

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO

POLIZA N° 282020		VIGENCIA ACTUAL		Desde las 0:00 horas del día 01-12-2019	
'Póliza de Seguro Colectivo de Vida'		VIGENCIA ORIGINAL		Hasta las 24:00 horas del día 30-11-2020	
				01-11-2012	
CONTRATANTE					
CORP. CULTURAL DE LA I. MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO					
DIRECCIÓN					
Agustinas n° 794					
RUT: 70.946.300-4		COMUNA: Santiago		CIUDAD: Santiago	
ASEGURADOS					
El indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza					
COBERTURA:					
Abreviatura	Tipo Cobertura	Nombre Registro			Código
a) Vida	Básica	Seguro Colectivo de Vida			POL 220131391
b) MA	Adicional	Cláusula Adicional por Muerte Accidental			CAD 320131537
c) Desm.	Adicional	Cláusula Amplia de Incapacidad Parcial y Permanente por Accidente			CAD 320131536
d) ITP 2/3	Adicional	Cláusula Pago Anticipado del Capital Asegurado en Caso de Invalidez Dos Tercios(2/3)			CAD 320131547
BENEFICIARIO					
El indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza					
UNIDAD MONETARIA					
Unidad de Fomento					
COMISIONES:					
Comisión Corredor:			Código:	Rut:	%Comisión Bruta:
Nexo Corredores de Seguros s.a.			6247	77.690.260-8	11,90%, incluye IVA
El porcentaje de comisión se aplica sobre la prima neta pagada en (\$)					
ASEGURADOR					
NOMBRE : Seguros de Vida Security Previsión S.A.			Dirección: Apoquindo 3150, Las Condes Santiago		
Pagina web: www.vidasecurity.cl			Correo Electrónico: sacvida@security.cl		
					
Firma Representante Compañía de Seguros					
Fecha Emisión:		2019-12-27			IAY

Esta póliza anula y reemplaza a póliza anterior de igual número, por lo tanto, los asegurados mantienen su vigencia inicial en el seguro, para todos los efectos que corresponda.

CONDICIONES PARTICULARES

POLIZA N° 282.020

N° 1: COBERTURA

La (s) cobertura (s) amparada (s) bajo este contrato, es (son) la (s) siguiente (s):

- a) Seguro Colectivo de Vida. (Vida, cobertura básica).
- b) Cláusula Adicional por Muerte Accidental (MA, cobertura adicional).
- c) Cláusula Amplia de Incapacidad Parcial y Permanente por Accidente, (Desm., cobertura adicional).
- d) Cláusula Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Dos Tercios (ITP 2/3, cobertura adicional)
- e) Cláusula Gastos Funerarios.

Descripción Cláusula Gastos Funerarios

La Compañía pagará al asegurado titular, hasta el monto estipulado como gasto funerario, en el evento que algún miembro de su grupo familiar, considerado en estas condiciones particulares, pierda la vida por cualquier causa, durante la vigencia de la póliza. Para los efectos del seguro, se entenderá que los miembros del grupo familiar son los sujetos de riesgo de la cobertura.

El derecho de esta cobertura, alcanza a todos los gastos que se incurran para la inhumación del familiar fallecido y cubierto en la presente cobertura, los cuales no se limitan respecto de sus condiciones de salud.

Exclusiones:

Las señaladas en las condiciones generales de la póliza y sus cláusulas.

Cobertura excepcional:

La compañía otorgará cobertura según se indica en el presente contrato, a los asegurables que sin cumplir los requisitos de asegurabilidad, a excepción de la edad de ingreso permitida, hayan solicitado su ingreso a la póliza.

Esta cobertura excepcional será limitada según se indica en el artículo N° 4 "Requisitos de Asegurabilidad".

N° 2: ASEGURADOS Y SUJETOS DE RIESGO DE LA COBERTURA

Asegurados

- a) Asegurado titular:

Trabajadores vinculados a la empresa contratante, mediante un contrato de trabajo a tiempo indefinido y que figuran como tal, en la nómina de asegurados que forma parte de la presente póliza.

Sujetos de riesgo expuesto:

- b) Dependientes:

Serán sujetos de riesgo los dependientes del asegurado titular, que se encuentren incluidos en Póliza de Seguros Colectivo para Gastos de Salud, según lo siguiente:

- Cónyuge o Conviviente, que se encuentre o no registrada como carga por el asegurado titular en su empresa.
- Hijos que se encuentren registrados como carga por el asegurado titular en su empresa.

Declaración del Asegurado

Respecto de la actividad de los asegurados titulares, de acuerdo a lo informado por el contratante según lo señalado en el Artículo 9° de las Condiciones Generales de la Póliza, se declara que la actividad desarrollada, correspondiente a los servicios propios relacionados al giro de la empresa contratante, considerando en este caso el o los riesgos siguientes: Administrativos. En consecuencia, cualquier actividad que declare el asegurado distinta de lo indicado, deberá ser evaluada y aprobada por la Cía.

N° 3: MONTOS ASEGURADOS, GASTOS FUNERARIOS Y TASAS

PLAN EMPLEADOS

ASEGURADOS	COBERTURA	CAPITAL POR CADA ASEGURADO	TASA MENSUAL POR CADA MIL DE CAPITAL ASEGURADO		
			TASA NETA	IVA	TASA BRUTA
Titular	Vida-Básica	UF 250	0,3268 ‰	--	0,3268‰
	MA-Adicional	UF 250	0,0284 ‰	--	0,0284‰
	Desm.-Adicional	UF 250	0,0221 ‰	0,0042	0,0263‰
	ITP 2/3-Adicional	UF 250	0,0511 ‰	0,0097	0,0608‰

Sujetos de Riesgo expuesto:

DEPENDIENTE	COBERTURA	CAPITAL POR CADA ASEGURADO
Cónyuge/Conviviente	Gasto Funerario (adicional)	UF 25
Hijos	Gasto Funerario (adicional)	UF 15

PLAN EMPLEADOS >66 AÑOS HASTA 70 AÑOS

ASEGURADOS	COBERTURA	CAPITAL POR CADA ASEGURADO	TASA MENSUAL POR CADA MIL DE CAPITAL ASEGURADO		
			TASA NETA	IVA	TASA BRUTA
Titular	Vida-Básica	UF 250	0,3268 ‰	--	0,3268‰

PLAN EMPLEADOS >70 AÑOS HASTA 75 AÑOS

ASEGURADOS	COBERTURA	CAPITAL POR CADA ASEGURADO	TASA MENSUAL POR CADA MIL DE CAPITAL ASEGURADO		
			TASA NETA	IVA	TASA BRUTA
Titular	Vida-Básica	UF 100	0,3268 ‰	--	0,3268‰

N° 4: REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Los Asegurados provenientes de seguro anterior (Asegurados Traspasados desde Compañía de Seguros de Vida Cruz del Sur S.A.) al 31.10.2013:

- Se mantiene la continuidad de cobertura en lo que respecta al estado de salud de estos asegurados, de acuerdo a las condiciones en que se encontraban vigentes en el seguro anterior.
- Los requisitos de asegurabilidad, se dan por satisfechos, exceptuando la edad de término de cada cobertura,

que se rige por lo establecido en estas condiciones particulares.

- El ingreso inicial de los asegurados se realizó a través de nómina (vía magnética) enviada por la aseguradora anterior, la cual forma parte de la póliza.
- Se deja constancia que todo cambio en las condiciones generales de la presente póliza, que impliquen un menoscabo en la cobertura a estos asegurados respecto de las condiciones generales de la póliza en vigencia en su anterior asegurador, la compañía aplicará para resolver el caso, las condiciones generales en vigencia al momento del traspaso.

Para Todos los Asegurados:

- Los límites de edad de ingreso y término para cada cobertura:

Plan Empleados < de 66 años

ASEGURADOS	COBERTURA	EDAD INGRESO	TERMINO DE COBERTURA
Titular	Vida-Básica	Menor de 69 años	Cumpliendo los 70 años
	MA-Adicional	Menor de 64 años	Cumpliendo los 66 años
	I.T.P. 2/3-Adicional	Menor de 64 años	Cumpliendo los 66 años
	Desm. Adicional	Menor de 64 años	Cumpliendo los 66 años

Plan Empleados > 66 años hasta 70 años

ASEGURADOS	COBERTURA	EDAD INGRESO	TERMINO DE COBERTURA
Titular	Vida-Básica	Mayor de 66 años	Cumpliendo los 70 años

Plan Empleados > 70 años hasta 75 años

ASEGURADOS	COBERTURA	EDAD INGRESO	TERMINO DE COBERTURA
Titular	Vida-Básica	Mayor de 70 años	Cumpliendo los 75 años

(2)) A solicitud expresa del Contratante, se podrá mantener vigente a los asegurados mayores de 70 años, solicitud que debe presentarse en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de término de la cobertura del asegurado. El capital asegurable para dichos casos se define el Artículo 3 Montos Asegurados y Tasas.

- La exclusión de asegurados por cumplimiento de la edad máxima de permanencia en la póliza, se realizará una vez al año, con motivo de la renovación.

Para Todos los sujetos de riesgo:

Plan Empleados < de 66 años

Sujetos Riesgo	COBERTURA	EDAD INGRESO	TERMINO DE COBERTURA
Cónyuge	Gto. Fun.(Adicional)	Menor de 69 años	Cumpliendo los 70 años
Hijos Solteros	Gto. Fun.(Adicional)	Después de los 30 días de nacido vivo y hasta los 23 años	Cumpliendo los 24 años, si son estudiantes de tiempo completo y dependan del Titular

- La acreditación de la condición de estudiantes de los hijos, será responsabilidad del Contratante, quien deberá solicitar los certificados de estudio según corresponda, los que quedarán en su poder como antecedente de respaldo. La Compañía podrá solicitar estos documentos en cualquier momento, durante la vigencia de la póliza.

Para los Nuevos Asegurados y modificaciones de capitales:

- Deberán estar en buenas condiciones de salud al momento de ingresar a la póliza y deberán ser incorporados a la póliza en la fecha que califican para ello, suscribiendo su incorporación en los plazos establecidos en las condiciones generales de la póliza.
- Vencido el plazo señalado, el asegurado no podrá ingresar a la póliza y deberá esperar un nuevo período de inscripción a la siguiente renovación de la póliza.
- Tanto un nuevo asegurado, como un aumento de capital en un asegurado vigente, independiente del cumplimiento original, para su evaluación deberá completar los documentos establecidos en la tabla de requisitos de asegurabilidad que se define a continuación, donde para los aumentos de capital adicionalmente se debe contemplar lo siguiente:
 - " Todo aumento de capital que afecte a uno o más asegurados que no se encuentre contemplado en estructura de planes, grupos, roles u otros, detallados en el Artículo 3 "Montos asegurados y Tasas" deberá contar con autorización previa por parte de la aseguradora, por considerarse cambio en el riesgo asegurado".

➤ Rango Capital	Hasta 55 años		Desde 56 años	
	Nuevo asegurado	Aumento Capital	Nuevo asegurado	Aumento Capital
Hasta UF 5.000	S.S.C.	D.E.S.	S.S.C.+ D.E.S.	D.E.S.
UF 5.001 a UF 7.000	S.S.C. + D.E.S.	D.E.S.	S.S.C.+ D.E.S.+ Examen 1	D.E.S.+ Examen 1
UF 7.001 a UF 15.000	S.S.C.+ D.E.S.+ Examen 1	D.E.S.+ Examen 1	S.S.C.+ D.E.S.+ Examen 1	D.E.S.+ Examen 1
UF 15.001 a UF 20.000	S.S.C. + D.E.S.+ Examen 2	D.E.S.+ Examen 2	S.S.C.+ D.E.S.+ Examen 3	D.E.S.+ Examen 3
UF 20.001 a UF 35.000	S.S.C. + D.E.S.+ Examen 3	D.E.S.+ Examen 3	S.S.C.+ D.E.S.+ Examen 3	D.E.S.+ Examen 3
UF 35.001	Facultativo	Facultativo	Facultativo	Facultativo
S.S.C.	Formulario "Solicitud de Seguro Colectivo"			
D.E.S.	Declaración Especial de Salud			
Examen 1	Reconocimiento médico, Análisis de Sangre, ECG y HIV.			
Examen 2	Reconocimiento médico, Análisis de Sangre, ECG, Orina Completa y HIV.			
Examen 3	Reconocimiento médico, Análisis de Sangre, ECG, Orina Completa, HIV y Rx Tórax.			
Sobre UF 20.000	Estado Financiero, solamente para pólizas de contribución voluntaria.			

- La validez de la S.S.C y D.E.S, es de 60 días y de los exámenes 4 meses, por lo tanto, si dichos documentos superan el plazo indicado, el requisito deberá ser actualizado.
- Para los aumentos de capital (conforme a periodicidad establecida en Art.3 condiciones particulares) para dar cumplimiento a las exigencias señaladas, se tomarán las modificaciones de capital que sean igual o mayor a UF 1.000, sin perjuicio a lo señalado, todo asegurado que producto del aumento de capital por tabla de requisitos cambia de tramo de exigencia, independiente del monto del aumento de capital, deberá cumplir con el requisito establecido en ésta.
- Cumpliendo los requisitos de asegurabilidad y aprobada la solicitud por el asegurador y el contratante o asegurado en su caso, en los plazos establecidos en las condiciones generales, es decir, a los 30 días siguientes de la fecha que califica como asegurado o de la fecha de la solicitud de modificación del capital asegurado, la vigencia para el asegurado o aumento de capital regirá a contar del primer día del mismo mes,

si la solicitud fue informada antes del día 20 del mismo mes y si la solicitud fue en una fecha posterior, la vigencia regirá a contar del primer día del mes siguiente.

- El Asegurador se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes en aquellos casos que estime necesario y conveniente para la aceptación del asegurable, tales como antecedentes médicos (Exámenes, IMT, Ficha Clínica, etc.) u otros antecedentes para acreditar los requisitos de asegurabilidad y el interés asegurable.

Cobertura excepcional:

- Todo asegurable que no cumpla con lo establecido en la tabla de requisitos de asegurabilidad, será incorporado con cobertura únicamente en los adicionales que cubran eventos por accidente (Muerte Accidental y Desmembramiento), con el capital asegurado en dichas coberturas y hasta un límite máximo de capital de UF 250, excluyéndose toda cobertura que ampare él o los eventos causados por enfermedad.
- La vigencia de la cobertura es a partir del primer día del mes siguiente a la fecha que califica como asegurado.
- En caso de haber coberturas pendientes por otorgar, en forma excepcional, se cubrirán de acuerdo a lo establecido originalmente, siempre y cuando se cumplan los requisitos de asegurabilidad en un plazo que no exceda de los 60 días, contados desde la fecha que se califica como asegurado, cobrándose las primas retroactivas respectivas.
- Si el proceso termina posterior al plazo señalado, la vigencia regirá partir de la fecha que dicho proceso termine, contemplando en esta situación, si los plazos de validez de los documentos se han vencido, la obligación de actualizar las exigencias de asegurabilidad.
- En el evento que el asegurado definitivamente no cumpla con la evaluación exigida, éste seguirá asegurado bajo esta "cobertura excepcional", es decir, sólo por eventos causados por accidentes.

Procedimiento para la aceptación de resoluciones en los asegurados:

Toda restricción o limitación de cobertura distinta de lo aceptado por el asegurado en su solicitud de incorporación, deberá ser aceptada por escrito por parte del asegurado de la póliza, exceptuando de esta definición, las condiciones aceptadas por el contratante en punto "Para asegurados dependientes".

Facultativos:

Podrá ser sometido cualquier asegurado que no cumpla con los requisitos de asegurabilidad, definidos en la tabla de asegurabilidad, siendo facultad de la aseguradora su aceptación, rechazo o restricción de la solicitud.

Condición Especial de Asegurados :

Los siguientes asegurados, se encuentran sujetos a evaluación anual en cada renovación de la póliza:

Asegurados aceptados para mantenerse vigentes un año más, en plan asegurados mayores de 66 hasta 70 años, el cual contempla cobertura Vida con capital UF 250

Asegurado	Rut	Edad
EUGENE KING KUSSELL	09.213.170-K	69,4
JAIME MARABOLI LEYTON	05.575.116-1	68,4
MARIO GONGORA SEARLE	05.851.049-1	68,6
PABLO OSORIO SILVA	06.222.639-0	67,0
MONICA MORALES FREIRE	06.369.295-6	67,4
ADOLFO MORALES CELIS	06.797.560-K	68,1

Asegurados aceptados para mantenerse vigentes un año más, en plan asegurados mayores de 70 hasta 75 años, el cual contempla cobertura Vida con capital UF 100

Asegurado	Rut	Edad
ALFREDO SAAVEDRA RODRIGUEZ	06.198.427-5	71,1
LEONARDO ACUÑA SEGURA	06.334.241-6	70,2
JOSE GAJARDO ALMUNA	05.413.673-0	71,4
EDWARD BROWN BROWN	10.948.444-K	70,8

N° 5: FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

- Periodicidad de pago: Mensual **Vencida**
- Movimientos de asegurados: Las incorporaciones de asegurados deberán ser remitidos por el contratante en los plazos señalados en la presente póliza, y las exclusiones deberán ser informadas hasta el día 20 de cada período mensual, para que su prima no sea considerada en la cobranza a emitir por el asegurador. Con todo, las exclusiones, solamente pueden corresponder a una fecha de término que se aplicará conforme a la fecha de Recepción de la respectiva Notificación a la Compañía.
- Día de emisión de la cobranza: dentro de los primeros 5 días del mes siguiente al período de cobertura.
- Forma de emisión de la cobranza: El documento de cobro, será emitido por la aseguradora, a nivel de empresas
- Día de pago de la prima: hasta el día 10 del mes siguiente al período de cobertura.
- Forma de pago de la prima: El contratante abonará el monto del importe de la prima, directamente a en las oficinas del contratante.
- Emisión de factura: Conjuntamente con el envío de la cobranza, la compañía deberá emitir la factura respectiva, utilizando para efectos de cambio de la moneda de la póliza, el valor de cambio del día 9 del mes inmediatamente siguiente del período de cobertura.
- Período máximo para el pago de la prima (de gracia): **45** días contados desde la fecha de inicio de la cobertura mensual no pagada, vencido el plazo citado, la póliza queda nula y sin efecto según lo señalado en las condiciones generales de la póliza.
- Contributoriedad en el pago de la prima: "Contributorio" financiada en un 50% por la Empresa Contratante y un 50% el Asegurado Titular.

N° 6: BENEFICIARIO

Serán beneficiarios del presente seguro:

- a) **Vida**, el designado por el asegurado titular en la solicitud de ingreso, a falta de éste, se procederá de acuerdo a lo señalado en el Condicionado General de la Póliza.
- b) **Muerte Accidental**, el designado por el asegurado titular en la solicitud de ingreso, a falta de éste, se procederá de acuerdo a lo señalado en el Condicionado General de la Póliza.
- c) **Desmembramiento**, el propio asegurado.
- d) **Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Dos Tercios**, el propio asegurado.
- e) **Gastos Funerarios**: En caso de fallecimiento de un dependiente, se entiende como beneficiario, el Asegurado Titular, y a la falta de este, el beneficio será pagado al cónyuge sobreviviente o a quien demuestre, mediante los comprobantes respectivos, haber incurrido en los gastos funerarios del integrante del grupo familiar sujeto de riesgo.

Nº 7: PAGO DE SINIESTROS

La compañía independiente de la antigüedad de los asegurados, se reserva el derecho de solicitar la información necesaria, que permita evaluar y definir la procedencia de una indemnización por las coberturas que da cuenta la presente póliza.

En el caso de pago de siniestros de Gastos Funerarios (Asegurados Dependientes) se solicitará certificado de defunción y se procederá a indemnizar a todo evento.

Para los eventos de Gastos Funerarios (cónyuges o hijos respectivamente), se deberá presentar certificado de defunción, certificado de matrimonio (dependiente cónyuge) y certificado de nacimiento.

El plazo de presentación de siniestros, se rige por lo estipulado en el Condicionado General y el plazo de Liquidación de siniestro se rige por el presente contrato.

Procedimiento de Liquidación de Siniestros:

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 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 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 pre-informe 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 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

Superintendencia, 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 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de 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 solo lo tendrá el Asegurado. Impugnado el informe, el Liquidador o la Compañía dispondrá de un Plazo de 6 días hábiles para responder la Impugnación.

N° 8: AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

El Asegurado en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro declara que acepta y autoriza a la Compañía de Seguros o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N°19.628 sobre Protección de Datos de carácter personal, Ley N°20.584 sobre confidencialidad y secreto médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y otras.

N° 9: REQUISITOS PARA LA MANTENCION DEL CONTRATO

En caso que se modifique el mínimo de asegurados de esta póliza, es decir, el equivalente al 80% de los asegurados titulares con un mínimo de 283 Titulares, la compañía podrá revisar las condiciones de la póliza proponiendo las modificaciones necesarias para el manejo de ésta. De no lograr acuerdo entre las partes y aún cumpliéndose con el pago de las primas pactadas en el presente contrato, la compañía podrá poner término anticipado a la póliza.

N° 10: VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Este seguro se mantendrá vigente mientras las primas de cada asegurado incluido, se encuentren pagadas y se cumpla con los requisitos básicos para la mantención del contrato, según se señala en artículo anterior y se renovará automáticamente por nuevos periodos anuales, salvo aviso por escrito en contrario, dado por cualquiera de las partes con 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato.

Asimismo, en caso de modificación de las condiciones del contrato en la renovación, el asegurador deberá remitir su propuesta antes de los 30 días del término del contrato.

En caso de término de la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

N° 11: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá realizarse por correo electrónico, registrado para estos efectos en las Condiciones Particulares o certificados correspondientes, según sea el caso, la cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante, asegurado o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo el contratante, asegurado y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo de su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.

N° 12: UNIDAD MONETARIA

Tanto los montos asegurados como las primas, se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente la Unidad de Fomento.

N° 13: RESPONSABILIDADES

Del Contratante: El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del presente seguro colectivo.

De la Compañía y el Intermediario : La compañía y el Intermediario (en su caso), no podrán eximirse de sus obligaciones de asesoría, respecto de los asegurados individualmente considerados en la póliza respectiva.

Del asegurado: Por su parte, el asegurado que suscribe la propuesta o solicitud de ingreso a la póliza, declara expresamente que ha recibido oportuna y adecuadamente asesoría de parte de la Compañía Aseguradora, respecto de las coberturas y condiciones del contrato de seguro.

N° 14: CONSEJO DE AUTORREGULACIÓN

Vida Security 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 Vida Security o a través de la página Web www.ddachile.cl.

N° 15: RETRACTO

El asegurado podrá retractarse de la contratación del presente seguro sin necesidad de expresión de causa, dentro del plazo de 35 días corridos contados desde la fecha en que el asegurado firme la solicitud de incorporación al seguro. Para estos efectos, deberá expresar su voluntad de retractarse a través de comunicación escrita dirigida a la compañía aseguradora o a través del mismo medio en que contrató el seguro.

N° 16: INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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 atiende público, presencialmente, por el 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 Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins N°1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web <http://www.cmf.cl/>.

N° 17: DESPACHO ELECTRONICO DE POLIZA

Conforme a los artículos 515, 517 y 519, del Código de Comercio, las partes convienen que para los efectos de certificado de cobertura, o de la póliza en su caso, bastará con su despacho en documento electrónico por correo electrónico, al correo señalado en la solicitud de incorporación del asegurado, y en el caso del contratante y el corredor de seguros, en lo señalado en la propuesta correspondiente.

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 220131391

ARTÍCULO 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 imperativas 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.

La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la compañía aseguradora, y en base a la información que ha entregado la compañía aseguradora al asegurado respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente póliza.

La presente póliza genera derechos y obligaciones para el asegurado e indistintamente para la compañía aseguradora o la aseguradora. 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. Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 2º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

1.- CONTRATANTE

El empleador, o una entidad jurídica, o la persona que celebra el contrato de seguros, el cual, es señalado como tal en las condiciones particulares de la póliza.

2.- ASEGURADOS

2.1. ASEGURADO TITULAR

La persona que, cumpliendo los requisitos de edad establecidos en las condiciones particulares, es parte de un grupo, en calidad de miembro, trabajador o por tener algún vínculo con la entidad contratante.

2.2. ASEGURADOS DEPENDIENTES

Los familiares del asegurado titular y que, cumpliendo los requisitos de edad establecidos en las condiciones particulares y encontrándose señalados como tales en las respectivas condiciones particulares de esta póliza, detentan al momento de su fallecimiento, cualquiera de las siguientes calidades:

- a) Cónyuge del asegurado titular, o;
- b) La persona que detente la calidad de cónyuge del asegurado titular entendiéndose como

tal, que ambos se han tratado, con el asegurado titular, como marido y mujer en sus relaciones domésticas y sociales por un período no inferior a diez (10) años continuos, probándose el estado civil por medio de un conjunto de testimonios fidedignos que lo establezcan de un modo irrefutable, al amparo de lo establecido en los artículos 310, 312 y 313 del Código Civil.

- c) Otros dependientes del asegurado titular, que se describan expresamente en las condiciones particulares.

2.3. ASEGURADOS

Cuando en esta póliza se utilice el término "asegurado", sin indicar si se trata de un asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto a un asegurado titular como a un asegurado dependiente.

3.- SITUACION O ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Cualquiera situación, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocida por él o diagnosticada, con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza.

4.- FINANCIAMIENTO DE LA PRIMA

De acuerdo a la forma de pago de las primas, se definen dos tipos de modalidades, una de las cuales deberá quedar expresamente establecida en las condiciones particulares:

- a) Modalidad Contributoria: prima financiada conjuntamente por el contratante y el asegurado titular.
- b) Modalidad No Contributoria: prima financiada sólo por el contratante de la póliza o prima financiada sólo por el asegurado titular.

ARTÍCULO 3º: 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 los beneficiarios, después del fallecimiento del asegurado, titular o dependiente, si éste ocurre durante la vigencia de esta póliza.

La prima respecto de cada asegurado se devengará hasta la fecha de vencimiento de la póliza, establecida en las condiciones particulares, o hasta la fecha de fallecimiento del asegurado, si esto ocurre antes.

La presente póliza, sujeta a las exclusiones, estipulaciones y otros términos de la póliza, otorga cobertura al asegurado, en cualquier parte del mundo.

ARTÍCULO 4º: INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

El asegurado titular podrá solicitar el ingreso a la póliza de nuevos asegurados una vez se ha dado inicio a su vigencia, o bien, solicitar se modifique el Capital Asegurado, cubriendo la compañía aseguradora el riesgo de sus vidas, previa aceptación por escrito de la propuesta o solicitud de seguro, con sus documentos accesorios o complementarios, en su caso, pudiendo solicitar el reconocimiento médico y exámenes cuando corresponda, de acuerdo a lo señalado en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO 5 º: CLAUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO 6º: EXCLUSIONES

Este seguro no cubre la muerte del asegurado cuando ésta se produce a consecuencia de, o por complicaciones de:

- a) Suicidio o lesiones auto inferidas de acuerdo al inciso segundo del artículo 598 del Código de Comercio.
No obstante respecto de la cobertura que otorga esta póliza, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido, a lo menos, un (1) año completo e ininterrumpido desde la fecha de incorporación del asegurado o desde el aumento del capital asegurado. En este último caso el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del Capital Asegurado.
- b) Pena de muerte o por participación del asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor, cómplice o encubridor.
- c) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose la muerte a causa o con ocasión de su estado de ebriedad, o cualquier acto calificado como delito por la ley, cometido en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiera reclamar el capital asegurado.
- d) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no-declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, ya sea, con participación directa o no del asegurado en estos actos.
- e) Cualquier acto de terrorismo. Para los efectos de la presente póliza, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
Se excluye también el fallecimiento originado en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos.
- f) Realización o participación en una actividad riesgosa, considerándose como tales aquellas que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo y/o se requiera de medidas de protección y/o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin ser restrictivos en su enumeración, se considera riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajo, deporte o actividad en altura superior a 20 metros o líneas de alta tensión, inmersión submarina a más de 30 metros de profundidad, paracaidismo, alas delta, benji, parapente, andar en cuádrimotor o motocicleta, como conductor o pasajero, carreras de auto, montañismo sobre 3.000 metros del nivel del mar, vuelos no regulares como tripulante o pasajero, carreras de caballo, ski fuera de canchas habilitadas, etc.
- g) Conducción de algún vehículo motorizado cuando el asegurado se encuentre bajo la influencia de cualquier droga que produzca efectos deshinibidores, alucinógenos, somníferos o en estado de ebriedad. Para efectos de esta exclusión se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad cuando posea un resultado igual o superior a 0.8 gramos de alcohol por mil gramos de sangre al momento del accidente. Para estos efectos se establece que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende 0.11 gramos por mil cada hora.
- h) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- i) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales aquellas definidas en el numeral 3 del artículo 2. 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, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.

ARTÍCULO 7 °: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La compañía aseguradora podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo 6 de la presente póliza, siempre que ellos no constituyan un delito, con un pago de extra-prima, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las condiciones particulares de la póliza, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO 8°: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado conforme al artículo 524 del Código de Comercio estará obligado a:

- 1° Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar los riesgos a que se encuentra expuesto el asegurado y apreciar la extensión de los mismos. Para ello, el asegurador dispondrá en la propuesta de seguro un espacio destinado a dichas declaraciones;
- 2° Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen al mismo asegurado;
- 3° Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- 4° Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
- 5° No agravar el riesgo y dar noticia al contratante, asegurado o a la compañía aseguradora sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio;
- 6° Notificar a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible, una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
- 7° Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el tomador del seguro o contratante y el asegurado son personas distintas, corresponde al tomador o contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del tomador o contratante podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 9°: DECLARACIONES DEL ASEGURADO Y CONTRATANTE

Conforme lo dispone el Artículo 524 y 525 del Código de Comercio, con anterioridad a la celebración de este seguro, el contratante y el asegurado deberán declarar por escrito a la compañía aseguradora, al tenor de lo que ésta les solicite, sobre todos los hechos y circunstancias respecto de las personas amparadas por esta póliza, que permitan a la compañía aseguradora evaluar y asumir correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones del contrato.

Asimismo, con anterioridad a la emisión de la póliza, los asegurables titulares deberán declarar por escrito el estado de salud respecto de su persona y de sus dependientes, en los documentos proporcionados por el asegurador.

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado o el contratante, según sea el caso, en la propuesta o solicitud de seguro, o en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen parte integrante y esencial de este contrato de seguro.

La compañía aseguradora se reserva el derecho de comprobar la veracidad de las declaraciones formuladas.

Toda reticencia, falsedad o inexactitud determinantes para apreciar el riesgo asegurado, en que incurra el

contratante o los asegurados en su declaración, al tenor de lo solicitado por el asegurador, tendrá como efecto el término anticipado del contrato y se rechazara el pago de los beneficios reclamados, si su evaluación del riesgo ha sido errónea por causa directa de tales reticencias, falsedades o inexactitudes. En este caso la compañía aseguradora comunicara por escrito al contratante y asegurado, en su caso, el término del contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes no son determinantes para apreciar el riesgo, 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, conforme a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio.

La compañía aseguradora podrá exigir la restitución de los gastos en que ella haya incurrido, cuando los asegurados hayan recibido beneficios fundamentados en documentos falsos o adulterados y otorgados a personas no cubiertas en el contrato. La no restitución de dichos gastos producirá la resolución de la póliza.

ARTÍCULO 10º: AUTORIZACION PARA SOLICITAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

La compañía de seguros estará facultada expresamente para requerir información, incluso de carácter confidencial, de cualquier Médico, Enfermera, Psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, compañía de seguros o a cualquier otra institución pública o privada, relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado a dicha información. A vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, deberá entregar la copia del parte policial y un relato de los hechos, la ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud para la correcta liquidación del siniestro.

ARTÍCULO 11º: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

Los beneficiarios podrán ser designados por el contratante o el asegurado titular según se establezca en las condiciones particulares de la póliza. Con todo, tratándose de asegurados dependientes, el beneficiario siempre será el asegurado titular o, en su defecto el contratante, si así se señala en las condiciones particulares de ésta póliza. A falta del asegurado titular, el beneficiario de asegurados dependientes serán los herederos de éste (el asegurado dependiente).

Se podrá instituir como beneficiarios a cualquier persona. Si se designara a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario.

El contratante o asegurado titular podrá cambiar de beneficiarios cuando lo estime conveniente, enviando la comunicación, por escrito, a la compañía aseguradora, a menos que la designación de ésta haya sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso, dicha designación sólo podrá ser alterada por el contratante o el asegurado, con el consentimiento del beneficiario primitivo.

Si el contratante o el asegurado titular no designan beneficiarios, se entenderá que se instituye como beneficiarios en porcentajes iguales, a los herederos del asegurado titular a la fecha de su fallecimiento.

Si a la muerte del asegurado titular hubiese también fallecido el o los beneficiarios designados en la póliza, ocuparán su lugar los herederos del asegurado titular.

Pagada la indemnización a los beneficiarios que correspondan, la compañía aseguradora se libera de toda obligación que para ella pudiese emanar en virtud de esta póliza.

ARTÍCULO 12º: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO

Las condiciones particulares del presente seguro, así como las condiciones particulares de las Cláusulas Adicionales, si las hubiere, podrán ser modificadas, en cualquier época, por acuerdo entre la compañía aseguradora, el contratante y los asegurados, siempre que estos últimos sean responsables del pago del total o de una parte de la prima de la póliza. Si, por el contrario, el contratante es quien asume íntegramente la responsabilidad del pago de la prima, entonces sólo será necesario, para la modificación de las condiciones particulares, el acuerdo entre la compañía aseguradora y el contratante. Sin embargo, tal modificación no afectará en manera alguna a los siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha del cambio.

Las modificaciones a las condiciones particulares de la póliza deberán constar en endoso u otro documento similar, los cuales se entenderá forma parte de las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO 13: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El Capital Asegurado y el monto de la prima se expresarán en moneda extranjera, en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las condiciones particulares.

El valor de la unidad reajutable señalada en las condiciones particulares, que se considerará para el pago de prima y siniestros, será el vigente al momento del pago de la prima o del siniestro, según sea el caso.

Si la moneda o unidad estipulada dejara de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante y o los asegurados (según quien soporte el pago de la prima) no aceptasen la nueva unidad y lo comunicases así a la compañía aseguradora dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la notificación que ésta le hiciese sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 14º: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

- a) Pago de Primas: El pago de la prima será abonado en forma anticipada por el contratante, en la oficina principal de la compañía aseguradora o, en los lugares que ésta designe y dentro de los primeros 5 días de cada periodo de cobertura mensual, salvo que en las condiciones particulares se establezca una periodicidad y fecha de pago diferente.

Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de esta será siempre de responsabilidad del contratante de la póliza, quien se obliga a recaudarla cuando sea de cargo del asegurado, en cuyo caso se entenderá que ésta fue pagada en la fecha en que el contratante la recibió.

- b) Período de gracia: Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia de 30 días, salvo que en las condiciones particulares de la póliza se establezca otro plazo, el cual, será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagada, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si el asegurado fallece durante dicho plazo, se deducirá del capital a pagar la prima total de la póliza vencida y no pagada.

- c) Término Anticipado del Contrato: Conforme al artículo 528 del Código de Comercio si, al vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, esta no hubiese sido pagada, 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 este objeto, la compañía aseguradora dirija al asegurado y dará derecho al primero a 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 de la compañía aseguradora por los siniestros posteriores al término de la vigencia, cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 15°: REHABILITACION DE LA POLIZA

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro del período original de vigencia del contrato.

A tal efecto, deberá acreditar y reunir las condiciones de Asegurabilidad a satisfacción de la compañía aseguradora y pagar todas las primas vencidas y devengadas que corresponda, y que se encuentren pendientes de pago.

La sola entrega a la compañía aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar la póliza, si previamente no ha habido aceptación escrita de la compañía aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la compañía aseguradora de devolver el valor de las primas recibidas por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 16°: DENUNCIA DE SINIESTROS

- a) Aviso de Reclamo: Todo reclamo de un siniestro cubierto por esta póliza o sus adicionales, según sea el caso, deberá notificarse por escrito a la compañía aseguradora, dentro de los 30 (treinta) días siguientes al hecho que lo motiva.

Asimismo, el reclamante deberá presentar a la compañía aseguradora los antecedentes relativos al siniestro dentro de los sesenta (60) días contados desde igual fecha.

El incumplimiento del plazo del reclamo, o presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta póliza o sus adicionales, según sea el caso, hará perder el derecho de los beneficiarios, liberando a la compañía aseguradora del pago de la indemnización que habría correspondido bajo la presente póliza, salvo caso de fuerza mayor, debidamente justificado a juicio de la aseguradora.

- b) Antecedentes para el pago del siniestro: Al fallecimiento del asegurado, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago del capital asegurado llenando el formulario de denuncia de siniestros (provisto por la compañía aseguradora), presentando los siguientes antecedentes en documentos "originales":

- 1) Certificado de Defunción del asegurado;
- 2) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado,
- 3) Parte policial y alcoholemia (si correspondiese), cuando se trate de un accidente o una causa distinta de la muerte natural,
- 4) Cualquier otro Informe o declaración, certificados o documentos, en especial los relativos a la causa que motiva el cobro del siniestro del asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias, que permitan establecer la responsabilidad del asegurador.

Con todo, la compañía aseguradora se reserva el derecho de solicitar la información necesaria que permita evaluar y definir la procedencia de una indemnización por las coberturas que da cuenta la póliza.

- c) Pago de la indemnización: Recibido los antecedentes que motivan la exigibilidad de la indemnización, la compañía aseguradora evaluará su procedencia en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la presentación de la documentación requerida. Vencido dicho plazo y habiéndose determinado la procedencia del pago, la compañía aseguradora pagará de inmediato el monto de la indemnización.

ARTÍCULO 17°: TERMINACIÓN

El contratante de la póliza, deberá informar el ingreso de los asegurados, dentro de un plazo no mayor a 30 días a contar de la fecha que los asegurables califican para ingresar al seguro y la vigencia de su cobertura,

comenzará el primer día del mes inmediatamente siguiente al de su notificación, previa calificación por parte de la Compañía, del ? cómo y por quién? cumplimiento de las condiciones de Asegurabilidad.

El plazo para incorporar a un asegurado es el siguiente:

1. Para el titular, dentro de los 30 días siguientes de la fecha que pertenece al grupo, o de inicio de su contrato de trabajo, u otro, si así se indica en las condiciones particulares de la póliza. 2. Para el cónyuge, conjuntamente con el asegurado titular, si se trata de un nuevo asegurado titular, o dentro de los 30 días siguientes a la celebración del matrimonio, para el caso de un asegurado titular ya incorporado, u otro, si así se indica en las condiciones particulares de la póliza.

Todos los asegurados deberán completar los requisitos de Asegurabilidad establecidos en las condiciones particulares de la póliza y su ingreso y aceptación deberá constar y ser aprobada por a la compañía aseguradora.

Todo asegurado que no haya sido notificado y/o no cumpla los requisitos de Asegurabilidad establecidos en las condiciones particulares de la póliza, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Las personas que reuniendo los requisitos de Asegurabilidad establecidas en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, no hayan ingresado al seguro en el momento que califican para ingresar, no lo podrán hacer hasta el aniversario siguiente de la póliza, debiendo acreditar, a satisfacción de la compañía aseguradora, su buen estado de salud. Esta condición rige para los titulares y para los dependientes de estos.

ARTÍCULO 18º: REQUISITOS PARA LA MANTENCIÓN DEL CONTRATO

Se establece como condición y requisito mínimo para que la compañía aseguradora asuma y mantenga la cobertura vigente de la póliza, el cumplimiento del porcentaje de adhesión o del número de asegurados mínimos, que se definan expresamente en las respectivas condiciones particulares de la póliza

ARTÍCULO 19º: TÉRMINO ANTICIPADO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La presente póliza terminará anticipadamente respecto de un asegurado, en los siguientes casos:

- 1) Por la pérdida de requisitos que lo califican como asegurado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 2 numeral 2.
- 2) Por término de la cobertura del asegurado titular, termina automáticamente la cobertura de los asegurados dependientes.
- 3) Por término de la póliza o sus adicionales, como asimismo según el artículo 13.
- 4) Cuando el contratante lo excluya de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la compañía aseguradora.
- 5) Cuando el asegurado hubiere omitido, retenido o falseado información sobre si o sus dependientes que altere el concepto de riesgo asumido por la compañía aseguradora; o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas, todo lo cual, la compañía aseguradora informará por escrito al asegurado. En estos casos, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado esta póliza.
- 6) Por mora en el pago de las obligaciones de hacer las contribuciones de primas requeridas, en los términos y condiciones establecidas en esta póliza. La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 días contados desde la fecha de envío de la comunicación que, con este objeto, haya enviado la compañía aseguradora al contratante y dará el derecho a la compañía aseguradora para exigir que se le pague la prima devengada hasta la terminación y los gastos de formalización del contrato que se definan en las condiciones particulares. 7) Por incumplimiento de los requisitos para la mantención del contrato, según artículo 18.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado que fuere excluido, a contar de la fecha en que opere tal exclusión. Del mismo modo, en tales casos, y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del asegurado excluido.

ARTÍCULO 20°: VIGENCIA Y TÉRMINO DE LA POLIZA

La póliza tendrá vigencia hasta la fecha señalada en las condiciones particulares, y se renovará automáticamente por nuevos periodos anuales, salvo aviso por escrito en contrario, dado por cualquiera de las partes con 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato. No obstante lo anterior, cualquiera de las partes podrá ponerle término anticipado con aviso previo por escrito de a lo menos de 30 días, a la fecha en que se quiera terminar, requiriéndose por parte del asegurador que el término anticipado del contrato se haga con expresión de las causales que lo justifiquen, de aquellas indicadas en las condiciones particulares de la póliza.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 21°: NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS

El contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador información falsa al prestar la declaración a que se refiere el número 1° del artículo 8 de este condicionado se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro conforme al artículo 539 del Código de Comercio.

En dichos casos, 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.

Esta póliza se encuentra sujeta al Artículo 470 del Código Penal, que en su punto 10° establece que a los que maliciosamente obtuvieren para sí, o para un tercero, el pago total o parcialmente indebido de un seguro, sea simulando la existencia de un siniestro, provocándolo intencionalmente, presentándolo ante el asegurador como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando la cosa asegurada o aumentando fraudulentamente las pérdidas efectivamente sufridas. Si no se verifica el pago indebido por causas independientes de su voluntad, se aplicará el mínimo o, en su caso, el grado mínimo de la pena. La pena se determinará de acuerdo con el monto de lo indebidamente solicitado.

ARTÍCULO 22°: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía aseguradora y el contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá realizarse por correo electrónico u otro medio electrónico o no, registrado para estos efectos en las condiciones particulares o certificados correspondientes, según sea el caso, la cual, se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante, asegurado o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo el contratante, asegurado y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo de su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.

Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la compañía aseguradora podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio registrado en la compañía aseguradora o al último domicilio del contratante,

registrado en las condiciones particulares de la Póliza. Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo.

De acuerdo a lo dispuesto en el art. 517 del Código de Comercio, la compañía aseguradora deberá notificar a los asegurados a través del tomador, todas las modificaciones del seguro, pudiendo éstos renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los 10 días siguientes a recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se haya abonado desde la modificación.

Las comunicaciones dirigidas a la compañía aseguradora deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la compañía aseguradora.

ARTÍCULO 23°: LUGAR DE RESIDENCIA PARA LOS ASEGURADOS

Se establece como país de residencia para los asegurados, Chile, por lo tanto, en caso que un asegurado se encuentre en el extranjero por más de tres (3) meses consecutivos, se considerará no asegurable para los efectos de esta póliza y deberá ser excluido del presente contrato.

ARTÍCULO 24°: ARBITRAJE Y SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Conforme al artículo 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.

Sin embargo, el asegurado o el beneficiario podrán por sí solos someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros, las resolución de las dificultades que se produzcan con la compañía aseguradora cuando el monto de la indemnización reclamada no sea superior a 120 Unidades de Fomento.

ARTÍCULO 25°: DOMICILIO

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro el del domicilio del beneficiario conforme al Artículo 543 del Código de Comercio.

CLAUSULA PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 320131537

Esta cláusula adicional, no obstante lo señalado en las condiciones generales de la póliza se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO N° 1: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La compañía aseguradora pagará a los beneficiarios de la póliza, además del capital señalado en las condiciones particulares para la póliza principal, el capital asegurado estipulado en las condiciones particulares para esta cláusula adicional si el fallecimiento del asegurado se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la compañía que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente.

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

ARTÍCULO N° 2: DEFINICIÓN

Para efectos de esta cláusula adicional se entenderá por:

ACCIDENTE: Para los efectos de este adicional, se entiende por 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 la consecuencia de muerte que pueda resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

No se considerarán como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, enfermedades mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

ARTÍCULO N° 3: EXCLUSIONES

El presente adicional excluye de su cobertura y no cubre el fallecimiento del asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Suicidio, o por lesiones inferidas al asegurado por si mismo o por terceros con su consentimiento.
- b) Si el accidente que ha causado el fallecimiento, se ha originado con anterioridad al inicio de la vigencia de la cobertura del asegurado.
- c) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío, o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo como tal aquéllas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- d) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, automóviles, motocicletas y lanchas, y otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.

- e) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.
- f) 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.
- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- h) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- i) 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: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La compañía aseguradora podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo 3° letras d), e) y g) del presente adicional, con un pago de extra-prima, si corresponde, y dejándose expresamente establecido en las condiciones particulares de esta cláusula, los riesgos cubiertos.

ARTÍCULO N° 5: TERMINACIÓN

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio de las condiciones generales de la póliza principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en éste, por dichas condiciones, de modo que sólo será válido y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente. Sin perjuicio a lo señalado, la cobertura queda sin efecto a contar de la fecha en que el asegurado exceda los límites de edad señalados para este adicional, en las condiciones particulares. Por lo tanto, el pago de la prima en forma posterior al término de la cobertura, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización por un fallecimiento que se produzca con posterioridad a esa fecha, debiendo la compañía restituir las primas pagadas en exceso, valores que serán entregados al contratante de la póliza, para que este último entregue el todo o parte de la prima pagada en exceso al asegurado, si así procediese.

CLAUSULA PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 320131536

Esta cláusula adicional, no obstante lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTICULO N° 1: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La compañía pagará al asegurado por concepto de este adicional, el monto señalado en las condiciones particulares de esta cláusula adicional, en la forma y condiciones que, más adelante, se estipulan por cualquier accidente que le ocasione la incapacidad parcial y permanente de su visión o de alguno de sus miembros, siempre que ellas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente que las originó.

Los porcentajes de indemnización respectivos, se definen de acuerdo a lo siguiente:

1. 100% del capital asegurado por la pérdida total de:
 - la visión de ambos ojos, o
 - ambos brazos o ambas manos, o
 - ambas piernas o ambos pies, o
 - un brazo o mano conjuntamente con una pierna o pie.
2. 50% del capital asegurado por la pérdida total de:
 - la audición de ambos oídos, o
 - un brazo, o
 - una pierna, o
 - la visión de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiese tenido ceguera total del otro, antes de contratar este adicional.
3. 40% del capital asegurado por la pérdida total de:
 - una mano, o
 - un pie.
4. 35% del capital asegurado por la pérdida total de:
 - la visión de un ojo en caso que no existiere ceguera total del otro, antes de contratar este adicional.
5. 25% del capital asegurado por la pérdida total de:
 - la audición de un oído en caso que el asegurado ya hubiese tenido sordera total del otro, antes de contratar esta cláusula adicional.
6. 20% del capital asegurado por la pérdida total de:
 - un pulgar derecho o izquierdo.
7. 15% del capital asegurado por la pérdida total del:

- índice derecho o izquierdo.
- 8. 13% del capital asegurado por la pérdida total de:
 - la audición completa de un oído.
- 9. 5% del capital asegurado por la pérdida total de:
 - cualquiera de los otros dedos de la mano.
- 10. 3% del capital asegurado por la pérdida total de:
 - un dedo del pie.
- 11.- La pérdida de cada falange, se calculará en forma proporcional, en función de falanges que tenga el dedo. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos o falanges perdidos.

En caso de ocurrir más de un accidente, los porcentajes a indemnizar se calcularán aplicando los porcentajes indicados, sobre el capital asegurado y no sobre el saldo después de pagadas las indemnizaciones anteriores. Sin embargo, el total de las indemnizaciones provenientes de la incapacidad por uno o más accidentes ocurridos durante la vigencia de esta cláusula adicional, no podrán en ningún caso exceder el 100% del capital asegurado por concepto de esta cláusula adicional.

La cobertura de esta cláusula adicional es incompatible con la cláusula adicional por Muerte Accidental, cuando ambos adicionales cubran un mismo accidente. Por consiguiente, si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente cubierto por ambas cláusulas adicionales, las sumas que se paguen en virtud de la presente cláusula adicional, serán descontadas de las que corresponda pagar por el concepto de la cláusula adicional por Muerte Accidental.

La suma pagada por esta cláusula adicional no afectará al capital asegurado de la cláusula adicional por Muerte Accidental en el caso de que el asegurado falleciere a consecuencia de otro accidente posterior, todo ello siempre que dicha cláusula adicional haya sido incluida en la póliza.

ARTÍCULO N° 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional, se entiende por:

- **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 considerarán como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, enfermedades mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.
- **INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE:** La pérdida total e irrecuperable de un miembro u órgano del cuerpo.
- **INCAPACIDAD:** Cada vez que en este adicional se utilice el término de "incapacidad", se entenderá que se refiere a una incapacidad parcial y permanente.
- **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.
- **PÉRDIDA FUNCIONAL ABSOLUTA:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo

al cual pertenece.

- **MIEMBRO:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **ÓRGANO:** Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

ARTÍCULO N° 3: EXCLUSIONES

El presente adicional excluye de su cobertura y no cubre la incapacidad del asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por si mismo o por terceros con su consentimiento.
 - b) Si el accidente que ha causado la incapacidad, se ha originado con anterioridad al inicio de la vigencia de la cobertura del asegurado.
 - c) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío, o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo como tal aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
 - d) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, automóviles, motocicletas y lanchas, y otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.
 - e) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.
 - f) 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.
 - g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
 - h) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- 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°: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La compañía aseguradora podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo 3° letras d), e) y g) de la presente cláusula adicional, con un pago de extra-prima, si corresponde, y dejándose expresamente establecido en las condiciones particulares de esta cláusula adicional, los riesgos cubiertos.

ARTÍCULO N° 5: AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN

Sin perjuicio de lo señalado en las condiciones generales de la póliza principal, el asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la compañía aseguradora solicite para efectos de que esta pueda determinar y verificar el grado de incapacidad y efectividad de las lesiones originadas en el accidente. El costo será de cargo de la compañía aseguradora.

ARTÍCULO N° 6: DETERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD

La compañía aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido la incapacidad de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

El asegurado o su representante, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta 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 a lo menos los últimos 3 años en alguna de las instituciones hospitalarias dependientes del Ministerio de Salud.

La junta médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra afectado por una incapacidad parcial y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha incapacidad.

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 incapacidad del asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la compañía aseguradora y para la junta médica un valor meramente informativo.

Durante el período de evaluación, se mantiene sin alteración alguna las obligaciones del contratante y asegurado, respecto al pago de las primas.

Una vez determinada la fecha en que se produjo la incapacidad, se procederá a reliquidar las primas pagadas en exceso, restituyendo al contratante todas las sumas que correspondan a primas pagadas en exceso.

ARTÍCULO N° 7: TERMINACIÓN

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio de las condiciones generales de la póliza principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en éste, por dichas condiciones, de modo que sólo será válido y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente. Sin perjuicio a lo señalado, la cobertura queda sin efecto a partir de la fecha en que el asegurado exceda los límites de edad, señalados en las condiciones particulares de esta cláusula adicional. Por lo tanto, el pago de la prima en forma posterior al término de la cobertura, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización por una incapacidad que se produzca con posterioridad a esa fecha, debiendo la compañía restituir las primas pagadas en exceso, valores que serán entregados al contratante de la póliza, para que este último, entregue el todo o parte de la prima pagada en exceso al asegurado, si así procediese.

CLAUSULA PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 320131547

Esta cláusula adicional, no obstante lo estipulado en las condiciones generales de la póliza, se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO N° 1: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

El Capital Asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento será pagado por la compañía aseguradora anticipadamente al asegurado en caso de invalidez permanente dos tercios, siempre que se cumplan las siguientes condiciones copulativas:

- a) Que la póliza principal esté vigente.
- b) Que la invalidez permanente dos tercios se produzca antes que el asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las condiciones particulares de la póliza.
- c) Que la invalidez permanente dos tercios sea causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional.
- d) Que la patología alegada como invalidante no sea de aquellas excluidas en las condiciones generales de la póliza o en el artículo 3° de esta cláusula adicional.

Se deja expresa constancia que el monto del capital asegurado a pagar por esta cláusula adicional, será siempre igual al monto que se debiera indemnizar por el seguro principal, en caso de fallecimiento, a la fecha de la invalidez.

Por consiguiente, el pago al asegurado de la indemnización por concepto de la presente cláusula adicional producirá la terminación inmediata de la póliza principal y de todas las demás cláusulas adicionales, de la misma forma que si se hubiese pagado el capital asegurado por fallecimiento en la póliza principal.

En consecuencia, se extinguirá el derecho al cobro de otras indemnizaciones y del capital de sobrevivencia o valores garantizados, si existieren.

ARTÍCULO N° 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

- a) Invalidez permanente dos tercios: La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, de a lo menos dos tercios (2/3) 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 permanente dos tercios 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.

b) 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.

c) 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.

d) 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.

e) Miembro: Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.

f) Órgano: Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

ARTÍCULO Nº 3: EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la invalidez permanente dos tercios 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 práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.

d) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.

e) 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.

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

g) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la contratación de la cobertura de esta cláusula adicional. 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, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza.

Con todo, la declaración especial del asegurable no será necesaria en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por estos. 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: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La compañía aseguradora cubrirá la invalidez permanente dos tercios que afecte al asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el artículo N° 3 letras c),d) y f), cuando estos hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la compañía aseguradora con el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Será obligación del asegurado, proporcionar a la compañía aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la compañía para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la compañía solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la invalidez permanente dos tercios. El costo de estos será de cargo de la compañía aseguradora.

ARTÍCULO N° 6: DENUNCIA DE SINIESTROS

Producida la invalidez permanente dos tercios del asegurado, cualquier persona deberá comunicarlo por escrito a la compañía dentro un plazo de noventa (90) días. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder el derecho a la indemnización establecida en la presente cláusula adicional, salvo en caso de fuerza mayor.

ARTÍCULO N° 7: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

La compañía aseguradora determinará en un plazo máximo de 30 días si se ha producido la invalidez permanente dos tercios de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la invalidez permanente dos tercios sea evaluada por una junta 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 Administradoras de Fondos de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la invalidez permanente dos tercios 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 permanente dos tercios.

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, 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.

ARTÍCULO N°8: TERMINACIÓN

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio 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 este vigente, quedando sin efecto:

a) Por terminación anticipada del seguro principal o de la cobertura para algún asegurado. En este caso, esto es válido solo para dicho asegurado.

b) Por rescate o transformación del seguro principal de la póliza en seguro saldado o en seguro prorrogado, cuando estos derechos estén contemplados en ésta.

c) A partir de la fecha en que el asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las condiciones particulares de la póliza, rebajándose desde entonces la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.

d) Por falta de pago de la prima convenida y estipulada en las condiciones particulares de la póliza para este adicional. En caso de no pago de prima para un asegurado en particular, la terminación anticipada será válida sólo respecto de aquel asegurado. Antes de producirse la terminación anticipada de la cobertura por falta de pago de prima que describe este artículo, se aplicará el periodo de gracia señalado en las condiciones generales del seguro principal.

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 permanente dos tercios que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima será devuelta en los términos establecidos en el seguro principal.

Asimismo, la compañía aseguradora podrá poner término anticipado a la cláusula adicional cuando al asegurable hubiese omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la compañía aseguradora, o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.