

## POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131562

### **ARTICULO 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.

La presente Póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el Asegurado a solicitud de la Compañía, y en base a la información que ha entregado la Compañía 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 tanto para el Asegurado como para la Compañía. Si el Contratante 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.

### **ARTICULO 2: COBERTURA.**

En virtud de este seguro y en las condiciones y términos establecidos en las presentes Condiciones Generales, la Compañía pagará al Asegurado o Beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por un Accidente siempre que éstas ocurran durante la vigencia de la Póliza y por causa no excluida, las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la descripción de las coberturas que se indican a continuación:

#### **Alternativa A: MUERTE ACCIDENTAL**

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

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de ocurrido el Accidente.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún Accidente, la Compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado por el mismo Accidente bajo la cobertura definida en la Alternativa C, en caso de haber sido contratada.

#### **Alternativa B: INCAPACIDAD PERMANENTE DOS TERCIOS**

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente dos tercios, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de Accidente, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo del Asegurado, que deberá ser determinada por la Compañía conforme a las pruebas presentadas y exámenes requeridos.

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un Accidente, el Asegurado se encuentre dentro de los ciento ochenta (180) días contados desde la fecha del Accidente, en estado de incapacidad permanente dos tercios, la Compañía pagará el monto indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza menos cualquier otro monto pagado al Asegurado por el mismo Accidente bajo la cobertura definida en la Alternativa C.

Será obligación del Asegurado, proporcionar a la Compañía 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.

La Compañía determinará en un plazo máximo de sesenta (60) días, contados desde la fecha en que conste la presentación de la última información requerida, si se ha producido la invalidez permanente dos tercios de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso. La Compañía comunicará al Asegurado por carta certificada su aprobación o rechazo a la solicitud presentada.

La declaración de invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la Compañía un valor meramente informativo.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía, el contratante deberá continuar pagando las Primas a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta Póliza.

Si procede el pago de la indemnización, la Compañía pagará el monto Asegurado por esta cobertura y devolverá las Primas de esta cobertura pagadas desde el mes siguiente de la referida fecha de notificación de la invalidez siempre que no existan cuotas atrasadas, en cuyo caso serán deducidas del total de Primas a devolver.

### **Alternativa C: DESMEMBRAMIENTO**

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del Asegurado producto de un Accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los ciento ochenta (180) días contados desde su ocurrencia, la Compañía indemnizará al Asegurado los siguientes porcentajes del monto Asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza:

100% en caso de pérdida total de la visión de ambos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;

50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano, o de un pie, o por la sordera completa de ambos oídos, o por la pérdida del habla;

50% por la ceguera total de un ojo en caso de que el Asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

35% por la pérdida total de la visión de un ojo;

25% por la sordera completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;

20% por la pérdida total del pulgar de una mano;

15% por la sordera total completa de un oído;

5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano y,

3% por la pérdida total de un dedo del pie.

La indemnización por la pérdida total de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos.

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta Alternativa C, se establece el significado de los siguientes términos:

**Pérdida Total:** Se entiende por "pérdida total" referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

**Pérdida Funcional Total:** Se entiende por "pérdida funcional total" la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

**Miembro:** Se entiende por "miembro", cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

La pérdida funcional total de cualquier miembro, cuando sea permanente e irreversible, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la Póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto Asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más Accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta Póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto Asegurado para esta alternativa C.

#### **Alternativa D: REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE**

En virtud de esta cobertura la Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el monto máximo señalado en las Condiciones Particulares por los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios, razonables y acostumbrados, incurridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata y directa de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas o medicamentos adquiridos dentro de un plazo de ciento ochenta (180) días, contados desde la fecha de ocurrencia de cada Accidente. Para todo efecto, por cada Accidente ocurrido, cualquier reembolso será posterior al pago del monto del deducible que se indica en las Condiciones Particulares.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado, de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados.

Esta cobertura no cubrirá los gastos que deban reintegrar al Asegurado la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar del cual sea socio u otras instituciones similares que otorguen tales beneficios, de manera que el Asegurado deberá obtenerlos en forma previa a requerir la cobertura que otorga esta cláusula adicional, dado que en ningún caso el total de los reembolsos de gastos que eventualmente se otorguen al Asegurado, podrán exceder el monto de los gastos correspondientes a las prestaciones otorgadas.

#### **Alternativa E: INDEMNIZACION DIARIA POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE ACCIDENTE**

En virtud de esta cobertura, la Compañía pagará al Asegurado hospitalizado a causa de Accidente, una indemnización diaria establecida en las Condiciones Particulares. Se pagará la indemnización diaria por hospitalización hasta por el máximo de días señalados en las mismas Condiciones Particulares. El período de carencia determinado en las Condiciones Particulares, se aplicará tantas veces el Asegurado se hospitalice durante la vigencia de la cobertura siempre y cuando el ingreso no sea consecuencia de un Accidente que previamente haya causado la hospitalización.

Será condición necesaria para proceder al pago de la indemnización diaria, la presentación por parte del Asegurado de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Hospital o Clínica.

Queda expresamente establecido que sólo la cobertura de la Alternativa A podrá contratarse individualmente. Las coberturas de las Alternativas B, C, D y E sólo podrán contratarse si lo son en conjunto con la cobertura de la Alternativa A. En las Condiciones Particulares deberán consignarse expresamente las coberturas contratadas.

### **ARTICULO 3: DEFINICIONES.**

Para los efectos de las coberturas de esta Póliza, las siguientes expresiones tendrán el significado que se indica a continuación:

1. Asegurado: Es toda persona natural que habiendo sido debidamente aceptada como tal por la Compañía le transfiere el riesgo, está habilitada para requerir la cobertura otorgada por esta Póliza y se encuentra individualizada en las Condiciones Particulares de ésta.
2. Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al 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 un 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, infecciones virales o bacterianas que sufra el Asegurado, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
3. Compañía: Es la entidad aseguradora cuya Póliza de seguro de vida selecciona el Contratante, tomando de su cuenta el riesgo.
4. Contratante: Es la persona que suscribe este contrato con la Compañía, asumiendo las obligaciones que se deriven del mismo y cuya individualización se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza.
5. Día Cama de Hospitalización: Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al Asegurado durante su Hospitalización.
6. Edad Actuarial: Es la edad correspondiente al cumpleaños más próximo, ya sea pasado o futuro, que el Asegurado tenga en una determinada fecha.
7. Gastos Ambulatorios: Se entenderá por prestación realizada en forma ambulatoria o sin Hospitalización aquella efectuada al Asegurado que implique su permanencia en un Hospital por un período menor o igual a veinticuatro (24) horas.
8. Gastos de Hospitalización: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización efectuadas o prescritas por un Médico tratante. Dentro de los Gastos de

Hospitalización serán considerados aquellos gastos en que incurra el Asegurado durante una Hospitalización Domiciliaria.

9. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar a los Gastos Ambulatorios y/o Gastos de Hospitalización en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. En este análisis se deberá considerar además: (i) que sean las prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de las lesiones derivadas de un Accidente y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (ii) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (iii) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la Compañía podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo al nivel y volumen de prestaciones realizadas en los establecimientos médicos de mayor prestigio profesional del país, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando.

10. Hospital: Es todo establecimiento público o privado autorizado como tal por el Ministerio de Salud. Se excluye expresamente toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, sanatorios particulares, casas para convalecientes o lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales y adicciones tales como a drogas, tabaco y/o alcohol.

11. Hospitalización: Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común y que utilice a lo menos un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

12. Período de Gracia: Es el período de tiempo, señalado en las condiciones particulares, durante el cual la Póliza permanecerá vigente pese a no haber pagado el Contratante la Prima convenida. Dicho plazo se contabiliza a partir del primer día del mes de cobertura no pagado. Si el Asegurado fallece durante este período se deducirá del Capital Asegurado a pagar la Prima vencida y no pagada.

13. Póliza: Corresponde al documento justificativo del seguro.

14. Prima: Es la retribución o precio del seguro y en este caso corresponde a la suma de dinero que el Contratante se compromete a pagar a la Compañía en forma periódica. Su monto y forma de pago, por su naturaleza, se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

#### **ARTICULO 4: EXCLUSIONES.**

No se efectuará el pago de las indemnizaciones establecidas en las coberturas que se indican en el Artículo 2 de esta Póliza, cuando el fallecimiento o Lesiones del Asegurado se produzcan a consecuencia de:

- (a) Suicidio o intento del mismo, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- (b) Participación del Asegurado en actos calificados por ley como delitos;
- (c) La participación en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa;
- (d) Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros;
- (e) Participación activa del Asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro y fuera del

país;

(f) Participación activa del Asegurado en acto terrorista. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma;

(g) La práctica de cualquier deporte objetivamente riesgoso. Serán consideradas riesgosas actividades tales como: competencias o ejercitación de tipo federado, de liga o club; equitación; carreras de caballos; lanchas; deportes mecánicos; así como los conocidos como deportes extremos y/o de contacto físico, tales como parapente, benji, montañismo o escalada, buceo o inmersión subacuática, paracaidismo, alas delta, artes marciales u otros del mismo género, y en general aquellas actividades que requieren el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica;

(h) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio objetivamente riesgoso que las partes hayan acordado excluir de la cobertura, al no aceptar el Contratante un aumento en los Costos de las Coberturas asociados, o que no haya sido declarado por el Asegurado;

(i) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento o estudio clínico, exhibición, desafío o actividad objetivamente peligrosos, entendiendo por tales aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas;

(j) 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, tales como lo son las siguientes:

1. La manipulación de explosivos o sustancias químicas corrosivas.
2. La manipulación de sierras mecánicas, de vaivén, banda o circulares utilizadas en industrias o fábricas.
3. La manipulación de máquinas de soldar utilizadas en industrias o fábricas.
4. Trabajar en la carga o descarga de vehículos, buques o aviones.
5. Matar ganado.

(k) Desempeñarse como deportista de alto rendimiento o profesional según lo establecido en el artículo 8º de la Ley del Deporte N° 19.712 de enero de 2001 y en el DFL 1 de 1970, respectivamente.

(l) Motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la Compañía.

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

(n) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados.

(o) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.

(p) Intoxicación o encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico, estupefaciente, droga o alucinógeno. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

(q) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el servicio Sismológico del Departamento de Geofísica de la Universidad de Chile, o del servicio que en el futuro lo reemplace.

(r) Ataque epiléptico o apopléjico.

(s) Estados de demencia, deficiencia mental o perturbaciones del conocimiento; o

(t) Fisión o fusión nuclear, o contaminación radioactiva.

(u) Cirugía ocular correctiva, lentes o anteojos ópticos, aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración de los sentidos siempre que no sean consecuencia de un Accidente;

(v) Cualquier tipo de órtesis;

(w) Medicamentos, remedios, drogas e insumos ambulatorios distintos de aquellos prescritos al Asegurado por el Médico tratante en relación con el Accidente;

(x) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, Medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes ni necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una lesión derivada de un Accidente;

(y) Gastos incurridos por acompañantes, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares;

Además de las exclusiones antes mencionadas, la cobertura de la Alternativa D no reembolsará los gastos médicos, cuando ellos provengan o se originen por:

(a) Lesión causada por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.

(b) Prótesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.

(c) La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del Asegurado.

(d) La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

(e) Los traslados por vía aérea del Asegurado o aquellos por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del Accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.

La Compañía cubrirá el fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes objetivamente riesgosos excluidos en este Artículo 4 letras (h) e (i), únicamente cuando éstos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la Compañía, dejándose constancia de dicho acuerdo en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

## **ARTICULO 5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.**

El Asegurado estará obligado a: (i) declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía para identificar y apreciar la extensión del riesgo; y (ii) pagar la Prima en la forma y época pactadas si el Contratante no lo hace.

## **ARTICULO 6: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.**

En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el Asegurado, de conformidad con los requisitos y formalidades requeridas para el efecto por la normativa legal y administrativa vigente.

Dado lo anterior, el Asegurado deberá informar detalladamente a la Compañía lo que ésta le requiera acerca de todas las circunstancias que puedan influir en la apreciación de los riesgos, respondiendo los cuestionarios que la Compañía le presente, describiendo las patologías preexistentes y sometiéndose a los exámenes médicos que le sean requeridos. El costo de estos exámenes será de cargo de la Compañía.

Si el siniestro no se ha producido y el Contratante y/o el Asegurado según corresponda, hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el Asegurado no revisten alguna de dichas características, la Compañía podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la Prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición de la Compañía o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, la Compañía quedará exonerada de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo a lo indicado precedentemente y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la Prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

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

#### **ARTICULO 7: AGRAVACION O ALTERACION DEL RIESGO.**

Durante toda la vigencia de la Póliza, el Asegurado deberá emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el Siniestro; no agravar el riesgo e informar a la Compañía sobre las circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los 5 días siguientes de haberlas conocido siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por la Compañía.

#### **ARTICULO 8: VIGENCIA Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO.**

El inicio de vigencia y el plazo de duración del seguro serán indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Su renovación será automática al final del período a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de una carta cuyo envío sea debidamente certificado, con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días corridos a la fecha del vencimiento de esta Póliza. Sin embargo, en caso que la Compañía decida no renovar esta Póliza, la Compañía mantendrá su obligación de reintegrar los Gastos Reembolsables originados por un Evento ocurrido con anterioridad a la fecha de término de esta Póliza, hasta alcanzar el Monto Máximo de Gastos Reembolsables o cumplirse el plazo máximo de duración del Evento, lo que ocurra primero.

En cada renovación anual de esta Póliza, la Compañía podrá establecer nuevas Primas para el período siguiente. Las nuevas Primas serán comunicadas por escrito al Contratante con una anticipación de a lo menos cuarenta y cinco (45) días a la fecha de la renovación y deberán ser pagadas hasta el vencimiento



del nuevo período.

En caso de haber comunicado un cambio en las condiciones de renovación, sólo se entenderá renovada esta Póliza por un nuevo período, si las nuevas Primas informadas son pagadas por el Contratante en la oportunidad que corresponda de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares.

Si las nuevas Primas no son pagadas en su totalidad en la oportunidad correspondiente, se entenderá no renovada esta Póliza, terminando la responsabilidad de la Compañía en la fecha de vencimiento de la cobertura efectivamente pagada.

#### **ARTICULO 9: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA.**

La Prima será pagada en forma anticipada en la oficina principal de la Compañía o en los lugares que ésta designe, de acuerdo a la periodicidad escogida por el Contratante que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la Prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

Si el Contratante incurre en mora o simple retardo en el pago de la Prima, la Cobertura se mantendrá vigente por el Período de Gracia señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza. En el caso que, transcurrido dicho período, el Asegurado no hubiera pagado la Prima, se producirá el término del contrato de seguro de acuerdo a lo señalado en el Artículo 10, letra (d) de estas Condiciones Generales.

#### **ARTICULO 10: TERMINACION.**

El contrato de seguro terminará por alguna de las siguientes razones:

(a) Fallecimiento del Asegurado;

(b) Por el pago de la cobertura de Incapacidad Permanente Dos Tercios descrita en el Artículo 2 de esta Póliza.

(c) Por el pago del 100% del monto asegurado en la cobertura de Desmembramiento descrita en el Artículo 2 de esta Póliza.

(d) En el caso que, previo aviso de la Compañía en los términos del artículo 528 del Código de Comercio y transcurrido el Periodo de Gracia, el Asegurado no pague la Prima convenida;

(e) A partir de la fecha en que ese Asegurado cumpla la edad tope de cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza;

(f) En caso que la Compañía decida ponerle término de acuerdo a lo indicado en el inciso tercero del Artículo 6 de estas Condiciones Generales;

(g) En caso de verificarse la situación señalada en el Artículo 11 de estas Condiciones Generales y el Contratante no acepte un cambio de moneda o unidad del contrato;

(h) Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso el Contratante tendrá derecho a restitución de la parte de la Prima pagada no ganada por la Compañía correspondiente al tiempo no corrido.

En caso de producirse el término del contrato de seguro por las causas señaladas en las letras (f) o (g) de este Artículo 10, el contrato de seguro expirará en un plazo de treinta (30) días desde que la Compañía le

haya enviado la comunicación al Contratante.

#### **ARTICULO 11: MONEDA DEL CONTRATO.**

Todos los valores de este contrato 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 de la Póliza.

El valor de la moneda extranjera, Unidad de Fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, que se considerará para el pago de las Primas e indemnizaciones, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la Compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá el término anticipado de la Póliza, conforme lo establecido en el Artículo 10 de estas Condiciones Generales.

#### **ARTICULO 12: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS.**

El Contratante podrá designar como Beneficiarios para cobrar la indemnización establecida en esta Póliza de seguro en caso de fallecimiento del Asegurado, a una o más personas, individualizándolas en la Declaración de Beneficiarios que la Compañía ponga a disposición del Contratante.

El Contratante podrá cambiar de Beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable. En este último caso el consentimiento del Beneficiario deberá ser manifestado por escrito a la Compañía.

Si al momento del fallecimiento del Asegurado uno o más de los Beneficiarios Primarios designados hubieren fallecido, se entenderá que el porcentaje que le hubiere correspondido se distribuirá proporcionalmente entre los demás Beneficiarios Primarios designados sobrevivientes, a menos que se hubieren designado Beneficiarios Contingentes para aquellos Beneficiarios Primarios fallecidos. La designación de Beneficiarios Contingentes y la distribución de la indemnización que corresponda a cada uno de ellos se indicará en la Declaración de Beneficiarios.

La Compañía pagará la indemnización a los Beneficiarios válidamente registrados en esta Póliza a la fecha del siniestro. Con dicho pago la Compañía dará cumplimiento íntegro a su obligación y no le será oponible ningún cambio de Beneficiarios que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

A falta de Beneficiarios designados por el Contratante, el monto total de la indemnización se pagará dividido en partes iguales a quienes acrediten legalmente la calidad de herederos del Asegurado cuyo fallecimiento genere el otorgamiento de la cobertura contratada. Quienes acrediten tal calidad al momento de solicitar el pago de la indemnización que corresponda, serán considerados únicos Beneficiarios para todos los efectos del presente contrato.

Todo lo anterior a menos que antes de efectuarse el pago de la indemnización que corresponde, la Compañía sea informada de la existencia de un testamento que designe Beneficiarios distintos a los designados por el Contratante en la Declaración de Beneficiarios correspondiente.

#### **ARTICULO 13: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES.**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante,

el Asegurado y/o el Beneficiario con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito, mediante correo electrónico, carta cuyo despacho sea debidamente certificado u otro medio de contacto fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al domicilio o dirección de correo electrónico que el Contratante, Asegurado o Beneficiario haya informado para estos efectos a la Compañía, en caso que corresponda, ya sea en la propuesta de seguro, en las Condiciones Particulares o en el denuncia de siniestro si procede.

#### **ARTICULO 14: DENUNCIA DE SINIESTROS.**

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta Póliza, el Asegurado o los Beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar las pruebas que la Compañía estime necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que el fallecimiento, la lesión o lesiones corporales según corresponda, tuvieron su origen, directa y precisamente, en un accidente sujeto a indemnización.

Cuando se produzca un Accidente afecto a indemnización por alguna de las coberturas, éste se deberá poner en conocimiento de la Compañía dentro del plazo de ciento ochenta (180) días contado desde su ocurrencia, para lo cual se deberá llenar un formulario proporcionado por la Compañía, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

#### **ARTICULO 15: SOLUCION DE CONFLICTOS.**

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y la Compañía, sea en relación con la validez o ineficiencia 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, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando mismo 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 las disputas entre el Asegurado y la Compañía 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.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o el Asegurado, según corresponda, podrán, por sí solos y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

#### **ARTICULO 16: DOMICILIO.**

Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro, las partes fijan como domicilio especial el que se establece en las Condiciones Particulares de esta Póliza.