las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados, como asimismo, el programa médico en el que se prescriban las prestaciones, exámenes o insumos que originan dichos gastos, debiendo completarse el formulario proporcionado por el asegurador.

Tratándose de la cobertura de Monto Diario por Hospitalización por Accidente, será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario.

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.

ARTÍCULO N°11: VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Esta póliza tendrá una duración de un año contado desde la fecha de vigencia señalada en las Condiciones Particulares y se renovará automáticamente por períodos iguales por el sólo hecho de continuar pagándose la prima especificada en las Condiciones Particulares y hasta una edad máxima del asegurado indicada en las Condiciones Particulares. Sin perjuicio de lo anterior, cualquiera de las partes podrá poner término al presente contrato mediante aviso enviado por carta certificada con a lo menos 30 días de anticipación a la fecha de término original de la póliza o de cualquiera de sus renovaciones.

ARTICULO N° 12: TERMINACIÓN

El seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares, cumplimiento de la edad máxima de permanencia indicada en la póliza o por fallecimiento del asegurado.

ARTICULO N° 13: TERMINACIÓN ANTICIPADA

El seguro terminará en forma anticipada en los siguientes casos:

1.- Por falta de pago de la prima en el plazo estipulado en las Condiciones Particulares, de conformidad al procedimiento establecido en el artículo 9 de estas Condiciones Generales.

2.- Cuando el asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos, de conformidad a lo establecido en el artículo 7 de estas Condiciones Generales.

ARTICULO Nº 14: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

De conformidad a lo establecido en el art. 543 del Código de Comercio, 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 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 beneficiario.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, 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 Nº 251, de 1931.

ARTICULO Nº 15: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía y el contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, incluido el envío de la misma, sus endosos, copias o cualquier documento relacionado, deberá efectuarse por escrito mediante carta certificada, correo electrónico debidamente autorizado u otro medio fehaciente. En caso de carta certificada, esta debe ser dirigida al domicilio de la compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. En caso de correo electrónico, éste deberá ser enviado a aquel que haya indicado el asegurado en la propuesta u otro documento integrante del contrato o en documento posterior que reemplace dicha información.

ARTICULO Nº 16: DOMICILIO

Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro, salvo el caso contemplado en el artículo 14 de la presente póliza, las partes fijan como domicilio especial el indicado en las Condiciones Particulares.