

## **SEGURO COLECTIVO PARA ENFERMEDADES GRAVES**

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130591

### **ARTICULO 1º 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 2º: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA**

La Compañía Aseguradora pagará el monto asegurado en la forma estipulada en las Condiciones Particulares de la presente póliza, si al Asegurado le es diagnosticada por primera vez una enfermedad grave de las descritas en la presente póliza, siempre que se encuentre expresamente cubierta por la Compañía, de conformidad a lo indicado en las Condiciones Particulares. Por consiguiente, se podrá cubrir una o más de las enfermedades indicadas en la presente póliza, las que se deben indicar expresamente en las Condiciones Particulares

Para que opere esta cobertura es imprescindible que haya transcurrido el período de carencia establecido en las Condiciones Particulares y que la cobertura individual se encuentre vigente.

## Definiciones de la Cobertura:

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

1.- Cáncer: Se entiende por Cáncer la enfermedad que se manifiesta por la presencia de uno o más tumores malignos, caracterizados por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfática crónica), los linfomas y la enfermedad de Hodgkin.

Los siguientes cánceres no están cubiertos por la póliza:

- a) Los cánceres no invasores in-situ.
- b) Los tumores en presencia de un virus de inmunodeficiencia adquirida, SIDA.
- c) Los cánceres a la piel, con excepción del melanoma maligno.
- d) Cáncer del cuello del útero

El diagnóstico del cáncer deberá ser realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del

paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito.

Para los efectos de la cobertura se entenderá que el cáncer ha sido diagnosticado por primera vez cuando no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza.

2.- Infarto del Miocardio: La muerte de una porción del músculo cardíaco, causada por irrigación inadecuada de la parte afectada y puesta de manifiesto por el típico dolor del pecho, la aparición de modificaciones electrocardiográficas que no existían (nuevas) y elevación de las enzimas cardíacas.

Para los efectos de la cobertura se entenderá que el infarto del miocardio ha sido diagnosticado por primera vez cuando no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza.

3.- Accidente Vascular Encefálico o Cerebral: Cualquier incidente cerebrovascular que dé lugar a secuelas que duren más de veinticuatro (24) horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo, todos de una fuente extra craneana. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo doce (12) semanas después del suceso. No se aceptarán reclamaciones antes de transcurrido ese tiempo.

No se considerarán dentro de la cobertura los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

Para los efectos de la cobertura se entenderá que el accidente vascular encefálico o cerebral ha sido diagnosticado por primera vez cuando no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza.

4.- Insuficiencia Renal Crónica: La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal.

Para los efectos de la cobertura se entenderá que la insuficiencia renal crónica ha sido diagnosticada por primera vez cuando no ha sido diagnosticada ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza.

5.- Enfermedad de las Coronarias que requiere Cirugía: Es la que, por consejo de un médico especialista, requiere la cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo, el tratamiento por láser y otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.

Para los efectos de la cobertura, se entenderá que la enfermedad de las coronarias que requiere cirugía ha sido diagnosticada por primera vez, cuando no ha sido diagnosticada ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza.

La Compañía Aseguradora solamente indemnizará una enfermedad conforme a las definiciones arriba indicadas. Por consiguiente, una vez ocurrido alguno de los riesgos cubiertos por esta póliza e indicados en las Condiciones Particulares, la Compañía Aseguradora pagará la totalidad del monto asegurado, con lo cual terminará la cobertura contratada bajo la presente póliza.

### ARTICULO 3º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entenderá por:

**Asegurado:** aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Para efectos de esta póliza será asegurado, la persona natural indicada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza. Se consideran asegurados para efectos de este seguro las personas que conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o tengan un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad Contratante, y se encuentren señalados o definidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Podrán también ser asegurados de esta póliza, el grupo familiar del asegurado principal, siempre que se señale expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza y de acuerdo a la definición de grupo familiar que en ella se entregue.

**Contratante:**

El que celebra el seguro con el asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Para efectos de esta póliza, será la persona jurídica que suscribe este contrato con la Compañía Aseguradora y figura como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

**Enfermedad:** El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

**Médico:** Persona habilitada y legalmente autorizada para ejercer la medicina humana según el Artículo 112

del Código Sanitario.

**Médico especialista:** Médico que posee estudios profundizados, experiencia o práctica profesional en una o más ramas de la medicina y, que se encuentra adscrito a un capítulo o sociedad médica de esa especialidad, que permite ser reconocido como tal por sus pares.

**Anomalías congénitas:** Alteración del estado de salud fisiológico o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen en el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

**Carencia:** Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza. Se extiende desde la incorporación del asegurado a la póliza, hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares. Las enfermedades diagnosticadas durante este período no estarán cubiertas por esta póliza.

**Situación o enfermedad preexistente:** Enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.

#### ARTÍCULO 4º: VIGENCIA DE LA POLIZA

El plazo de duración de ésta póliza colectiva es de un (1) año, contado desde la fecha inicial de vigencia, salvo que las Condiciones Particulares de la póliza señalen un período diferente. Sin embargo, si alguna de las partes no manifestare su decisión en contrario antes de sesenta (60) días de la fecha de vencimiento, la póliza se renovará automáticamente por igual período y la Compañía Aseguradora establecerá las primas de acuerdo con los capitales asegurados señalados en las Condiciones Particulares de la póliza y las edades alcanzadas por cada uno de los Asegurados, conforme a las tarifas vigentes a la fecha de renovación, las que regirán hasta el vencimiento del nuevo período de vigencia y así sucesivamente.

## ARTÍCULO 5º: VIGENCIA DE LAS COBERTURAS

La vigencia de la cobertura principal definida en esta póliza y de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto para esta póliza, será la que se especifique en las Condiciones Particulares o en la respectiva propuesta o certificado de cobertura emitida para cada uno de los asegurados en particular.

## ARTÍCULO 6º: EXCLUSIONES

Sin perjuicio de la exclusión de cualquier enfermedad que no se ajuste a los términos de aquellas que se definen en el artículo 1º, esta póliza no cubre la enfermedad que se produzca a consecuencia de:

- a. Suicidio, tentativa de suicidio; lesiones, padecimientos o enfermedades intencionalmente causadas o auto inferidas, ya sea en estado de cordura o demencia;
- b. Intoxicación o encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico, alcohol o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes;
- c. SIDA o presencia del virus VIH;
- d. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas;
- e. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan;

f. Los tratamientos estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza;

g. Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva;

h. Situaciones o Enfermedades preexistentes. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En el certificado de cobertura se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable.

## ARTICULO 7°: BENEFICIARIOS

Se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio asegurado.

En caso que el beneficiario fallezca antes del pago del siniestro, siempre que corresponda dicho pago, el monto asegurado será entregado a sus herederos legales por partes iguales.

## ARTICULO 8° OBLIGACIONES DEL ASEGURADO



De conformidad a lo establecido en el art. 524 del Código de Comercio, 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;

4º Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;

5º No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526.

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.

## ARTICULO 9º DECLARACIONES DE LOS ASEGURADOS

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 10° 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 11° PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima se pagará en la forma, periodicidad y lugar que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

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.

La Compañía Aseguradora tendrá derecho, en cada aniversario de esta póliza, a modificar la prima correspondiente a esta cobertura, de acuerdo a la tarifa vigente en esa fecha según el tramo de edad alcanzada por el asegurado, de conformidad a la tabla informada en las Condiciones Particulares o en la Propuesta de seguro.

Sin perjuicio de lo anterior, el asegurador, a través del contratante, deberá notificar a los asegurados de cualquier modificación en las tarifas aplicables a esta cobertura, las que sólo podrán aplicarse y regir a contar de la siguiente renovación del contrato. Las modificaciones no informadas serán inoponibles al asegurado. En tal evento, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la notificación. Si el Asegurado así no lo hiciere, se entenderá que

acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía Aseguradora.

## ARTÍCULO 12º: DENUNCIA DE SINIESTROS. EVALUACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA COBERTURA

El Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora dentro del plazo que se establezca en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de ocurrencia del siniestro, entendiendo como tal la fecha de diagnóstico de las enfermedades descritas en los números 1, 2, 3 y 4 y de la fecha de la cirugía de la cobertura del número 5. Si el plazo estipulado en las Condiciones Particulares no fuere cumplido, cesará la obligación de la Compañía Aseguradora de pagar la indemnización del seguro, salvo que el Asegurado demuestre fehacientemente que le fue imposible hacerlo debido a fuerza mayor o caso fortuito, en cuyo caso el plazo se contará desde que cese el impedimento que se hubiere demostrado.

Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago de los beneficios que correspondan, se deberán presentar los siguientes antecedentes:

1. Informe del médico tratante, conforme al documento proporcionado por la Compañía para que sea completado por el médico. 2. Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado, 3. Ficha Clínica y o cualquier otro Informe o declaración, certificados o documentos, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad del asegurador, entendiéndose, que el Asegurado deberá proporcionar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, obligándose a autorizar a la Compañía Aseguradora para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, dar las facilidades y someterse a los exámenes que la Compañía Aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad del siniestro.

La Compañía Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios para acreditarlo y verificar por medio de sus médicos o representantes la efectividad del diagnóstico de la enfermedad cubierta, para lo cual el Asegurado deberá dar las facilidades para someterse a los exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos para efectuar esta evaluación serán de costo de la Compañía Aseguradora.

El Asegurado o el Contratante, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir la reevaluación de su caso por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por el requirente, de una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido durante al menos un año como miembros titulares de las comisiones médicas regionales o de la comisión médica central de la Superintendencia de Pensiones.

La junta médica evaluará su caso pronunciándose sobre la procedencia de la indemnización, conforme a los conceptos descritos en el artículo 2º de esta póliza, pudiendo someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el reclamante de la cobertura y la Compañía Aseguradora.

#### ARTÍCULO 13º PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO

La obligación de pagar el capital asegurado deberá ser cumplida por la compañía en un sólo acto, por su valor total y en dinero, a menos que en las condiciones particulares se señale que el pago se realizará en forma de rentas, o como una combinación de pago contado y rentas.

En todo caso, de la liquidación del siniestro será deducida cualquier deuda que con la compañía aseguradora tuviere el contratante respecto del asegurado.

## ARTÍCULO 14º: TERMINACION

La cobertura individual de cada asegurado terminará de conformidad a lo establecido en las Condiciones Particulares o en la correspondiente propuesta suscrita por el asegurado.

La cobertura de esta póliza, terminará anticipadamente respecto de un Asegurado, en el instante en que éste deje de ser miembro, trabajador o tener un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad contratante, en virtud del cual se le tuvo como integrante del grupo de asegurados, salvo que se haya pagado la prima por anticipado, caso en el cual la cobertura seguirá vigente hasta la fecha cubierta por dicha prima.

## ARTICULO Nº 15: 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 11 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 9 de estas Condiciones Generales.

## ARTÍCULO 16º: CLAUSULAS ADICIONALES

Las Cláusulas Adicionales que se contraten en forma accesoria 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 esta cobertura para un Asegurado en particular o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

## ARTÍCULO 17º: 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, el contratante o el beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de

Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 unidades de fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

#### ARTICULO 18º: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía aseguradora y el contratante o el asegurado 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 aseguradora 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 19º: DOMICILIO

Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro, salvo caso contemplado en el artículo 17 de la presente póliza, las partes fijan como domicilio especial la ciudad indicada en las Condiciones Particulares.