

CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA / CERTIFICADO DE COBERTURA

CÓDIGO CMF DE LA PÓLIZA

POL220190013

PÓLIZA N°

1015

CONTRATANTE (SI ES DISTINTO DEL ASEGURADO)

Cristian sanhueza .

RUT

7.654.240-6

ASEGURADO

Cristian sanhueza .

RUT

7.654.240-6

TIPO PÓLIZA☒ Póliza sin cuenta única de inversión.☐ Póliza con cuenta única de inversión.☐ Póliza con ahorro previsional voluntario (APV).**PÓLIZA****VIGENCIA****RENOVACIÓN AUTOMÁTICA**☒ Individual

15/09/2022

Inicio

☒ Si☐ Colectiva

14/09/2023

Término

☐ No**PRIMA Monto**

0,5767

MONEDA**PERÍODO DE PAGO****CONDICIONES****COMISIÓN TOTAL CORREDOR**☒ UF☐ Anual☐ Fija

Monto

16%

☐ Peso☒ Mensual☒ Ajustable Según Contrato

No hay comisión

☐ Otra☐ Otro**COBERTURAS****MONTO****/MONEDA****ART. CG****ART. CP**☒ Muerte

1.000

UF

2

1

☒ Invalidez

1.000

UF

1

1

☐ Supervivencia☒ Muerte Accidental

1.150

UF

1

1

☒ Esta póliza contiene otras coberturas adicionales, cuyo detalle debe ser consultado en las condiciones particulares.**BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO****ART. CG****ART. CP**☒ Beneficiarios designados por ley

6

☐ Otros beneficiarios**CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD****ART. CG****ART. CP**☒ Si

2

☐ No**PERIODO DE CARENCIA****ART. CG****ART. CP**

No aplica

EXCLUSIONES**ART. CG****ART. CP**☒ Si

3

4

☐ No

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

El asegurado ha autorizado a la compañía para efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:

<input checked="" type="checkbox"/> E-mail al correo electrónico	multi121qa14993@yopmail.com
<input type="checkbox"/> Carta a la siguiente dirección	
<input type="checkbox"/> Otro	

La presente carátula es un resumen de la información más relevante de la póliza y los conceptos fundamentales se encuentran definidos al reverso.

Para una comprensión integral, se debe consultar las condiciones generales y particulares de la póliza. En cada punto se señala el artículo del condicionado general (CG) o condicionado particular (CP) donde puede revisarse el detalle respectivo.

Nota 1: El asegurado tiene la obligación de entregar la información que la compañía requiera acerca de su estado de riesgo, en los casos y en la forma que determina la normativa vigente. La infracción a esta obligación puede acarrear la terminación del contrato o que no sea pagado el siniestro.

Nota 2: (Para Seguros Colectivos) Importante. “Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por (indicar contratante) directamente con la compañía de seguros.”

DEFINICIONES

CÓDIGO CMF DE LA PÓLIZA: Es el Código con que la póliza fue depositada en la Comisión para el Mercado Financiero, conocido también como “código Pol”. Si la póliza incluye más de uno, se incluye sólo el de la cobertura principal.

PÓLIZA: Documento justificativo del seguro.

CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo.

CONTRATANTE: La persona que contrata el seguro con la compañía aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Puede ser una persona diferente al asegurado.

ASEGURADO: La persona a quien afecta el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora.

BENEFICIARIO: La persona que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro.

TIPO DE PÓLIZA: Según si tienen o no asociada una cuenta única de inversión, las pólizas pueden ser de los siguientes tipos: Es sin cuenta única de inversión, cuando sólo incluye el seguro de vida y no hay una cuenta de inversión asociada. Es con cuenta única de inversión cuando además del seguro de vida, incluye una cuenta de inversión que genera rentabilidad, garantizada o no, en las condiciones estipuladas. Es con ahorro previsional voluntario (APV) cuando además del seguro de vida, permite el ahorro de una suma de dinero asociado al sistema previsional regido por el Decreto Ley 3.500 sobre AFP.

VIGENCIA: Tiempo durante el cual se extiende la cobertura de riesgo de la póliza contratada.

RENOVACIÓN: Se refiere a si la póliza se extingue al vencimiento de su plazo o si se renueva. Es automática cuando se entiende renovada si el cliente o la compañía no deciden terminarla, conforme a la póliza. Es sin renovación, cuando la póliza se extingue al vencimiento de su vigencia.

PRIMA: El precio que se cobra por el seguro. Éste incluye los adicionales, en su caso.

CONDICIONES DE PRIMA: La prima puede ser fija, si el monto es el mismo durante toda la vigencia de la póliza, o puede ser ajustable, si ese precio puede ser modificado conforme a las normas incluidas en la póliza.

COMISIÓN CORREDOR: Es la parte de la prima que recibe un corredor de seguros, que ha vendido el seguro por cuenta de la compañía. Puede expresarse como un monto fijo o un porcentaje de la prima.

COBERTURA: El tipo de riesgo cubierto por la póliza.

CARENCIA: Período establecido en la póliza durante el cual no rige la cobertura del seguro.

EXCLUSIONES: Aquellos riesgos especificados en la póliza que no son cubiertos por el seguro.

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD: Son los requisitos específicos que debe cumplir el asegurado para que la compañía cubra el riesgo y pague el seguro, en caso de siniestro.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: Sistema de comunicación que el cliente autoriza para que la compañía le efectúe

todas las notificaciones requeridas conforme a la póliza o que la compañía requiera realizar. Es responsabilidad del cliente actualizar los datos cuando exista un cambio en ellos.

Cristian sanhueza .
multi121qa14993@yopmail.com
7.654.240-6



Quiero darte la bienvenida a Klare, y felicitarte por la excelente decisión de proteger el futuro de tus seres queridos, para que disfrutes y vivas la vida con menos preocupaciones.

Como verás en este documento, se detallan todas las coberturas que elegiste y contrataste. Te pido que revises muy bien este documento para que todo esté OK: tus datos, montos, coberturas, etc. y así estés completamente informado de las condiciones y beneficios que tiene tu seguro con Klare.

Es muy importante que sepas y comuniques a tus cercanos que en caso de que ocurra un siniestro y deban hacer uso del seguro, se dirijan a **www.klare.cl** donde encontrarán todo el proceso guiado para hacer uso del seguro. En la sección SINIESTROS encontrarán todos los documentos y requisitos necesarios para realizar la declaración y así facilitar el proceso.

Si tienes cualquier duda, por favor accede a nuestro sitio web: **www.klare.cl** y/o a tu portal privado en **www.klare.cl/miseguro**, donde podrás encontrar toda la información necesaria, para conocer y administrar tu seguro y beneficios.

Bienvenido a la familia Klare.

¡Saludos!



María Gisele Cortizo
Klare Corredora de Seguros SpA.





N° PÓLIZA : 1015

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE VIDA KLARE

ZURICH SANTANDER SEGUROS GENERALES CHILE S.A., RUT N° 96.819.630-8, domiciliada en Bombero Ossa 1068, piso 4, comuna y ciudad de Santiago, en adelante indistintamente denominada la “Compañía” o “Compañía Aseguradora”, extiende la presente Póliza de Seguro, de la cual forma parte integrante las declaraciones hechas por el asegurado en la solicitud, las Condiciones Generales de cada una de las coberturas y las presentes Condiciones Particulares:

Contratante:
Cristian sanhueza .
multi121qa14993@yopmail.com
calle 328
.
Canela
26/07/1987

RUT: 7.654.240-6
Fecha Emisión: 15/09/2022

Producto	: Seguro de vida
Asegurado	: Cristian sanhueza .
RUT	: 7.654.240-6
Fecha Nacimiento	: 26/07/1987
Domicilio del Asegurado	: calle 328 .
Correo Electrónico	: multi121qa14993@yopmail.com
Intermediario	: Klare Corredora de Seguros S.A., RUT 77.088.224-9 Av. Nueva Costanera 4040, Vitacura, Santiago
Comisión del Corredor	: 16% de la prima (IVA incluido)
Vigencia Cobertura	: Desde 15/09/2022, hasta 14/09/2023, vigencia anual y de renovación automática no garantizada.
Modalidad de Pago	: Tarjetade Credito
Periodicidad de Pago	: Mensual

Para los efectos de este contrato de seguro, el Asegurado deberá ser la misma persona que el Contratante.

Coberturas	Registro CMF	Capital Asegurado (UF)	Prima Exenta (UF)	Prima Afecta (UF)	IVA (UF)	Prima Bruta (UF)
Fallecimiento	POL220190013	1000	0,1009			0,1009
Muerte Accidental	CAD220190014	1000	0,0682			0,0682
ITP	CAD320190015	1000		0,0282	0,0054	0,0336
MA + Asist. Urgen.	CAD220190014	150	0,2700			0,2700
Prima Total MENSUAL (UF)*			0,4391	0,0282	0,0054	0,4727

* Prima vigente a la fecha de contratación de la póliza. La prima del seguro variará en cada renovación del seguro de acuerdo a la edad del asegurado y coberturas vigentes a esa fecha, de conformidad a lo señalado en la tabla que se adjunta a estas Condiciones Particulares.

El pago de la prima se efectúa mediante Descuento Automático en Tarjeta de Crédito, por lo que las condiciones del mandato que autoriza esta modalidad de pago forma parte integrante de las condiciones particulares de la póliza.

Beneficiarios	Porcentaje de Capital

En caso de Fallecimiento del Asegurado cubierto por la póliza, se pagará la indemnización a los beneficiarios designados por el contratante. De no existir designación de beneficiarios, se pagará a los herederos legales del asegurado. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente 2/3, el beneficiario será el propio asegurado. Los herederos legales serán quienes se señalan en el Código Civil en los porcentajes ahí determinados.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente 2/3, el beneficiario será el propio asegurado.

IMPORTANTE

Las coberturas descritas en este documento, se encuentran sujetas a las siguientes condiciones:

Periodo de Gracia: En caso que la prima de esta póliza permanezca en mora por 90 días, se producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 días contados desde la fecha de envío de la comunicación que la Compañía envíe con este objeto.

Derecho a Retracto: el contratante tendrá la facultad de retractarse de la contratación del seguro dentro del plazo de 35 días, contado desde que reciba la póliza en la dirección electrónica designada para tal efecto, sin expresión de causa ni cargo alguno, teniendo el derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado. Este derecho deberá manifestarse por escrito a la Compañía Aseguradora.

Declaración Personal de Salud: La solicitud del seguro y la declaración personal de salud efectuada por el asegurado durante el proceso de contratación y suscrita electrónicamente, forman parte integrante de esta póliza. En virtud de ello, la compañía no está obligada a pagar el siniestro si este se produce como consecuencia de alguna de las enfermedades señaladas en la declaración personal de salud, así como aquellas específicamente declaradas por el asegurado.

VIGENCIA

Esta póliza tendrá una vigencia anual de renovación automática no garantizada, mientras el asegurado cumpla los requisitos de asegurabilidad, salvo que alguna de las partes manifieste su decisión de no renovar la póliza con una anticipación de al menos sesenta (60) días a la fecha de vencimiento inicial o cualquiera de sus renovaciones.

Se podrá poner término anticipado al presente seguro, dentro de los plazos y de acuerdo al procedimiento establecido en las condiciones generales que se adjuntan a esta póliza.

1. Coberturas:

Fallecimiento (POL220190013): El capital asegurado señalado en estas Condiciones Particulares será pagado por la compañía aseguradora a él o los beneficiarios, después del fallecimiento del asegurado, si este ocurre durante la vigencia de la póliza, por una causa no excluida de cobertura.

Muerte Accidental (CAD220190014): La Compañía Aseguradora pagará a él o los beneficiarios de la póliza, el capital asegurado señalado en estas Condiciones Particulares, si el fallecimiento del asegurado se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente. En este caso, los beneficiarios recibirán el pago del capital asegurado considerado para la cobertura de fallecimiento y el de muerte accidental, siempre que el siniestro se encuentre cubierto por la póliza.

Se entenderá cómo fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los sesenta (60) días corridos siguientes de ocurrido el accidente. Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas.

Invalidez Total y Permanente 2/3 (CAD320190015): La Compañía Aseguradora pagará anticipadamente al asegurado el capital señalado en estas Condiciones Particulares para el caso de fallecimiento, en caso de invalidez permanente dos tercios del asegurado (no se suman capitales), siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que la póliza principal esté vigente.
- b) Que el asegurado cumple con los requisitos de asegurabilidad.
- c) Que la invalidez permanente dos tercios sea causada por enfermedad diagnosticada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional.

En consecuencia, se extinguirá el derecho al cobro de otras indemnizaciones.

2. Requisitos de Asegurabilidad:

- La edad mínima de Ingreso es de 18 años.
- La edad máxima de Ingreso es de 59 y 364 días.
- La edad máxima de Permanencia es de 64 años y 364 días.

3. Precio del Seguro:

El costo del seguro variará en función de la edad del asegurado de acuerdo a lo señalado en la tabla que se inserta a continuación:

Seguro de Vida Klare	
Edad	Prima Bruta Mensual (UF)
18-30	0.5469
31-40	0.5767
41-46	0.6365
47-52	0.7609
53-58	1.0234
59-64	1.4828
65-70	2.2836

4. Exclusiones de las Coberturas:

Las coberturas contempladas en este seguro contemplan exclusiones, las cuales se encuentran detalladas en las Condiciones Generales POL220190013 que amparan la cobertura contratada y que se adjuntan a esta póliza y en las Cláusulas Adicionales CAD220190014, CAD320190015, las que se encuentran depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero.

De acuerdo a las declaraciones realizadas por el asegurado, la Compañía acepta emitir esta póliza excluyendo el siniestro ocurrido a consecuencia de:

5. Denuncio de Siniestro:

Producido el siniestro, los beneficiarios deberán notificarlo a la compañía, tan pronto sea posible, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, a través de los medios dispuestos por la Compañía para estos efectos

- Los documentos a presentar para la liquidación de siniestro en caso de Fallecimiento del asegurado son los siguientes;
 - Certificado de Defunción con causa de muerte del asegurado.
 - Cuestionario médico por Fallecimiento.
 - Exámenes que determinaron el diagnóstico.
 - Informe de autopsia (si aplica).
 - Resultado de Alcoholemia (si aplica).
 - Informe Toxicológico (si aplica).

De no existir beneficiarios designados se deberá presentar la posesión efectiva del asegurado para acreditar quienes y en qué porcentaje son los herederos del asegurado.

- Los documentos a presentar para la liquidación de siniestro en caso de Invalidez del asegurado son los siguientes;
 - Dictamen de invalidez ejecutoriado con patología y porcentaje.
 - Parte Policial con relato de los hechos.
 - Informe de la DIAT.
 - Resultados de Alcoholemia e Informe Toxicológico (si aplica).
- La Compañía se reserva el derecho de solicitar antecedentes adicionales para la liquidación del siniestro. En todas las denuncias deberá dejarse constancia del nombre, dirección, correo electrónico y teléfono de la persona denunciante para posteriores contactos que sean necesarios.
- El plazo de liquidación de siniestros, una vez recibidos todos los antecedentes, no superará los 45 días, salvo las prórrogas que puedan ser necesarias.

La Compañía que cubre el riesgo es Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.

NOTAS IMPORTANTES

Zurich Santander Seguros Generales Chile S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página web www.aach.cl.

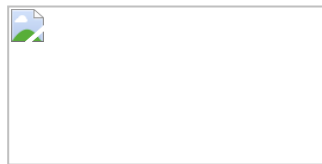
Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Zurich Santander Seguros Generales Chile S.A o a través de la página web del Defensor Del Asegurado.

NOTA: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

NOTA: Se incluye Anexo relativo a Información sobre presentación de consultas y reclamos.

NOTA: El presente contrato no cuenta con sello Sernac.

NOTA: Se incluye Anexo con detalle de Asistencias.



Herbert Philipp Rodriguez
Gerente General
Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.

ANEXO N° 1
INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE
CONSULTAS Y RECLAMOS

(Circular N° 2131 Comisión para el Mercado Financiero)

En virtud de la circular n° 2131 de 28 de noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, área de protección al inversionista y asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través de su página web.

ANEXO N° 2
PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS
(Circular N° 2106 Comisión para el Mercado Financiero)

1. OBJETO DE LA LIQUIDACION

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar. El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2. FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3. DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA

En caso de liquidación directa por la Compañía, el Asegurado o Beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4. INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5. PRE-INFORME DE LIQUIDACION

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un preinforme de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6. PLAZO DE LIQUIDACION

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde la fecha de denuncia, a excepción de:

- A. siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia;

B. siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia.

7. PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8. INFORME FINAL DE LIQUIDACION

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 a 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N°1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 Diciembre de 2012).

9. IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado. Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

ANEXO N° 3 SERVICIO DE ASISTENCIA

La presente póliza contempla las siguientes asistencias proporcionadas por Sur Asistencia S.A. Las prestaciones descritas en este anexo serán llevadas a cabo dentro del territorio nacional (incluido Isla de Pascua), y según las limitaciones establecidas para cada servicio. El periodo de activación será de 48hrs desde contratada la póliza.

Para hacer uso de la asistencia, deberá llamar al número **(56-2) 2707 4557**.

Orientación médica telefónica

Servicio informativo sobre dudas y consultas de tu salud.

- En caso de que tengas dudas sobre algún síntoma, tratamiento, medicamento o alguna enfermedad, podrás llamar y contar con un servicio informativo de tu salud.
- Condiciones: no tiene.
- Tope de uso: Ilimitado.
- Tope de precio: no tiene.

Médico a domicilio

Podrás pedir por teléfono un servicio de atención médica general a domicilio.

- Si te sientes mal y no puedes salir de tu hogar, podrás solicitar la visita de un médico en medicina general a tu domicilio.
- Condiciones: horario hábil sujeto a zona geográfica y disponibilidad; en caso de reembolsos debes llamar por teléfono previamente para solicitar el beneficio y tener en tu poder los documentos necesarios para gestionar la devolución.
- Tope de uso: 2 veces al año.
- Tope de precio: 3 UF por evento.

Kinesiólogo respiratorio a domicilio

Podrás pedir por teléfono que un kinesiólogo te atienda a domicilio.

- Si alguien en tu casa necesita ayuda por una enfermedad respiratoria, podrás solicitar la visita de un kinesiólogo respiratorio a domicilio.
- Condiciones: el costo del servicio dependerá del horario de la solicitud y tu ubicación geográfica; se requiere una orden médica; se excluyen lesiones y enfermedades traumatológicas.
- Tope de uso: 1 vez al año.
- Tope de precio: 1 UF. Si el costo del servicio es superior a 1 UF, deberás pagar la diferencia directamente al kinesiólogo.

Ámbito Territorial

Los servicios descritos en este documento serán llevados a cabo dentro del territorio nacional (incluido Isla de Pascua), y según las limitaciones establecidas para cada servicio. Se deja expresa constancia que la Compañía Aseguradora puede reemplazar este servicio adicional por otro servicio similar o distinto o cambiar la sociedad prestadora del mismo, en cualquier momento de la vigencia de la póliza, sin que este cambio implique la terminación del seguro.

Exclusiones Generales Servicio de Asistencia

Sur Asistencia S.A. no autorizará prestaciones o servicios de orientación médica telefónica o servicios médicos, como tampoco reconocerá gastos o costos de tales servicios en las siguientes situaciones:

- a) Servicios que el cliente/beneficiario haya concertado por su cuenta, sin dar aviso previo a la central de asistencia para activación del servicio y posterior coordinación de su requerimiento.
- b) Cuando la persona que solicita el servicio no identifique al cliente titular que contrató la póliza con Zúrich y que contempla este beneficio.
- c) Actos de mala fe, fraude o abuso de confianza del Beneficiario de la Asistencia, comprobada por el personal de Sur Asistencia. Ej. No existe relación consanguínea del beneficiario con el titular.
- d) Cuando el beneficiario de la asistencia incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
- e) No forma parte de los servicios la atención médica complementaria ordenada por Médico Especialista a excepción de atención Kinesiológica Respiratoria que se detalla en este Anexo.
- f) Servicios recibidos por el beneficiario sin la coordinación previa de parte de Sur Asistencia.

Adicionalmente no son objeto de los servicios de este Servicio de Asistencia, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- a) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, imprevisible, inevitable e irresistible, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, maremotos, etcétera, que impidan la prestación de los servicios por parte de la red de prestadores de Sur Asistencia S.A.
- b) Hechos y actos del hombre derivados de: terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, asalto, motín o tumulto.
- c) Hechos y actos de fuerzas armadas y fuerzas o cuerpos de seguridad.
- d) Energía nuclear radiactiva.
- e) Enfermedades y/o Accidentes derivados por el uso o abuso de consumo o ingestión de drogas, estupefacientes, sustancias tóxicas, alcohol, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.

- f) Enfermedades de la esfera psiquiátrica y otras relacionadas con ellas como: Enfermedades psicológicas, mentales, psicosis, neurosis y cualquiera de sus consecuencias mediatas o inmediatas; además de cualquier trastorno no directamente psiquiátrico de sustrato etiológico basado en esfera trastornos mentales: colopatía funcional, cefalea tensional, trastornos del sueño, los cuales puedan causar daños a sí mismo a consecuencia de sus facultades mentales.
- g) Prácticas deportivas en competencia profesional federada.
- h) Cuando el Beneficiario de la Asistencia incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en este documento.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL220190013

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

ARTICULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

En los términos de la presente póliza el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares será pagado por la compañía aseguradora a él o los beneficiarios, después del fallecimiento del asegurado, si este ocurre durante la vigencia de la póliza.

Si el asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento establecida, no habrá derecho a indemnización alguna.

ARTICULO 3º: EXCLUSIONES

No se pagará el monto asegurado cuando el fallecimiento se haya originado, se asocie o sea consecuencia de:

1. Siniestros derivados directa o indirectamente del resultado de una fisión o fusión nuclear o de radioactividad.
2. Actos de terrorismo llevados a cabo utilizando armas o materiales nucleares, biológicos y/o químicos.
3. Suicidio, automutilación, o autolesión. No obstante, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años desde la celebración del contrato.
4. Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra, así como tampoco ningún ejercicio o práctica de guerra.
5. Participación del asegurado como autor o cómplice en cualquier acto delictivo.
6. Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice por un beneficiario, o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.
7. Ejercicio de actividad o profesión en la cual se porten armas.
8. Práctica de deportes de manera profesional o federada.
9. Conducir cualquier medio de transporte motorizado bajo la influencia del alcohol o los efectos de cualquier narcótico o droga. Lo anterior se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

10. La realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos, para los términos de esta póliza corresponden a actividades o deportes riesgosos los siguientes: el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, piloto civil, el paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto.
11. Enfermedades o condiciones de salud preexistentes. Las enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la Póliza. 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 o Condiciones Particulares, en su caso, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable.

ARTICULO 4: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 del Código de Comercio. 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.

ARTICULO 5º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la compañía para estos fines. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en el artículo 524 número 1, 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTICULO 6º: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

Para efectos de esta póliza, los beneficiarios corresponderán personas naturales que, aún sin ser asegurados, tienen derecho a la indemnización en caso de siniestro, y que figuran designados en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

A falta de beneficiarios designados por el asegurado serán los herederos legales quienes tendrán derecho a indemnización en caso de fallecimiento. Los herederos legales son quienes la ley designen para suceder al asegurado, los porcentajes y órdenes de sucesión son los contemplados en el Código Civil.

ARTICULO 7º: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según corresponda.

Para el pago de la prima se podrá considerar un período de gracia, que será indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, el cual se contará a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si el asegurado fallece durante dicho plazo de gracia, se deducirá del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima adeudada, se 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 o contratante al domicilio señalado en las condiciones particulares de la póliza o propuesta según corresponda y dará derecho al asegurador para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación del contrato de acuerdo a lo dispuesto en el art. 528 del Código de Comercio.

Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTICULO 8º: DENUNCIA DE SINIESTROS

Producido el fallecimiento él o los beneficiarios deberán notificar a la compañía, tan pronto sea posible, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, a través de los medios dispuestos por la compañía para estos efectos. Dicha notificación deberá efectuarse 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, él o los beneficiarios, deberán justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar los documentos que la compañía aseguradora estime necesarios para demostrar, en forma clara y precisa, que el fallecimiento se encuentra cubierto por la póliza.

Entre otros, los beneficiarios deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Certificado de Defunción del asegurado, indicando causa de muerte.
- b) Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para acreditar que el siniestro tiene cobertura.
- c) Copia del parte policial, alcoholemia y/o examen toxicológico o documento de atención de urgencia, según corresponda.
- d) En caso de no existir beneficiarios designados, se deberán presentar los documentos que acrediten la posesión efectiva del asegurado y la demás documentación necesaria para acreditar quienes y en qué porcentaje son herederos del asegurado.

ARTÍCULO 9º: VIGENCIA DE LA POLIZA

El plazo de duración de la póliza será de un (1) año, contado desde la fecha inicial de vigencia indicado en las condiciones particulares y se renovará automáticamente por un nuevo período de un año, salvo que alguna de las partes manifieste su decisión de no renovar la póliza con una anticipación de al menos sesenta (60) días a la fecha de vencimiento inicial o cualquiera de sus renovaciones.

ARTÍCULO 10º: TERMINACIÓN

El seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares, solicitud de incorporación o certificado de cobertura según corresponda, cumplimiento de la edad máxima de permanencia indicada en dichos documentos o por fallecimiento del asegurado.

ARTICULO 11º: TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO

El seguro terminará anticipadamente en caso de no pago de la prima de conformidad a lo señalado previamente en el artículo 7 de estas Condiciones Generales.

De acuerdo a los términos del Artículo 537 inciso 3º del Código de Comercio, el asegurado podrá poner término al seguro en cualquier momento mediante comunicación escrita a la compañía Aseguradora, y sin expresión de causa, en cuyo caso se efectuará una devolución de la prima pagada no devengada.

La presente póliza terminará anticipadamente también en el caso previsto en el artículo 12 siguiente, relativo al pago de indemnizaciones asociadas a cláusulas adicionales contratadas que anticipan el pago capital contemplado en esta póliza o cubren el riesgo de fallecimiento accidental.

ARTICULO N° 12: CLAUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de la póliza o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

ARTICULO 13º: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Respecto a la solución de conflictos derivados del presente seguro, rige lo dispuesto en el Artículo 543 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 14°: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la compañía aseguradora al contratante o al Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares o propuesta según corresponda, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esta forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de la póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta registrada dirigida a su domicilio, señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. Las comunicaciones que efectúe el asegurado o contratante a la compañía deberán realizarse por escrito al medio que se informe para estos efectos por el asegurador en las condiciones particulares, propuesta o certificado de cobertura según corresponda.

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 registrada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

CLÁUSULA ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD220190014

ARTICULO 1º: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios de la póliza, el capital asegurado para esta cláusula adicional, señalado en las Condiciones Particulares, si el fallecimiento del asegurado se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá cómo fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los sesenta (60) días corridos siguientes de ocurrido el accidente. Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas

ARTICULO 2º: EXCLUSIONES

No se pagará el monto asegurado cuando el fallecimiento, se haya originado, o sea consecuencia de:

1. Siniestros derivados directa o indirectamente del resultado de una fisión o fusión nuclear o de radioactividad.
2. Actos de terrorismo llevados a cabo utilizando armas o materiales nucleares, biológicos y/o químicos.
3. Suicidio, automutilación, o autolesión. No obstante, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años desde la celebración del contrato.
4. Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra, así como tampoco ningún ejercicio o práctica de guerra.
5. Participación del asegurado como autor o cómplice en cualquier acto delictivo.
6. Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice por un beneficiario, o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.
7. Ejercicio de actividad o profesión en la cual se porten armas.
8. Práctica de deportes de manera profesional o federada.
9. Conducir cualquier medio de transporte motorizado bajo la influencia del alcohol o los efectos de cualquier narcótico o droga. Lo anterior se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
10. La realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos, para los términos de esta póliza corresponden a actividades o deportes riesgosos los siguientes: el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, piloto civil, el paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto.

ARTÍCULO 3º: BENEFICIARIOS

Son beneficiarios de la cobertura contemplada en esta cláusula adicional las personas designadas como tales para efectos de la cobertura principal.

ARTÍCULO 4: PAGO DE PRIMAS

La prima de esta cláusula adicional se detalla en las Condiciones Particulares de la póliza, y se expresará en la misma moneda y tendrá el mismo tratamiento que la del seguro principal de la cual es parte integrante, y debe pagarse en la misma forma y oportunidad de éste.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización por un accidente que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima será devuelta al contratante o asegurado, según corresponda.

ARTÍCULO 5º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos al momento de la contratación. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en el artículo 524 número 1, 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTICULO 6º: 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.

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.

ARTÍCULO 7º: TERMINACIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

La cobertura otorgada por la presente cláusula adicional terminará en los siguientes casos:

1. Por la verificación de un siniestro cubierto por esta cláusula adicional, en cuyo caso, la verificación del siniestro producirá el término del seguro principal.
2. En el evento de que se dé término a la cobertura del seguro principal.
3. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, Propuesta o Certificado de Cobertura en su caso.

ARTÍCULO N° 8: CARÁCTER ACCESORIO DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria de la póliza principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la póliza principal, de modo que sólo será válido y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente en las Condiciones Generales de la póliza.

CLAUSULA PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320190015

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio de la Póliza principal. En consecuencia, se regirá por las Condiciones Generales de dicha Póliza y por lo dispuesto en los siguientes artículos:

ARTÍCULO N° 1: COBERTURA

La Compañía Aseguradora pagará anticipadamente al asegurado el capital señalado en estas Condiciones Particulares para el caso de fallecimiento, en caso de invalidez permanente dos tercios del asegurado (no se suman capitales), siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que la póliza principal esté vigente.
- b) Que el asegurado cumple con los requisitos de asegurabilidad.
- c) Que la invalidez permanente dos tercios sea causada por enfermedad diagnosticada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional.

En consecuencia, se extinguirá el derecho al cobro de otras indemnizaciones.

ARTÍCULO N° 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

1. Invalidez total permanente: La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980. En todo caso, para efectos de esta cláusula adicional, siempre se considerara como Invalidez Total Permanente los siguientes casos: La pérdida total de:
 - la visión de ambos ojos, o
 - ambos brazos, o
 - ambas manos, o
 - ambas piernas, o
 - ambos pies, o
 - una mano y un pie.
2. Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.
Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas.
No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.
3. Pérdida Total: La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.

3. Pérdida Funcional Absoluta: La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de funciones o fisiología del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
4. Miembro: Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
5. Órgano: Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.
6. Situación o Enfermedad Preexistente: Las enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la Póliza.

ARTÍCULO N° 3: EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total Permanente del Asegurado que ocurran a consecuencia de:

- a) Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.
- b) 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.
- c) La realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos, para los términos de esta póliza corresponden a actividades o deportes riesgosos los siguientes: el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, piloto civil, el paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto.
- d) Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- e) Enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. 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 enfermedades, dolencias o situaciones de salud que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares o certificado de cobertura según corresponda, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.
- f) Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal de la Póliza.

ARTÍCULO N° 4: TERMINACION DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal de la Póliza y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en éste, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válido y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto:

- a) Por término anticipado de la Póliza principal.
- b) Si se verifica la Invalidez Total Permanente del Asegurado.
- c) Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, Propuesta o Certificado de Cobertura en su caso.
- d) Cuando el Contratante comunique a la Compañía Aseguradora por escrito su intención de poner término a la presente cláusula.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización por una Invalidez Total Permanente que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima será devuelta en los términos establecidos en el seguro principal.

ARTICULO N° 5: PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTRO Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Producida la Invalidez Total Permanente del Asegurado, cualquier persona deberá comunicarlo por escrito a la Compañía Aseguradora, tan pronto sea posible.

Será obligación del Asegurado, proporcionar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la Compañía Aseguradora 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 Aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la Invalidez Total Permanente. El costo de éstos será de cargo de la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO N° 6: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

El Asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía Aseguradora, podrá requerir que la Invalidez Total Permanente sea evaluada por una Junta Médica compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por 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 la Invalidez Total Permanente del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha Invalidez Total Permanente.

La Junta Médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía Aseguradora. La declaración de invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, solo tendrá para la Compañía Aseguradora y para la Junta Médica un valor meramente informativo.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía Aseguradora, el Contratante deberá continuar con el pago regular de la prima.

Si procede el pago de la indemnización, se devolverán las primas pagadas desde el mes siguiente a la notificación de la invalidez a la Compañía Aseguradora.

CLÁUSULA ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL MÁS SERVICIO DE ASISTENCIA URGENCIAS MÉDICAS FAMILIAR (CAD 2 2019 0014)

Teléfono para solicitar servicio de Asistencia Sala de Urgencia:
800 397 397

Detalle de Cobertura

La Compañía Aseguradora pagará a él o los beneficiarios el capital asegurado señalado en estas Condiciones Particulares, después del fallecimiento accidental del asegurado, esto es, la muerte producida directa e inmediatamente a consecuencia de un accidente.

Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas.

Para los efectos de esta cobertura, se entenderá como fallecimiento directo e inmediato aquel que se produzca a más tardar dentro de los sesenta (60) días corridos siguientes de ocurrido el accidente. En atención a lo anterior, sólo tendrán cobertura bajo esta póliza, los fallecimientos accidentales producidos dentro de los 60 días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

Detalle de Capital y Prima:

Muerte Accidental (M.A.) con Servicio Urgencia Médica	
Capital M.A.	Prima
UF150	0,2700

La prima de la cobertura adicional de muerte accidental, se mantendrá sin variación durante toda la vigencia del seguro y se sumará a la prima del seguro de Vida y demás coberturas adicionales contratadas en caso de proceder.

Exclusiones: Las coberturas contempladas en este seguro contemplan exclusiones, las cuales se encuentran detalladas en las Condiciones Generales que amparan la cobertura contratada.

Que hacer en caso de siniestro

Producido el siniestro los beneficiarios deberán notificarlo a la Compañía, tan pronto sea posible, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, a través de los medios dispuestos por la Compañía para estos efectos.

Los documentos a presentar para la liquidación del siniestro en caso de muerte accidental del asegurado son:

- Certificado de defunción original con causa de muerte del asegurado.
- Certificado de nacimiento del asegurado u otro documento que acredite la fecha de su nacimiento. Sólo en el caso que este dato no esté consignado en el certificado de defunción.
- Parte policial que acredite que el fallecimiento fue causado por un accidente.
- Alcoholemia y/o examen toxicológico si corresponde.
- En caso de no existir beneficiarios designados se deberán presentar la posesión efectiva del asegurado y la demás documentación necesaria para acreditar quienes y en qué porcentaje son los herederos del asegurado.
- Documentos médicos tales como IMT, Cartola ISAPRE o FONASA, resultado de exámenes, entre otros.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar antecedentes adicionales para la liquidación del siniestro.

SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS FAMILIAR

La contratación de la cobertura adicional de Muerte Accidental trae consigo el presente servicio proporcionado por la compañía Axa Asistencia Chile S.A. RUT: 96.828.860-1 domiciliada en calle Josué Smith Solar 390, comuna de Providencia, Santiago, indistintamente denominada “Axa Assistance”.

El presente servicio cubre al asegurado y a su cónyuge y/o pareja o conviviente, máximo 3 hijos consanguíneos del asegurado titular menores de 24 años de edad y que vivan con el asegurado en su mismo domicilio y la asesora del hogar con contrato de trabajo vigente. Todas estas personas se denominarán en adelante indistintamente “Beneficiarias de la asistencia”.

Se deja expresa constancia que la Compañía Aseguradora puede reemplazar este servicio adicional por otro servicio similar o distinto o cambiar la sociedad prestadora del mismo, en cualquier momento de la vigencia de la póliza, sin que este cambio implique la terminación del seguro.

Servicio Urgencias Médicas Familiar	Capital Asegurado
Tope de gastos de Urgencia por Evento por grupo familiar	UF 22

Funcionamiento de la Asistencia

Para asegurar su atención, debes seguir los siguientes pasos:

1. Solicitar la asistencia, a través de un llamado telefónico, al número 800 397 397.
2. Identificar al asegurado titular que contrató el producto.
3. Proporcionar información veraz y oportuna para poder atenderlo debidamente.
4. Coordinar los servicios con la central de coordinación y asistir al prestador indicado por la asistencia.

Prestaciones incluidas por la Asistencia: la asistencia “Urgencias Médicas” corresponde a la atención médica inicial causada por una Urgencia Médica ante un accidente o enfermedad en una Sala de Urgencia, cubriendo exclusivamente las prestaciones que estén codificadas por el Sistema de Salud Nacional, tales como:

- Los gastos médicos relacionados a la urgencia propiamente tal, como por ejemplo: atención de médico de urgencia, así como también la atención de otros médicos de especialidades como: médico internista, médico traumatólogo, cirujano general, entre otros. Además, se incluye la atención del médico especialista plástico o con fines estéticos a consecuencia de accidente.
- Todos los medicamentos de los cuales se hubiese hecho uso durante la atención de urgencia como, por ejemplo: anti-inflamatorios, analgésicos, antipiréticos, entre otros.
- Todos los exámenes que sean necesarios realizar, que estén directamente relacionados a la atención de urgencia como, por ejemplo: grupo sanguíneo, glucosa, hemograma completo, reacción de widall, elemental y microscopio de orina, entre otros. Además, también se encontrarán cubiertos los exámenes de imageneología siempre y cuando sean realmente necesarios para la atención de urgencia.
- Todo el material del cual requiera hacer uso el médico que lo está atendiendo de urgencia como, por ejemplo: vendas, yeso, entre otros.

Todos los gastos mencionados anteriormente tendrán cobertura siempre y cuando se encuentren considerados dentro del estado de cuenta de la atención médica de urgencia. Los servicios de asistencia “Urgencias Médicas” contemplan que la empresa de asistencia cubrirá los gastos de urgencia, después de pasar por Isapre o FONASA, y de acuerdo a los topes correspondientes para las siguientes situaciones:

- **Sala de Urgencia por enfermedad:** Corresponde a la atención médica inicial causada por una enfermedad que corresponda a una urgencia médica. Ésta atención de urgencia se dará dentro de la Sala de Urgencia cubriendo el copago del beneficiario hasta el monto máximo de UF de acuerdo al plan contratado.
Esta atención solo podrá utilizarse para enfermedades ocurridas después de 30 días desde la contratación del seguro y tendrá un límite de 3 eventos al año para el total del grupo familiar.
- **Sala de Urgencia por accidente:** Corresponde a la atención médica inicial causada por un accidente. Esta atención se dará dentro de la Sala de Urgencia cubriendo el copago del beneficiario hasta el monto máximo de UF de acuerdo al plan contratado. Esta atención no tendrá límite de eventos al año.

El servicio aplicará de la siguiente forma:

- Para beneficiarios que posean sistema de salud (Isapre o Fonasa), se aplicará el monto de del tope máximo de la asistencia sobre a los gastos que deba pagar el asegurado luego de activar el sistema IMED.
- Para los beneficiarios que no posean sistema de salud (Isapre o Fonasa), se aplicará el 50% del tope máximo de la asistencia a los gastos que deba pagar el asegurado luego de activar el sistema IMED.
- En caso que el beneficiario posea Fonasa, en sus tramos B, C y D, y ante urgencias médica no categorizadas como urgencias vitales, AXA ASSISTANCE derivará al beneficiario a su red de prestadores médicos a nivel nacional en convenio con Fonasa (Centros médicos, Clínicas, Hospitales Públicos). Para los casos de urgencias de riesgo vital, se derivará al centro médico más cercano, de acuerdo a la Ley de Urgencia N° 19.650.

- Este servicio se entenderá por finalizado, una vez que el beneficiario se hubiese estabilizado, es decir, cuando el beneficiario habiendo estado o estando en una situación de urgencia, se encuentra en un estado de equilibrio de sus funciones vitales, esté en condiciones de ser trasladado dentro del centro médico, a otro centro médico o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su accidente o enfermedad.
- En caso que el beneficiario cuente con seguro complementario, para que opere el presente seguro debe indicar al centro asistencial que cuenta con el seguro de urgencias médicas de Zurich Santander y que desea utilizarlo previo a su seguro complementario.

Gestión de Reembolso: Para los casos en los cuales al momento de la atención del beneficiario no esté habilitado el sistema IMED, o no se encuentre vigente en el Centro Médico respectivo, o el beneficiario se hubiese atendido de urgencia por un accidente o enfermedad y no hubiese llamado previamente a la central de asistencia de AXA ASSISTANCE por un caso de riesgo vital de acuerdo a la Ley 19.650, se evaluará el pago realizado por el beneficiario de forma particular. Cabe señalar que en caso que el beneficiario cuente con seguro complementario, para que opere el presente seguro debe indicar al centro asistencial que cuenta con el seguro de urgencias médicas de Zurich Santander y que desea utilizarlo previo a su seguro complementario.

Para lo anterior, el beneficiario deberá realizar las siguientes gestiones:

a) Realizar el pago de la cuenta de urgencia médica en el Centro Médico. b) Presentar el comprobante original de pago de la Urgencia Médica en su respectiva Isapre o Fonasa, para que ésta proceda al respectivo reembolso.

Luego, deberá presentar a AXA ASSISTANCE lo siguiente:

- Todos los comprobantes originales de la liquidación de pago que entrega la Isapre, Fonasa y/o Seguro Complementario, así como también fotocopia de los comprobantes de la atención recibida.
- En el caso que el beneficiario no haya llamado previamente a la central de asistencias de AXA ASSISTANCE, enviar una carta informando la razón que le impidió realizar el llamado oportunamente.
- Informar el número de cuenta y nombre del Banco en donde posee cuenta el beneficiario que fue atendido en el Centro Médico. En caso de tratarse de un menor de edad, se podrán informar los datos bancarios del asegurado titular de la póliza.
- Todos los documentos originales y comprobantes deben enviarse al correo reembolso.urg@axa-assistance.cl.

Traslado en Caso de Urgencia (solo Accidentes): En caso que el beneficiario sufra un accidente que le impida trasladarse por sus propios medios al centro médico informado por AXA ASSISTANCE, se coordinará y garantizará el costo del traslado en ambulancia terrestre o el medio más idóneo que considera AXA ASSISTANCE al centro médico, siempre y cuando exista disponibilidad de prestadores en la zona donde ocurrió el accidente. En caso de no existir red privada, AXA ASSISTANCE deberá coordinar el traslado con el servicio público existente en la zona.

Orientación Médica Telefónica: El beneficiario tendrá derecho a solicitar, todas las veces que así lo requiera, Orientación Médica Telefónica durante las 24 horas del día, obteniendo respuesta telefónica exclusivamente en las siguientes materias de salud:

- Pauta de actuación ante urgencias médicas concretas, indicación del tipo de tratamiento que debiera requerir dicha urgencia y el establecimiento más cercano al cual acudir para recibir atención médica.
- Información sobre pruebas diagnósticas o tratamientos prescritos.
- Información sobre efectos secundarios y contraindicaciones de determinados fármacos, orientación al Beneficiario en la obtención de un tratamiento médico en un centro asistencial.
- Información sobre sustancias tóxicas, limitándose a indicar las características de toxicidad de la sustancia por la cual se consulta.
- Orientación sobre materias Ginecológicas y Pediátricas.
- Orientación a la tercera edad, resolución de consultas básicas y naturales a estos estados.

Ámbito Territorial: El Ámbito territorial corresponde al todo el territorio de Chile incluyendo Isla de Pascua.

Exclusiones Asistencia: No serán parte de los servicios de asistencia mencionados anteriormente, cuando el accidente o enfermedad del beneficiario se produzca a consecuencia de:

1. Toda atención por un accidente que sea fuera del contexto de la atención medica primaria de urgencia.
2. Accidentes a causa de hostilidades u operaciones bélicas, internas o internacionales, exista o no declaración de guerra.
3. Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión
4. Revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
5. Heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
6. Encontrarse en estado de ebriedad o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
7. Accidentes a causa de movimientos sísmicos superior a grado 8 en escala MM, determinado por el Servicio Sismológico autorizado y oficial de Chile al momento de la ocurrencia.
8. Accidentes a causa del desempeño o participación en actividades o desafíos remunerados.
9. Toda intervención quirúrgica derivada de un accidente que requiera la implantación y/o reparación de prótesis, órtesis y/o síntesis o elementos afines a las mismas ya sean de uso interno o externo, incluyendo pero no limitando a: artículos ortopédicos, prótesis dentales, audífonos, anteojos, lentes de contacto, férulas, muletas, sillas de rueda, nebulizadores, respiradores, etc.

10. La asistencia por servicios que el asegurado haya contratado sin previa autorización de la central de alarmas de AXA ASSITANCE, salvo se acredite a satisfacción de AXA ASSISTANCE que por causa de fuerza mayor ha sido imposible requerir la autorización previa.