

POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130351

ARTÍCULO N°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.

ARTÍCULO N°2: COBERTURA

El asegurador pagará al asegurado o a sus beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por accidente, o de hospitalización a causa de enfermedad, las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la descripción de las coberturas que se indican en el artículo 3° de esta póliza. El asegurado podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares.

Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

ARTICULO N° 3: DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

El asegurado podrá optar por una o más de las alternativas de cobertura que a continuación se indican, las que deberán expresamente consignarse en las Condiciones Particulares:

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 trescientos sesenta y cinco (365) 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 las coberturas definidas en las Alternativas B y C, en caso de haber sido contratados.

ALTERNATIVA B: 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 noventa (90) 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 los dos 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;

40% por pérdida total de un pie;

50% por la sordera completa de ambos oídos;

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;

13% por la sordera completa de un oído;

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 ceguera total de un ojo;

20% por la pérdida total de un pulgar;

15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo;

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

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

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, 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 B.

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta Alternativa B, 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 parcial: Se entiende por "pérdida parcial" la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

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.

ALTERNATIVA C: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanentemente, 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 B, a razón del uno por ciento mensual durante un período máximo de cien (100) meses mientras el asegurado esté vivo o hasta la cesación de su incapacidad.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad total y permanente el impedimento de desempeñar cualquier ocupación o trabajo remunerado para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia.

El asegurador determinará si se ha producido la incapacidad total y permanente de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos en su caso. Si el asegurador rechaza la incapacidad del asegurado, éste último, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación del asegurador, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos, elegidos por él, dentro de una nómina de cinco o más médicos propuestos por el asegurador, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por lo menos un año como médicos especialistas de las Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744 de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales o de la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y de Enfermedades Profesionales de esta misma ley.

La junta médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma total y permanente conforme a la definición de incapacidad contenida en ésta Alternativa C.

La junta médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios.

La declaración de incapacidad o invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la junta médica un valor meramente informativo.

El dictamen emitido por la junta médica será determinante y obligatorio para las partes.

El costo de esta evaluación será de cargo exclusivo del asegurado.

Durante el tiempo que dure esta evaluación, el asegurado deberá continuar pagando las primas de esta póliza a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza.

Si el dictamen de la junta médica es favorable al asegurado, la compañía, pagará la indemnización desde la fecha del dictamen y devolverá las primas de esta cobertura pagadas después de la fecha del accidente, dentro de un plazo no superior a treinta (30) días contado desde la fecha del referido dictamen.

ALTERNATIVA D: REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un accidente, hasta el monto anual indicado en las Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguiente a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él.

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

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

ALTERNATIVA E: REEMBOLSO DE GASTOS POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad, los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria hasta el monto máximo diario que se indica en las Condiciones Particulares de acuerdo a lo que más adelante se señala.

Se reembolsarán los gastos de las atenciones prestadas desde el primer día de ingreso al Establecimiento Hospitalario y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares.

Se entiende por Establecimiento Hospitalario el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipo de rayos X y quirófano atendidos por personal profesional especializado.

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

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

CONVALECENCIA: En caso que el asegurado haya contratado esta alternativa incluida la Convalecencia, la compañía también pagará al asegurado, por concepto de convalecencia, una cantidad equivalente al 50% del monto máximo diario indicado en las Condiciones Particulares por cada día de hospitalización.

ALTERNATIVA F: BENEFICIO DE CIRUGIA POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía pagará al asegurado que incurra en gastos por una intervención quirúrgica, generada a consecuencia de enfermedad o accidente, la cantidad que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, establecidas en las Condiciones Particulares para cada tipo de operación quirúrgica, con las limitaciones que a continuación se señalan:

F.1. La cantidad calculada por este procedimiento para el pago de la indemnización no podrá exceder el monto real de los gastos en que incurrió el asegurado.

F.2. Cuando una intervención quirúrgica no se encuentre en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, la compañía determinará el pago comparando la intervención quirúrgica realizada con aquella de la Tabla de Operaciones Quirúrgicas que más se le asemeje, a criterio de la compañía, en cuanto a complejidad quirúrgica y tiempo de duración.

En caso de que el asegurado no esté de acuerdo con el criterio de la compañía para la clasificación de la intervención, la cuestión será resuelta, sin forma de juicio, por un médico cirujano designado de común acuerdo por las partes, cuyos honorarios serán de cargo exclusivo del asegurado.

F.3. En caso que se realice más de una intervención quirúrgica, como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad, el pago del beneficio ascenderá al monto que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de la intervención quirúrgica que tenga asignado en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas el porcentaje más alto, de las efectuadas.

F.4. El pago de todas las intervenciones quirúrgicas producidas por un mismo accidente o enfermedad, no excederá en ningún caso el monto del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares.

F.5. El gasto correspondiente a intervenciones quirúrgicas de los órganos de reproducción, amígdalas, adenoides, pólipos y hernias, está cubierto sólo después de 120 días contados desde el inicio de la vigencia de esta póliza.

El asegurado que a consecuencia de accidente o enfermedad, deba utilizar además servicio de ambulancia para su traslado, tendrá derecho a percibir el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares para efectos de ambulancia.

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

En caso que el asegurado tuviese beneficios en alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

ALTERNATIVA G: CANTIDAD DIARIA POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA.

En virtud de esta cobertura, la compañía pagará al asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad, la cantidad diaria que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el asegurado.

Se pagará la cantidad diaria desde el primer día de ingreso al Establecimiento Hospitalario y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares.

Se entiende por Establecimiento Hospitalario el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, quirófano y equipo de rayos X, atendidos por personal profesional especializado.

Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario.

CONVALECENCIA: El asegurado podrá contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, el beneficio adicional de convalecencia, estipulándolo expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

En este caso, la compañía pagará al asegurado por este concepto una cantidad equivalente al 50% de la suma de las indemnizaciones diarias por accidente o enfermedad que efectivamente perciba el asegurado, independientemente del número de días que permanezca en convalecencia.

Este beneficio adicional, en el evento de que se contrate, se aplicará cada vez que el asegurado se hospitalice y tenga derecho al pago de la indemnización diaria de enfermedad o accidente.

ARTICULO N°4: EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las cantidades establecidas en las coberturas indicadas en los artículos 2 y 3 de esta póliza, cuando el fallecimiento o lesiones del asegurado se produzca a consecuencia de:

a) Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.

b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

c) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.

d) Suicidio, intento de suicidio, o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

e) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.

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

g) Intoxicación o encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

h) Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.

i) Riesgos nucleares o atómicos.

j) 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.

k) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.

l) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

ll) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.

m) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.

n) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.

ñ) Exámenes médicos de rutina.

o) Cirugía plástica o cosmética.

p) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.

q) Curas de reposo.

r) Una infección oportunística, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:

r.1) "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Copia de dicha definición está archivada en las oficinas principales de la Compañía en Santiago, Chile.

r.2) Infección Oportunística incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por *Pneumocystis Carinii*, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.

r.3) Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

r.4) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano).

s) Tratamiento o cirugía dental, excepto a dientes naturales sanos, ocasionados por una lesión accidental.

ARTICULO N°5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme dispone el artículo 524 del Código de Comercio, el asegurado estará obligado a:

a) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;

- b) Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;
- c) Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- d) Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
- e) No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que agraven sustancialmente el riesgo.
- f) En caso de siniestro, tomar todas las providencias necesarias para salvar la cosa asegurada o para conservar sus restos.
- g) Notificar al asegurador la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro
- h) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias; y
- i) Las demás obligaciones contempladas en la póliza.

ARTICULO N°6: LÍMITE DE COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza puede ser renovada con el consentimiento de la compañía, al término de cada período de cobertura, mediante el pago por adelantado de la prima especificada por la compañía, siendo dicha prima calculada a la tasa que ésta tuviere en vigencia al momento de la renovación y según lo establecido en las Condiciones Particulares y hasta una edad máxima del asegurado indicada en las Condiciones Particulares.

ARTICULO N°7: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en la Solicitud de Seguro, en sus documentos accesorios y complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen condición de validez de este contrato de seguro.

En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información solicitada por la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no fueron determinantes del riesgo asegurado, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, el asegurador 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.

Sin perjuicio de lo anterior, transcurridos dos años contados desde la vigencia de la póliza, o desde la incorporación del asegurado, o desde la última rehabilitación o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiesen sido dolosas.

Cuando se pague una prima menor de la que correspondía, se reducirá proporcionalmente el capital asegurado, es decir, la obligación de la compañía aseguradora se reducirá a la cobertura que hubiere correspondido a la prima pagada.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de edad se estuviere pagando una prima más elevada que la que corresponde a la edad real, la compañía aseguradora estará obligada a devolver al asegurado el setenta por ciento (70%) del exceso de prima que hubiere pagado en el último año de vigencia de la póliza, manteniéndose el capital asegurado sin variaciones.

ARTICULO N°8: BENEFICIARIOS

Se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio asegurado. En caso de fallecimiento de éste se tendrá como beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres figuren con tal carácter en las Condiciones Particulares. El asegurado podrá instituir como beneficiario a cualquier persona.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario establecida en las Condiciones Particulares. Si no se designa a una persona determinada, se entenderá que instituye como tal a sus herederos. La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en el testamento. La compañía aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado por escrito con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

El contratante podrá revocar la designación de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que hubiese renunciado a esta facultad por escrito, de la cual deberá dejarse constancia en las Condiciones Particulares del póliza. Cuando la designación se hubiere hecho en calidad de irrevocable, para cambiar al beneficiario designado en tal carácter, se deberá contar con su consentimiento.

ARTICULO N°9: CAMBIO DE LA PÓLIZA

Ninguna declaración hecha por el proponente de un seguro, no incluida bajo esta póliza, anulará ésta o será utilizada en cualquier acción legal bajo la misma. Ningún agente del asegurado tiene autorización para

modificar esta póliza o renunciar a cualquiera de sus estipulaciones.

ARTICULO N°10: CONSIDERACIÓN

Esta póliza es emitida en consideración al pago por adelantado de la prima especificada en las Condiciones Particulares, y entra en vigor en la fecha de vigencia declarada en dichas Condiciones Particulares. Después de haber entrado en vigor, esta póliza continuará su efectividad hasta la fecha en que el período de cobertura expire. Todos los períodos de cobertura comenzarán y terminarán a las 00:01 horas de la localidad donde se emite la presente póliza.

ARTICULO N°11: REAJUSTE DE VALORES

El capital asegurado y el monto de las primas correspondientes a esta póliza, se expresarán en Unidades de Fomento o en otras unidades reajustables autorizadas por la Superintendencia de Valores y Seguros. El valor de la Unidad de Fomento o de la Unidad Reajutable señalada en las Condiciones Particulares, que deberá considerarse para el pago de las primas o indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

ARTICULO N°12: PRIMAS Y EFECTO DE NO PAGO DE PRIMA

a) Pago de Primas: El pago de las primas se hará en la oficina principal del asegurador o en los lugares que éste designe, dentro de los plazos estipulados para el efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

b) Plazo de gracia: Efectuado el pago de la primera prima inicial de la póliza, el asegurador concede un plazo de gracia establecido en las Condiciones Particulares para el pago de las primas siguientes, cualquiera sea la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

c) Término del contrato por falta de pago de prima: Si al vencimiento del plazo de gracia antes señalado, el asegurado no ha pagado la prima, se producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 días contados desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna

ARTICULO N°13: AGRAVACION DEL RIESGO

De conformidad al artículo 526 de Código de Comercio, el asegurado o contratante en su caso, deberá informar al asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los cinco días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador.

Se presume que el asegurado conoce las agravaciones de riesgo que provienen de hechos ocurridos con su directa participación. Si el siniestro no se ha producido, el asegurador, dentro del plazo de 30 días a contar del momento en que hubiere tomado conocimiento de la agravación de los riesgos, deberá comunicar al asegurado su decisión de rescindir el contrato o proponer una modificación a los términos del mismo para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura de la póliza. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá dar por rescindido el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido sin que el asegurado o el contratante en su caso, hubieren efectuado declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el primer párrafo de este artículo, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización respecto de las coberturas del seguro afectadas por el agravamiento. No obstante, en caso que la agravación del riesgo hubiera conducido al asegurador a celebrar el contrato en condiciones más onerosas para el asegurado, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, por la naturaleza de los riesgos hubiere debido conocerlos y los hubiere aceptado expresa o tácitamente.

Salvo en caso de agravación dolosa de los riesgos, en todas las situaciones en que de acuerdo a los párrafos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al asegurado, la proporción de prima correspondiente al periodo en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

Se considerará que agrava el riesgo el cambio que hace el asegurado de una ocupación a otra, clasificada por la compañía aseguradora como más riesgosa que la declarada al contratar esta póliza, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, en cuyo caso se aplicarán las normas anteriores sobre agravación o alteración de riesgo.

Si el asegurado cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la señalada en esta póliza, la compañía al recibo de la prueba de dicho cambio reducirá la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio de ocupación, o a la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente al recibo de dicha prueba, en caso que este aniversario hubiese ocurrido con posterioridad al cambio de ocupación. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima, serán las vigentes a la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

ARTICULO N°14: DENUNCIA DE SINIESTRO

JUSTIFICACION: Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la cantidad reclamada y deberán proporcionar las pruebas necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente o enfermedad que requiere hospitalización, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de dicho accidente o enfermedad. En caso de no cumplirse con este requisito, la responsabilidad del asegurador con respecto del asegurado o beneficiarios emanada de esta póliza, cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo.

La compañía se reserva el derecho a solicitar a las autoridades competentes, y a su costa, que efectúe una autopsia en caso de muerte del asegurado. Si el beneficiario se negare a permitir dicha autopsia o la retardase en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.

NOTIFICACION Y PLAZO: Cuando se produzca un accidente o enfermedad que requiere hospitalización, éste se deberá poner en conocimiento del asegurador por escrito dentro del plazo de treinta (30) días contado desde su ocurrencia, para lo cual se deberá llenar además un formulario proporcionado por el asegurador, 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 N°15: TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO

Las partes podrán convenir que el asegurador pueda poner término anticipadamente al contrato, con expresión de las causas que lo justifiquen, salvo las excepciones legales, en cuyo caso devolverá al asegurado la prima efectivamente pagada y no devengada correspondiente al tiempo que falta por transcurrir desde la fecha en que opera la terminación del contrato.

El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador, pero en este caso la compañía le devolverá la diferencia entre la prima pagada y la prima consumida conforme a la tarifa para seguros de plazos cortos, cuya tabla se inserta en las Condiciones Particulares.

ARTICULO N°16: REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso que a la póliza se le haya puesto término anticipado, el contratante podrá solicitar personalmente su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, el asegurador podrá exigir del asegurado que acredite, a su satisfacción, que reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal.

ARTICULO N°17: IMPUESTOS

Los impuestos que en el futuro se establezcan sobre las primas, intereses, capitales asegurados o sobre cualquier otra base y que afecten al presente contrato serán de cargo del contratante, del beneficiario o herederos según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo del asegurador.

ARTICULO N°18: ARBITRAJE

Conforme dispone el 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.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro el del domicilio del beneficiario.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o los Asegurados, 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 Aseguradora 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, o en la disposición equivalente que se encuentre vigente a la fecha en que se presente la solicitud de arbitraje.

ARTÍCULO N°19: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

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

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.