

CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 3 09 118

ARTICULO 1°: COBERTURA

La compañía aseguradora pagará al asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, en caso de fallecimiento o lesiones producidas a consecuencia de un accidente, o bien en caso de cirugía u hospitalización a causa de accidente, las indemnizaciones, reembolsos o rentas señaladas las Condiciones Particulares de la póliza, de acuerdo a la descripción de las coberturas establecidas en el artículo 2° de estas Condiciones Generales. El Contratante deberá optar entre las coberturas contempladas en esta póliza, por aquellas que desee contratar, lo que deberá quedar expresamente registrado en la Condiciones Particulares de la póliza.

La Compañía Aseguradora podrá a petición expresa del Contratante, la cual deberá constar por escrito en las Condiciones Particulares, limitar el ámbito temporal y territorial de la cobertura sin que ello afecte la vigencia de la póliza. Es decir, podrá definir horarios, días y zonas geográficas específicas en las que regirá la cobertura así como aquellas en las que no operará esta cobertura.

Queda expresamente establecido que el accidente a que de lugar a alguna de las coberturas de la presente póliza, necesariamente debe haber ocurrido durante la vigencia de ésta y de la vigencia individual del asegurado. Por lo tanto, no se cubrirá el fallecimiento o lesiones producidas a consecuencia de un accidente, así como la cirugía u hospitalización a causa de accidente cuando dicho accidente haya ocurrido con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y de la vigencia individual del asegurado. La misma situación ocurrirá si el accidente que de lugar a la cobertura reclamada ocurriera durante un periodo de tiempo o territorio que el Contratante haya solicitado expresamente excluir de cobertura en los términos indicados en el párrafo anterior, aun cuando la póliza se encuentre vigente.

ARTICULO 2°: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

A. MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura la compañía aseguradora pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares de la póliza, en la forma, tiempo, periodicidad y condiciones estipuladas en las mismas, una vez recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura o dentro de algún periodo temporal de cobertura o dentro de la zona geográfica definida en caso de haberlo así solicitado el contratante, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Queda expresamente establecido que el asegurado podrá instituir como beneficiario a cualquier persona.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los sesenta (60) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la compañía aseguradora deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere abonado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura B, en caso de haber sido contratada.

B. DESMEMBRAMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Esta cobertura contempla las coberturas de Desmembramiento y la Incapacidad Total y Permanente, de acuerdo a lo siguiente:

B.1 Desmembramiento

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión sufrida a consecuencia de un accidente no ocasione el fallecimiento del asegurado, sino que produzca alguna de las pérdidas que a continuación se indican, y siempre que éstas se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia y siempre haya tenido lugar durante la vigencia de esta cobertura o dentro de algún periodo temporal de cobertura o dentro de la zona geográfica determinada en caso de haberlo así solicitado el contratante, la compañía aseguradora indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las condiciones particulares de la póliza para esta cobertura:

- 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) y de una mano o un brazo;
- 50% por la pérdida de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano o por la sordera completa de ambos oídos, por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiera tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
- 40% por pérdida de un pie;
- 35% por la ceguera total de un ojo;
- 25% por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa de otro, antes de contratar este seguro;
- 20% por la pérdida de un pulgar;
- 15% por la pérdida total del índice derecho e izquierdo.

- 13% por la sordera completa de un oído;
- 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 de cada falange, se calculará en forma proporcional. 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. La pérdida funcional total y absoluta de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro cubierto por la póliza durante la vigencia de ésta, los porcentajes a indemnizar se calcularán sobre la base del 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 cubiertos por la póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado.

B.2 Incapacidad total y permanente

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente cubierto por esta póliza en los términos señalados en el artículo 1°, el asegurado se encontrare dentro de los noventa días contados desde la fecha del accidente, salvo que en las condiciones particulares se estipule un plazo mayor, total y permanentemente incapacitado e impedido de desempeñar cualquier ocupación o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, la compañía aseguradora pagará, previa determinación que dicha incapacidad sea total, continua y permanente, el porcentaje de la suma asegurada bajo esta cobertura que haya sido definido en las Condiciones Particulares, menos cualquier otra suma pagada o pagadera bajo los términos de esta cobertura y el saldo mientras el asegurado esté vivo en el número de cuotas y periodicidad que se indique en las Condiciones Particulares.

Para efectos de esta cobertura, y se tendrá como fecha de declaración de la invalidez total y permanente la fecha en que se notificó a la Compañía la ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

En caso de que la Compañía Aseguradora determine el rechazo de la indemnización por no producirse la Invalidez total y permanente, el Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a dicha comunicación podrá requerir que la invalidez sea evaluada por una Junta Médica compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por el asegurado, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido conforme a los conceptos descritos en esta póliza y a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha

invalidez Total y permanente, a partir de la cual procederá el pago de la indemnización por parte de la Compañía Aseguradora.

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, y será libre y soberana para determinar -conforme a las normas antes señaladas- el grado de invalidez que afecta al asegurado, con prescindencia de cualquier certificado, dictamen, declaración o diagnóstico que exista sobre el particular.

La declaración de invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, será tomada en consideración por la compañía aseguradora y por la Junta Médica, al evaluar el siniestro, pero no tendrá carácter vinculante.

Durante el período de evaluación, y mientras no proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la compañía aseguradora, no cesa la obligación del asegurado de pagar las primas en los términos detallados en las condiciones particulares de la póliza.

Si el dictamen de la junta médica es favorable al asegurado, la compañía aseguradora, pagará la indemnización desde la fecha de declaración de la invalidez, en los términos indicados precedentemente, y devolverá las primas de esta cobertura pagadas después de dicha fecha, dentro de un plazo no superior a treinta (30) días contado desde la fecha de declaración de la invalidez.

C. RENTA MENSUAL POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora pagará a aquella persona que esté especificada como beneficiaria de esta cobertura en las Condiciones Particulares, el monto mensual establecido y durante el plazo establecido en dichas condiciones, en la forma, tiempo, periodicidad y condiciones estipuladas en las mismas, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado titular se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en el artículo 1°.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los sesenta (60) días siguientes de ocurrido el accidente.

D. RENTA ANUAL DE ESCOLARIDAD POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura la compañía aseguradora pagará a cada hijo del asegurado y durante el plazo del plazo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, la renta anual especificada en dichas Condiciones, a contar del mes de marzo siguiente a la fecha de fallecimiento del asegurado y una vez recibidas y aprobadas las pruebas de que éste se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en el artículo 1°. La Compañía podrá pagar la renta anual asegurada en forma proporcional entre el mes de fallecimiento y el mes de diciembre del año de fallecimiento.

Junto con la renta anual de escolaridad y a expresa solicitud del Contratante, la Compañía Aseguradora podrá asegurar en caso de muerte accidental, para ser pagadas al mismo beneficiario de la renta anual de escolaridad, otras cantidades inicialmente pactadas con el contratante, cuyos montos y frecuencias de pagos deben quedar expresamente registradas y detalladas en el Condicionado Particular.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los sesenta (60) días siguientes de ocurrido el accidente.

Las rentas anuales de escolaridad de los hijos menores al igual que los otros montos pactados en esta cobertura, serán pagadas al padre o a la madre, según proceda. A falta de éstos, deberán pagarse al tutor, curador o guardador que haya acreditado dicha calidad, y en su defecto, a quien acredite tener a su cargo la mantención y el cuidado de los beneficiarios de dicha renta anual de escolaridad. No obstante lo anterior, a solicitud del contratante, la renta anual de escolaridad podrá ser pagada directamente al establecimiento educacional en que el beneficiario de esta renta se encuentre cursando sus estudios.

Para todos los efectos de esta cobertura se entenderá por hijo del asegurado aquellos cuya filiación se encuentra determinada de conformidad a las reglas previstas por el Título VII del Libro I del Código Civil, e informado en tal calidad por el asegurado.

E. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora reembolsará al asegurado los gastos médicos ambulatorios u hospitalarios, según los porcentajes, límites condiciones y términos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, en que éste incurra a causa de accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en el artículo 1°, hasta el monto anual indicado como tope máximo en las Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del accidente y sean consecuencia de las lesiones sufridas en dicho accidente.

El contratante podrá contratar separadamente esta cobertura sólo para gastos médicos ambulatorios o sólo para gastos médicos hospitalarios o bien podrá contratar ambas, lo cual deberá quedar especificado en las Condiciones Particulares, salvo que hubiese contratado la cobertura establecida en la letra F. siguiente, circunstancia en que sólo podrá contratar la cobertura para el reembolso de gastos médicos ambulatorios.

F. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado hospitalizado en un establecimiento hospitalario a causa de accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en el artículo 1°, los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria según los porcentajes, límites condiciones y términos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.

G. MONTO DIARIO POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado hospitalizado por más de 24 horas continuas en un establecimiento hospitalario, a causa de accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en el artículo 1º, el monto diario que se indica en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el asegurado y de acuerdo a lo que más adelante se señala. Esta cobertura se pagará una vez transcurridos el número de días señalados en las Condiciones Particulares, contados desde el inicio de la hospitalización por accidente y hasta el término de la hospitalización.

H. BENEFICIO DE CIRUGIA POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado que incurra en gastos por una intervención quirúrgica, generada a consecuencia de accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en el artículo 1º, 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, en que haya incurrido el asegurado y de acuerdo a lo que más adelante se señala. Las limitaciones para esta cobertura son las que a continuación se señalan:

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.
2. Cuando una intervención quirúrgica no se encuentre en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, la compañía aseguradora 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 aseguradora, 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 aseguradora para la clasificación de la intervención, la controversia 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.
3. En caso que se realice más de una intervención quirúrgica, como consecuencia de un mismo accidente, 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.
4. El pago de todas las intervenciones quirúrgicas producidas por un mismo accidente, no excederá en ningún caso el monto del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta cobertura.

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

I. CONVALECENCIA

El asegurado podrá contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, la cobertura complementaria de convalecencia para las coberturas de hospitalización o cirugía, indicadas en las letras F., G. y H. estipulándolo expresamente en las condiciones particulares de la póliza. En consecuencia, no podrá contratarse esta cobertura complementaria sino se ha contratado la alguna de las coberturas de hospitalización o de cirugía, estipuladas en las letras recién indicadas.

En caso que el asegurado haya contratado esta cobertura complementaria, la compañía pagará al asegurado, por concepto de convalecencia, el monto diario indicado en las Condiciones Particulares y por el lapso de días señalado en las mismas condiciones particulares. Para esta cobertura se entiende que el período de convalecencia se inicia una vez terminada la hospitalización, esto es la cobertura comienza al día siguiente de recibida el alta médica por el asegurado.

Queda expresamente establecido, que en caso de contratarse esta cobertura complementaria, ésta sólo se pagará por una de las coberturas indicadas en las letras señaladas, aun cuando un siniestro involucre más de una de ellas.

ARTICULO 3º: DEFINICIONES

Accidente: Para los efectos de este seguro 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 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 en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes correspondientes.

Asegurados: La persona natural que tiene la calidad de asegurado principal en las Condiciones Particulares de la póliza. Si esta póliza fuese contratada en forma colectiva, se consideran asegurados principales para efectos de este seguro las personas que conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o tengan un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad Contratante, y se encuentren señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.

También podrán ser asegurados el cónyuge del asegurado principal y los ascendientes y descendientes de ambos cónyuges que se encuentren identificados expresamente como asegurados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Durante la vigencia de la póliza se podrán incluir nuevos asegurados previa aceptación de la Compañía Aseguradora, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este contrato y en las Condiciones Particulares de la póliza.

Contratante de la Póliza: La persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía Aseguradora y figura como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

Establecimiento Hospitalario: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

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.

Incapacidad total y permanente: Es el impedimento de desempeñar cualquier ocupación o trabajo remunerado para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia.

ARTICULO 4º: EXCLUSIONES

No se pagará el monto asegurado para cada cobertura asociada a esta póliza cuando el fallecimiento, lesiones, cirugía u hospitalizaciones por accidente, cuando éste se haya originado, se asocie o sea 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, así como tampoco ningún ejercicio o práctica 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 que puedan ser 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 autoinflingidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- e) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo. Para todos los efectos de esta póliza las funciones de policía incluyen además las funciones de policía civil y gendarmería.
- f) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- g) Intoxicación o encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
- h) La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes. Para los efectos de la presente exclusión, se considerará que el asegurado se encontraba en estado de ebriedad, cuando la concentración de alcohol en la sangre sea igual o superior a 1,00 gramo de alcohol por litro de sangre.
- i) Negligencia o imprudencia o culpa grave del asegurado.
- j) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.
- k) 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 la compañía aseguradora.
- l) Riesgos nucleares o atómicos.
- m) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive en la escala 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.
- n) 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.

ARTÍCULO 5°: VIGENCIA DE LA POLIZA

El plazo de duración de esta póliza es de un (1) año, contado desde la fecha inicial de vigencia, salvo que las Condiciones Particulares de la póliza señalen un período diferente. Sin embargo, si alguna de las partes no manifestare su decisión en contrario antes de sesenta (60) días de la fecha de vencimiento, la póliza se renovará automáticamente por igual período y la Compañía Aseguradora establecerá las primas de acuerdo con los capitales asegurados señalados en las Condiciones Particulares de la póliza y las edades alcanzadas por cada uno de los Asegurados, conforme a las tarifas vigentes a la fecha de renovación, las que regirán hasta el vencimiento del nuevo período de vigencia y así sucesivamente.

Lo anterior será sin perjuicio de la vigencia de las coberturas individuales de cada Asegurado, conforme a lo que se expresará en el siguiente artículo. De tal manera, la terminación de la presente póliza tendrá el efecto de no poder seguir incorporándose nuevos Asegurados a ella, desde la fecha de terminación.

ARTÍCULO 6°: VIGENCIA DE LAS COBERTURAS

En caso que esta póliza fuese contratada en forma colectiva, la vigencia de la cobertura definida en el artículo 1° de estas Condiciones Generales y de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto para esta póliza, será la que se especifique en el respectivo certificado de cobertura para cada uno de los Asegurados en particular. Si la vigencia contratada es superior a la vigencia final de la póliza, los Asegurados seguirán cubiertos hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente, siempre que se mantenga el pago de la prima.

Por tanto, terminada la vigencia de la póliza, los Asegurados seguirán con sus coberturas individuales vigentes hasta el término de los respectivos plazos de vigencia originales de cada uno de ellos, en los mismos términos contratados, y siempre que se haya pagado o se permanezca pagando la prima correspondiente.

ARTICULO 7°: TERMINACIÓN ANTICIPADA

La cobertura terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el Contratante o el Asegurado no pague la prima respectiva, aplicándose al respecto el plazo de gracia señalado en las Condiciones Particulares de la póliza conforme a lo estipulado en el artículo precedente.

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

Igual derecho tendrá el contratante, pero en este caso la compañía aseguradora le devolverá la diferencia entre la prima pagada y la prima consumida conforme a la tarifa para seguros de plazos cortos, cuya tabla es parte integrante de este contrato y que se encuentra incorporada en las Condiciones Particulares.

En caso que esta póliza fuese contratada en forma colectiva, la cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales, si las hubieren, terminará además anticipadamente respecto de un Asegurado, en el instante en que éste deje de ser miembro, trabajador o tener un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad contratante.

En el mismo caso señalado en el párrafo precedente, las coberturas contratadas para un Asegurado en particular permanecerán vigentes hasta el término del período por el cual se haya pagado la prima respectiva.

El término de la cobertura individual no dará lugar a devolución de primas.

ARTICULO 8º: 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, en los términos establecidos en el artículo 2º Descripción de Coberturas, cuyos nombres estén indicados con tal carácter en las Condiciones Particulares.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario. A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales del asegurado, según posesión efectiva.

El asegurado podrá cambiar de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación de éste haya sido en carácter de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su autorización. A tal efecto, deberá dar aviso al asegurador por escrito y enviar la póliza para que se haga la respectiva anotación en ella.

El asegurador pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberado de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario realizado en testamento o fuera de él que no le haya sido notificado y registrado en esta póliza con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

ARTICULO 9º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

La veracidad de las declaraciones hechas por los Asegurados o por el Contratante, según sea el caso, en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro.

Cualquier omisión o reticencia, declaración falsa, errónea o inexacta relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos por parte de un Asegurado, que pudiere influir en la apreciación del riesgo concerniente a él, o de cualquiera circunstancia que, conocida por la Compañía Aseguradora, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o de incorporar a dicho Asegurado a la póliza o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada, poner término anticipado a la cobertura para el o los Asegurados de que se trate, y en todos esos casos retener el valor de la prima pagada.

Sin embargo, cuando en una solicitud de beneficios se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía Aseguradora no podrá rechazar el pago de la indemnización reclamada o poner término anticipado a la cobertura, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de asegurabilidad, en cuyo caso se devolverá al asegurado la reserva técnica existente en la fecha de su rescisión, si la hubiere.

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión, se aplicarán las siguientes reglas:

Cuando a consecuencia de la inexacta declaración de edad se pagare una prima menor de la que correspondía por la edad real, 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 de acuerdo a la edad real, en la fecha de celebración del contrato.

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.

La compañía aseguradora se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los asegurados.

ARTICULO 10°: MODIFICACION DEL RIESGO ASEGURADO

Si el asegurado sufre lesiones después de haber cambiado 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, la compañía aseguradora pagará únicamente el porcentaje de las indemnizaciones previstas en esta póliza, que la prima pagada hubiere cubierto a las tasas y dentro de los límites fijados por la compañía aseguradora para dicha ocupación más riesgosa.

Si el asegurado cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la señalada en esta póliza, la compañía aseguradora 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 11º: 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 de fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares, que se considerará para el pago de prima y beneficios, 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 Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTICULO 12º: PRIMAS

En el caso que la presente póliza sea contratada en forma colectiva, se definen dos tipos de modalidades para el pago de la prima, según quien soporte el pago de éstas, de las cuales una de ellas deberá quedar expresamente establecida en las Condiciones Particulares:

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

Independientemente de la forma en que sea contratada la presente póliza, la prima será pagada en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, en forma mensual, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca una periodicidad diferente. El pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la Compañía Aseguradora pueda identificar a aquellos Asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su o sus coberturas contratadas.

La Compañía Aseguradora tendrá derecho, en cada aniversario de esta póliza, a modificar la prima correspondiente a las coberturas contratadas, de acuerdo a la tarifa vigente en esa fecha. En todo caso la compañía informará al Asegurado o al Contratante de la póliza, según corresponda, de esta modificación con una anticipación de sesenta (60) días a la fecha antes referida, teniendo el derecho el Asegurado o el Contratante a aceptar la modificación o renunciar a todas o algunas de las coberturas, lo cual deberá informar a la compañía en un plazo de treinta (30) días contado desde la recepción de la comunicación de ésta. Si el Asegurado o el

Contratante así no lo hiciera, se entenderá que acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía Aseguradora.

La Compañía Aseguradora 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.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será el señalado en las Condiciones Particulares, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si ocurre un siniestro cubierto por estas Condiciones Generales durante dicho plazo de gracia, se deducirá del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la póliza terminará anticipadamente en forma inmediata respecto de aquellos asegurados por quienes no se haya pagado primas, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando el asegurador libre de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

En ningún caso el pago de la prima después de haber terminado la cobertura individual correspondiente a esta póliza o a cualquiera de sus cláusulas adicionales que se hubieren contratado dará derecho al pago del capital asegurado para la cobertura principal o las cláusulas adicionales. En tal caso la prima será devuelta al Asegurado o al Contratante en moneda corriente y sin intereses al valor que tenga la moneda de esta póliza al día de pago efectivo.

ARTICULO 13º: EVALUACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA COBERTURA

Producido el fallecimiento o invalidez cubiertos por esta póliza, deberá informarse dicha circunstancia a la Compañía Aseguradora dentro del plazo establecido para estos efectos en las Condiciones Particulares contado desde la ocurrencia del siniestro, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar las pruebas que la compañía aseguradora estime necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que el fallecimiento o la invalidez, tuvieron su origen a consecuencia de un accidente sujeto a indemnización en los términos señalados en los artículos 1º y 2º de esta póliza, entre ellos y siempre que corresponda:

- a) Certificado de Defunción del Asegurado;
- b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado;
- c) Copia del parte policial;

- d) Otros antecedentes tales como, informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro.

En caso de reembolso de gastos médicos, cirugía u hospitalización todos por accidente, se deberá poner en conocimiento del asegurador por escrito dentro del plazo de treinta (30) días o en el plazo establecido en las Condiciones Particulares, contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, salvo caso fortuito o fuerza mayor. Para estos efectos, se deberá presentar además las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados, como asimismo, el programa médico en el que se prescriban las prestaciones, exámenes o insumos que originan dichos gastos, debiendo completarse el formulario proporcionado por el asegurador.

Tratándose de la cobertura de Monto Diario por Hospitalización por Accidente, 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.

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.

ARTICULO 14º: REHABILITACIÓN

Producida la terminación anticipada de la póliza o la terminación de la cobertura para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, deberá acreditar que todos los Asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía Aseguradora y pagar toda la prima vencida y reserva matemática cuando corresponda, los gastos que originen la rehabilitación y demás cantidades que se adeudaren a la Compañía Aseguradora.

La sola entrega a la Compañía Aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar las coberturas de cada Asegurado o de la póliza, en su caso, 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 la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 15º: CLAUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO 16°: 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 y el Contratante, quien actuará por sí y en representación de cada uno de los Asegurados bajo esta póliza. Sin embargo, tal modificación no afectará en manera alguna a los siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha del cambio, ni a aquellos Asegurados que tengan la prima totalmente pagada. Para estos últimos, la modificación de las Condiciones Particulares de la póliza producirá efecto a partir de la fecha en que venza el periodo cubierto por la prima pagada.

Las modificaciones a las Condiciones Particulares de la póliza deberán constar en endoso u otro documento similar, el cual se entenderá forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza. Dichos documentos deberán ser firmados por el representante legal u otra persona autorizada de la Compañía Aseguradora, designada para estos efectos, o en escrito separado suscrito por el Contratante y el Asegurador.

El Contratante de la póliza deberá dar oportuno aviso a cada una de las personas aseguradas por esta póliza y cuya variación de las Condiciones Particulares les afecte respecto de cualquier modificación a éstas. Si así no lo hiciere, no podrá reclamarse de tal situación a la Compañía Aseguradora, quien estará obligada únicamente al seguro contratado en los términos convenidos entre Contratante y Asegurador.

ARTÍCULO 17°: ARBITRAJE

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y la compañía, en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquiera indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes. 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.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo 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 120 unidades de fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 18º: COMUNICACION 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 efectuarse por escrito mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 19º: DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza.