



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

PÓLIZA N° 5001121

CONDICIONES GENERALES REGISTRADAS EN EL DEPÓSITO DE
PÓLIZAS DE LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y
SEGUROS BAJO EL CÓDIGO POL 2 92 015.

CONDICIONES PARTICULARES

Santander Seguros de Vida S.A., considerando los antecedentes entregados por la empresa Contratante, emite las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales, se consideran parte integrante del presente contrato.

1. **ASEGURADOR** : **SANTANDER SEGUROS DE VIDA S.A.**
DOMICILIO : Bombero Adolfo Ossa N° 1068 Piso 4, Santiago.
R.U.T. : 96.819.630 - 8

2. **CONTRATANTE** : **CORPORACIÓN NACIONAL DEL COBRE DE CHILE.**
DOMICILIO : Huérfanos N° 1270 , Santiago.
R.U.T. : 61.704.000 - K

3. **ASEGURADOS**

Son las personas naturales, trabajadores de empresas contratistas y subcontratistas, que presten servicios de manera permanente, continua y exclusiva, dentro de los recintos y/o instalaciones de las divisiones y/o Casa Matriz de la **CORPORACIÓN NACIONAL DEL COBRE DE CHILE (CODELCO)**, además de aquellos que presten servicios en proyectos asociados a la Vicepresidencia Corporativa de Proyectos, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad de la póliza descritas en estas Condiciones Particulares,

Cabe destacar que la Compañía Aseguradora no contará con la información individualizada de cada trabajador, por lo tanto, será responsabilidad del Contratante informar en forma mensual a la Compañía Aseguradora el número de trabajadores, con un desfase de hasta 75 días con respecto al período informado.

V°B° FCE 



4. COBERTURAS

Las coberturas de este Seguro Colectivo de Accidentes Personales son: Muerte Accidental, Desmembramiento e Incapacidad Total y Permanente POL 2 92 015, que se ampara en las Condiciones Generales registradas en el Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS).

El seguro tendrá una cobertura por las 24 horas del día los 365 días del año, independiente del lugar donde ocurra el accidente, si este es "laboral" o "no laboral" para los trabajadores que presten servicios de manera permanente, continua y exclusiva, dentro de los recintos y/o instalaciones de las divisiones y/o Casa Matriz de CODELCO, además de aquellos que presten servicios en proyectos asociados a la Vicepresidencia Corporativa de proyectos.

5. CAPITAL ASEGURADO

El capital por Asegurado para las coberturas es el siguiente:

Coberturas	Capital Asegurado
Muerte Accidental	UF 2.000,00
Desmembramiento	UF 2.000,00
Incapacidad Total y Permanente	UF 2.000,00

6. BENEFICIARIOS

Se entenderá como beneficiario de la cobertura de Muerte Accidental a los herederos legales del Asegurado o todas aquellas personas naturales o jurídicas las cuales sean designadas conforme a la ley por cada Asegurado en el formulario de "Designación de Beneficiarios" que se entregará al Contratante. De no existir beneficiarios designados, se remitirá a lo establecido en el artículo N° 5, Condicionado General POL 2 92 015.

El beneficiario de la cobertura de Desmembramiento e Incapacidad Total y Permanente será siempre el propio Asegurado.

V°B° FCE



7. VIGENCIA

La presente póliza permanecerá vigente desde las 00h:00m:00s del 04 de Septiembre de 2008 hasta las 23h:59m:59s hrs del 31 de Diciembre de 2010 sólo si es pagada la prima estipulada en el punto N° 12 de las Condiciones Particulares de esta póliza y durante el período cubierto por dicha prima.

Sin perjuicio de lo indicado en el Artículo N° 12, POL 2 92 015 las partes no podrán unilateralmente poner término antes de la fecha de vigencia final, correspondiente al 31 de Diciembre de 2010. La renovación será automática por períodos de un año si las partes no dan aviso por escrito a la otra con a lo más 60 días al término de la presente póliza o sus renovaciones posteriores.

8. VIGENCIA DE LAS COBERTURAS DE CADA ASEGURADO

El Asegurador mantendrá vigentes las coberturas del seguro siempre y cuando se haya pagado la prima convenida conforme a lo estipulado en el punto N°12 de las Condiciones Particulares y sólo durante el período cubierto por dicha prima.

Al momento de terminar la vigencia de la póliza, también finalizan las coberturas existentes en el presente contrato para todos sus Asegurados, a partir de ese momento, la Compañía Aseguradora no tendrá responsabilidad alguna por cualquier siniestro que pudiera ocurrir.

9. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Los requisitos de asegurabilidad correspondientes a la presente póliza son los siguientes:

Edad mínima de ingreso

Sin Límite

Edad máxima de permanencia

Sin Límite

V°B° FCE



10. REQUISITOS DE INFORMACIÓN SOLICITADOS PARA LA INCORPORACIÓN, EXCLUSIÓN Y MODIFICACIÓN DE ASEGURADOS

Dado a que la póliza es de tipo innominada es obligación del Contratante mantener actualizado el número de Asegurados. La información preliminar de los Asegurados será remitida a la Compañía Aseguradora por CODELCO de manera mensual donde se indicara sólo el número consolidado de Asegurados totales, con un desfase máximo de 75 días corridos con respecto al período a informar.

11. MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital Asegurado y el monto de la prima de esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento. El valor de dicha unidad se considerará para el pago de prima y beneficios, que será el vigente al momento de su pago en efectivo. La misma regla será aplicable a la devolución de primas que correspondiese.

12. PRIMA DEL SEGURO

Sin perjuicio de lo señalado en el artículo N° 9 Condicionado General POL 2 92 015, la prima del seguro será el equivalente a **UF 0,0400** mensuales para cada uno de los Asegurados informados por el Contratante. La prima se desglosa según el siguiente cuadro:

Coberturas	Prima Neta	IVA	Prima Total UF
Muerte Accidental	0,0325	0,0000	0,0325
Desmembramiento	0,0032	0,0006	0,0038
Incapacidad Total y Permanente	0,0031	0,0006	0,0037
Totales	0,0388	0,0012	0,0400

La prima mencionada en el párrafo anterior, será cancelada en forma Única en función de la cantidad de meses de cobertura de cada Asegurado. Para el pago inicial de la prima se considerará una base promedio de 31.000 Asegurados y la forma de cálculo será la siguiente:

Pago Inicial	=	Prima Mensual	*	N° meses de Cobertura póliza	*	N° de Asegurados (IVA inc.) Base Promedio
---------------------	---	---------------	---	------------------------------	---	---

V°B° FCE



$$\text{Pago Inicial} = 0,0400 * UF \text{ _mes} * 28 \text{ _meses} \times 31.000 \text{ (IVA inc.)}$$

$$\text{Pago Inicial} = UF \text{ 34.720 (IVA inc.)}$$

El diferencial de Asegurados que se produzca en forma mensual entre la cantidad Real y la cantidad base promedio de Asegurados, se cancelará en un plazo no superior a 75 días de terminada la vigencia de esta póliza. Este saldo será calculado de acuerdo a lo siguiente:

a) Si el N° de Asegurados reales es menor o igual a 31.000 trabajadores base promedio mensual:

$$\text{Saldo prima} = UF \text{ 0}$$

b) Si el N° de asegurados reales mensual es mayor a 31.000 trabajadores base promedio mensual:

Saldo = Prima Mensual * N° meses de Cobertura póliza * $\left[\frac{\text{N° de Asegurados Reales} - \text{N° de Asegurados Base Promedio}}{\text{Base Promedio}} \right]$ (IVA inc.)

Conforme a lo señalado en el artículo N° 9, POL 2 92 015 se otorga un plazo de gracia de 60 días para el pago de la prima inicial.

El no pago de la prima por parte del Contratante en un plazo superior al estipulado, faculta a Santander Seguros de Vida S.A. caducar esta póliza, por tanto, la póliza y por ende las coberturas de cada Asegurado finalizarán automáticamente, siendo notificado mediante carta certificada de cancelación de la póliza al domicilio del Contratante. Pasado dicho plazo, la Compañía no responderá por siniestros que ocurran estando impaga la prima.

V°B° FCE



Póliza N° 5001121 Seguro Colectivo de Accidentes Personales

Página 5 de 8



13. LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO

La presente póliza no contempla límites máximos de indemnización por evento ni por período.

14. FORMA DE PAGO

La prima se cancelará mediante depósito o transferencia electrónica a la cuenta corriente N° 0424390-0 del Banco Santander.

15. DENUNCIA DE SINIESTRO Y PAGO DE LOS BENEFICIOS

Ocurrido un evento amparado en una de las coberturas de esta póliza el Contratante, la Empresa Contratista y/o Subcontratista o los beneficiarios deberá presentar la respectiva denuncia de siniestro dentro de los 30 días siguientes de conocer la ocurrencia del mismo.

Sin perjuicio que sea responsabilidad de la Empresa Contratista y/o Empresa Subcontratista denunciar el siniestro, se entenderá como válida la denuncia que pueda realizar el contratante, el asegurado y/o sus eventuales beneficiarios.

Adicionalmente, la Empresa Contratista y/o Subcontratistas deberá remitir a la Compañía Aseguradora una carta que incluya al menos los siguientes documentos:

Cobertura Muerte Accidental

- Certificado de defunción original, que indique "Causa de Fallecimiento".
- Certificado de Mutual (en caso de accidente laboral).
- Copia del Contrato de Trabajo.
- Certificado del pago de obligaciones previsionales.
- Parte Policial (si corresponde).
- Certificado de Alcoholemia (si corresponde).

La Compañía se reserva el legítimo derecho de exigir antecedentes adicionales respecto al Fallecimiento del Asegurado para proceder a la liquidación del siniestro.

V°B° FCE





Cobertura de Desmembramiento e ITP por Accidente

- Dictamen ejecutoriado por la Comisión Médica de AFP o COMPIN, que determine la calidad de incapacidad total y/o permanente.

Dependiendo de la causa de incapacidad, la Compañía podrá solicitar antecedentes adicionales para resolver el pago del siniestro, de acuerdo a las normas de evaluación y calificación del grado de invalidez del sistema establecido por el DL-3500 de 1980.

15. EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las indemnizaciones establecidas en las coberturas de esta póliza, cuando el siniestro del Asegurado se produzca directa o indirectamente por consecuencia de hechos, conforme a lo indicado en las exclusiones del Condicionado General POL 2 92 015.

16. OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATANTE

Se deja expresa constancia que en conformidad a lo establecido en la Circular N° 1457 de fecha 09 de Noviembre de 1999 de la Superintendencia de Valores y Seguros, que el Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Contratante del seguro colectivo.

17. DOMICILIO

Para todos los efectos legales de la presente póliza, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Santiago.

V°B° FCE

Póliza N° 5001121 Seguro Colectivo de Accidentes Personales

Página 7 de 8



18. INTERMEDIACIÓN

Corredor : Sin Intermediación.



SANTANDER SEGUROS DE VIDA S.A.

Emitida en Santiago, el día 12 de Septiembre de 2008.

FCE/mpt

V°B° FCE

Póliza N° 5001121 Seguro Colectivo de Accidentes Personales

Página 8 de 8