BICE VIDA

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

N° de Póliza : COL - 10532 - 12 RenovaciÃ³n
Fecha Emisión : 14-10-2026

Contratante

Nombre	SOC EDUCACIONAL GREENHOUSE SCHOOL LIMITADA			**R.U.T.**	79.830.810-6
Dirección	INES DE SUAREZ N 1500				
Comuna	TEMUCO		**Ciudad**	TEMUCO	
Teléfono	0	**Fecha Inicio Cobertura**	01-03-2026	**Fecha Término Cobertura**	28-02-2027

Coberturas

N°	Cobertura	Código Condicionado	Tasa Mensual ‰	Edad Máxima de Ingreso (Años)	Edad Máxima de Cobertura (Años)	Capital
1	DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE	POL320130962	0,0026	64	65	150 UF
2	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE	POL320130962	0,0135	64	65	150 UF
3	REEMBOLSOS DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	POL320130962	1,1506	64	65	150 UF

Las tarifas o tasas mensuales indicadas en el recuadro Coberturas, no incluyen el impuesto al valor agregado (IVA). Para determinar la prima a cancelar mensualmente, que resulte de la multiplicación de las respectivas tasas por el capital asegurado correspondiente a cada cobertura, deberá agregársele dicho impuesto, exceptuando la cobertura principal, Vida.

Periodicidad de Pago de la Prima

Periocidad Cobranza	ANUAL

Comisión

Intermediario	BEL PRODUCTORES DE SEGUROS LIMITADA	**R.U.T**	77.121.180-1	**Comision del Corredor**	20.00% de la prima neta

La solicitud de seguro y la cotización forman parte integrante de la póliza, la que se emite en función de los antecedentes en ellos consignados, y de cuya veracidad es responsable el contratante del seguro.	EL CONTRATANTE ASUME LAS RESPONSABILIDADES QUE EMANEN DE SU ACTUACIÓN COMO CONTRATANTE DEL SEGURO COLECTIVO

Asegurados

Se consideran asegurados para efectos de este contrato de seguro, las personas que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en estas Condiciones Particulares, sean empleados de la empresa contratante y que mantengan contrato vigente en ella, siempre y cuando se haya efectuado la notificación correspondiente y previa aceptación a la incorporación por parte de la Compañía.

Alternativa B: Desmembramiento por Accidente (POL 3 2013 0962)

En virtud de esta alternativa de 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 y siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los sesenta (60) días contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, la compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en estas Condiciones Particulares:
- 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;
- 50% por la sordera completa de ambos oídos;
- 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;
- 40% por pérdida total 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 del otro, antes de contratar este seguro;
- 20% por la pérdida total de un pulgar;
- 15% por la pérdida total del índice derecho o 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 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.

El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente.

En el caso de ocurrir más de un siniestro dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia de los siniestros, 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 no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa de cobertura.

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta alternativa de cobertura, 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 Dos Tercios por Accidente (POL 3 2013 0962)

En virtud de esta alternativa de cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanente dos tercios, la compañía pagará el monto asegurado indicado en estas Condiciones Particulares, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en la alternativa de cobertura B.

El pago del monto asegurado se realizará mediante un pago único y total.

Para los efectos de esta alternativa de cobertura, se entiende por "incapacidad total y permanente dos tercios", al menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente. Para efectos de esta alternativa de cobertura en este contrato de seguro, el menoscabo deberá ser evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. Nº 3.500, de 1980. (Las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de pensiones", son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial).

Según lo señalado en el párrafo anterior, y conforme a los antecedentes médicos presentados, la compañía de seguros determinará si se ha producido la Incapacidad Total y Permanente 2/3 de un asegurado.

La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta.

Alternativa E: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía reembolsará al asegurado el porcentaje expresado en las Condiciones Particulares de la póliza, de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra como consecuencia de un accidente, hasta el monto anual indicado en estas Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de noventa (90) días, siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente.

Esta alternativa de cobertura operará en exceso del sistema de salud del asegurado. Si la prestación no cuenta con cobertura del sistema de salud del asegurado se aplicará el 50% de reembolso sobre el valor de la prestación.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o

bonificación al asegurado, por la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, los Seguros Colectivos Complementarios de Salud contratados por el empleador del Asegurado u otras instituciones similares, públicas o privadas y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al asegurado.

Sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

Definiciones

Para efectos de este contrato de seguro se entiende por:

Accidente: Para los efectos de este contrato de seguro se entiende que accidente corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se considera como accidente aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

Prima y Efecto del No Pago de la Prima

Para determinar la prima a cancelar, será la que resulte de la multiplicación de las respectivas tasas por el capital asegurado correspondiente a cada cobertura. Deberá agregársele el impuesto IVA a cada alternativa de cobertura.

a) Pago de Primas: El contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía Aseguradora de acuerdo a la periodicidad indicada en estas condiciones particulares hasta un plazo de 30 días posteriores a emitida la factura correspondiente.

Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la Compañía Aseguradora.

La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro, que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro, por falta de pago de prima.

b) No pago de la prima: La falta de pago de la prima en el plazo indicado anteriormente producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de 15 (quince) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo "Comunicación entre las Partes", dirija el Asegurador al Asegurado y dará derecho a aquel para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Dicha terminación no aplicará en caso que el contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho de poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

Producida la terminación, la responsabilidad del Asegurador por los siniestros posteriores, cesará en pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Exclusiones

Se aplicarán todas las exclusiones descritas en el Artículo 4 de la POL 3 2013 0962, inscrita en el depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, por las cuales se rige el presente contrato de seguro. La POL 3 2013 0962 antes indicada, se encuentra disponible en la sucursal virtual del cliente, a la cual éste puede acceder a través de www.bicevida.cl

Designación y Cambio de Beneficiarios

En caso de desmembramiento, invalidez o gastos médicos incurridos por el asegurado a causa de un accidente el beneficiario será el asegurado titular.

En caso de fallecimiento los beneficiarios corresponderán a la o las personas designadas por el Asegurado en el Formulario de Solicitud de Incorporación.

La designación del beneficiario podrá hacerse en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador.

Si al momento de la muerte real o presunta del Asegurado no hubiere beneficiarios ni reglas para su determinación, se tendrá por tales a sus herederos de conformidad a la ley.

La indemnización es inembargable, está exenta de impuesto de herencia y no se requiere trámite de posesión efectiva para su pago, siempre y cuando se hayan declarado los beneficiarios.

Obligaciones del Asegurado

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del Asegurado son las siguientes:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
2. Pagar la prima en la forma y época pactadas;
3. No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio;
4. Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
5. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

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

Vigencia del Contrato de Seguro Colectivo

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en el cuadro "Contratante" situado en la primera hoja de estas Condiciones Particulares y podrá ser renovada por un nuevo periodo a partir de la fecha de vencimiento del contrato de seguro, bajo las nuevas condiciones de coberturas y primas pactadas con el contratante, siempre y cuando se cumpla las condiciones definidas para la renovación del contrato de seguro.

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

Incorporación y Vigencia de la Cobertura Individual

Todas las personas que quisieran ingresar al contrato de seguro colectivo deberán presentar su Solicitud de Incorporación y cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en estas Condiciones Particulares.

En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo sobre sus vidas desde la fecha de inicio de vigencia de cada asegurado.

La vigencia inicial de la cobertura para los asegurados comenzará el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la compañía de seguros.

Término del Contrato de Seguro Colectivo

El contrato de seguro colectivo terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en estas Condiciones Particulares.

Asimismo, este contrato de seguro terminará cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

a) Por no pago de la prima y haya trascurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 del condicionado general;
b) Si la moneda o unidad estipulada de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía, conforme a lo señalado en el Artículo "Moneda o Unidad del Contrato".

En el caso de término anticipado del contrato de seguro descrito en la letra b) de este artículo, la Compañía, conforme al Artículo "Comunicación entre las Partes", notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado.

Término de las Coberturas Individuales

El contrato de seguro colectivo terminará respecto de un asegurado cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

a) Por termino del contrato de seguro colectivo;
b) Cuando el contratante informe que el asegurado ya no es parte del grupo asegurado;
c) Por fallecimiento del asegurado;
d) Por el pago del monto asegurado de alguna de las alternativas de cobertura de Incapacidad Total y Permanente, si fue contratada en el seguro;
e) Por el pago del 100% del monto asegurado de la alternativa cobertura B: Desmembramiento, si fue contratada en el seguro;
f) Pago de la indemnización contemplada en alguna cláusula adicional contratada por el asegurado, que conforme a la misma provoque el término anticipado de la cobertura principal;
g) A las 24:00 horas del último día de vigencia del contrato de seguro colectivo en que el asegurado cumpla la edad máxima de cobertura;
h) Por no pago de la prima y haya trascurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 del condicionado

general;
i) Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo "Obligaciones del Asegurado", conforme a lo señalado en el Artículo 525 del Código de Comercio;
j) Cuando el Asegurado no hubiere informado a la Compañía de los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado según el Artículo "Obligaciones del Asegurado", conforme a lo señalado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales; y
k) Cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

Terminada la vigencia del contrato de seguro, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

Procedimiento de Cobranza

Altas y bajas

La fecha de cierre para incorporaciones y exclusiones es el día 5 del mes en cobro.
La vigencia a las solicitudes de incorporación recibidas hasta el día 5 del mes en cobro, será a contar del día 1 del mes en cobro.
Las exclusiones informadas hasta el día 5 del mes en cobro, se hará efectiva a contar del día 1 del mes en cobro.
La vigencia a las solicitudes de incorporación recibidas posteriormente al día 5 del mes en cobro, será el 1 del mes siguiente.
Las exclusiones informadas con posterioridad al día 5 del mes en cobro, se realizarán a contar del mes siguiente.

Emisión de Factura anticipada

El día 15 del mes en cobro.

Fecha de la UF

Valor UF del último día del mes en cobro.

Denuncia de Siniestros

El fallecimiento, desmembramiento, incapacidad o gastos médicos incurridos del asegurado a consecuencia de un accidente, deberán ser notificados a la Compañía, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento, desmembramiento, incapacidad o gastos médicos incurridos, mediante comunicación por escrito a la Compañía, a través de la página web www.bicevida.cl, llamando al teléfono 800 20 20 22 o en cualquier sucursal de la Compañía.

No obstante lo anterior, la Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía hasta 30 días después desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro del asegurado.

Documentos a presentar

a) Certificado de Defunción original del asegurado;
b) Fotocopia Cédula de Identidad del asegurado o Certificado de Nacimiento original;
c) Informe Médico;
d) Parte Policial y Alcoholemia (si correspondiese);
e) Otros antecedentes tales como, ficha clínica, informes, declaraciones, certificados, dictamen de invalidez u otros documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado.

Sin perjuicio de lo requerido precedentemente, también constituyen antecedentes necesarios para la alternativa de

cobertura E: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, los siguientes:

a) La entrega oportuna por el asegurado a la compañía del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique;
b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado;
c) La entrega a la compañía de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el siniestro denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por este contrato de seguro y determinar el monto de la indemnización. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de las pericias y exámenes médicos. El asegurado deberá requerir de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación del siniestro denunciado o autorizar a la Compañía o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el siniestro denunciado y los gastos consecuentes.

En caso de requerirse mayores antecedentes, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N° 1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo reemplace o modifique.

Nota: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros, Circular 2106 de Superintendencia de Valores y Seguros.

Comunicación entre las Partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o al asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que éste no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa 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 la póliza o en el Formulario de Solicitud de Incorporación.

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 al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en el Formulario de Solicitud de Incorporación respectivo.

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 de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros.

Domicilio

Para todos los efectos legales de la presente póliza, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.

Moneda o Unidad del Contrato

El Capital Asegurado y el monto de la Prima de este contrato de seguro se expresan en Unidades de Fomento (UF).

El valor de la unidad de fomento que se considerará para el pago de primas e indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

Servicio de Atención al Cliente

BICE Vida cuenta con un servicio de atención al cliente el cual atenderá las consultas y reclamos de sus clientes.
Se puede acceder a este servicio por vía telefónica de lunes a jueves de 9:00 a 17:30 horas y los viernes de 9:00 a 16:00 horas llamando al 800 20 20 22, donde un ejecutivo de servicio al cliente atenderá sus consultas y reclamos, o le informará el estado de avance de una consulta o reclamo ingresado previamente.

También puede acceder a este servicio ingresando al sitio web de BICE Vida (www.bicevida.cl), hacer clic en Centro de Ayuda y completar el formulario en la opción Reclamos.

Este servicio no corresponde al servicio de atención al cliente (SAC) que regula el reglamento sello SERNAC.

El presente contrato es un seguro que no se encuentra asociado a aquellos productos o servicios financieros enumerados en el artículo 55 de la ley de protección de los derechos de los consumidores, y conforme a ello se deja constancia que no cuenta con el sello SERNAC.

Información sobre Presentación de Consultas y Reclamos

En virtud de la Circular Nº 2131 de 28 de Noviembre 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

Autorregulación

Bice Vida Compañía de Seguros se encuentra adherida al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros. El consejo de Autorregulación de las Compañías de seguros fue constituido para ser la entidad encargada de velar por la plena aplicación del compendio de buenas prácticas corporativas que se han comprometido a respetar las aseguradoras y de recomendar la mejor forma de satisfacer el objetivo de prestar un servicio

adecuado a sus clientes, en un ambiente de sana competencia. Las normas de dicho compendio tienen por objeto perfeccionar el desempeño del mercado de seguros, como sujeción a los principios de libre competencia y de buena fe que deben existir tanto entre las empresas de seguros, como con los asegurados.

Copia del compendio se encuentra a disposición de los interesados en www.autorregulacion.cl. Asimismo, Bice Vida Compañía de Seguros se encuentra adherida al Defensor del Asegurado, aceptando la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con la Compañía. Los clientes pueden presentar sus reclamos al Defensor del Asegurado a través de la página www.ddachile.cl.

ANEXO PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACION

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA

En caso de liquidación directa por la Compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES

El liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permiten, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE- INFORME DE LIQUIDACION

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACION

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncio, a excepción de;
a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya Prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncio;
b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos
Desde fecha denuncio;

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión para el Mercado Financiero, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para la entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACION

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055 de 2012, Diario Oficial, 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado. Impugnado el informe, el liquidador o la Compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

Condiciones Especiales

- Se incluye sin costo adicional cobertura para personal docente, funcionario y auxiliares (todas las coberturas).
- Se otorga un convenio de UF 10 por evento, sin pasar por isapre / Fonasa, cubriéndose las prestaciones al 100% (convenio). Se entiende por evento el gasto. Si el gasto es superior a UF 10 debe pasar por isapre / Fonasa.
- En caso de otorgarse la cobertura de Gastos Médicos por Accidente (plan E) esta operará en exceso del sistema de salud del asegurado. Si el evento no cuenta con cobertura de salud, se aplicará el 50% de reembolso sobre el valor de la prestación. Los reembolsos de gastos médicos se liquidarán directamente a los asegurados.
- En caso que el asegurado no pertenezca a ningún sistema previsional, Isapre o Fonasa, la compañía reembolsará el 50% del total de los gastos reclamados.
- Esta póliza contempla gastos médicos por Accidente UF 150 por evento.
- En caso que el gasto incurrido no tenga bonificación de la institución de salud (Isapre/Fonasa u otros) la compañía reembolsara el 50% del total de gastos reclamados. La institución de salud deberá colocar timbre no Bonificable o similar.
- Continuidad de Cobertura: La presente póliza otorga continuidad de cobertura a aquellos asegurados vigentes al momento de la renovación. Sin perjuicio de lo anterior, se establece que todas aquellas preexistencias evaluadas en la vigencia anterior se mantendrán con sus topes y planes asignados, a no mediar una nueva evaluación por parte de la compañía, la que podrá ampliar o restringir los beneficios otorgados, lo que se indicara en las condiciones de renovación. Para las nuevas incorporaciones NO se otorga continuidad de cobertura, a no mediar una evaluación y aceptación individual por parte de la compañía, la que se reserva el derecho de aceptar o rechazar la cobertura de dicho diagnostico en forma unilateral a todas aquellas patologías que hubiesen sido conocidas por el asegurado al momento de incorporarse a la póliza y que por lo tanto pudieran ser consideradas preexistentes.
- Formula y Condiciones:
  Si la siniestralidad de la cartera en el periodo comprendido entre el 01 de Enero del 2025 hasta el 31 de Diciembre del 2025, es menor al 85% se aplica la fórmula de cuadro adjunto. Si la siniestralidad de la cartera evaluada en el periodo antes indicado es mayor al 85% el premio es 0%.
  Formula de Siniestralidad
  % Siniestralidad = Siniestros Devengados en el periodo + Comisión total del Corredor (Incluye Impuesto) + Gastos de administración 6,5% de la prima neta devengada / Prima Neta Devengada en el periodo
  Tabla de premio
  Rango de Prima Neta Devengada
  Seguros Colectivos de Vida y Salud Porcentaje de premio por Comisión adicional Anual Neta
  1. UF 0.001 hasta UF 13.999 0%
  2. UF 14.000 hasta UF 22.000 1%
  3. UF 22.001 hasta UF 32.000 2%
  4. UF 32.001 hasta UF 45.000 3%
  5. UF 45.001 hasta UF 55.000 4% (*1)
  6. Desde UF 55.001 y más 5% (*2)
  (*1) Menor a 85% premio 4%; menor a 80% se suma un 1% adicional
  (*2) Menor a 85% premio 5%; menor a 75% se suma un 2% adicional
- A contar del 01 de marzo se cancela en 10 cuotas.
- Se otorga cobertura a deportes riesgosos, Rugby y Equitación.



Firma Representante(s) Contratante Póliza
Nombre SOC EDUCACIONAL GREENHOUSE SCHOOL LIMITADA
R.U.T. 79.830.810-6

p.p. Bice Vida Compañía de Seguros S.A

Plan de Beneficios

Identificación del Plan : 5021
Descripción del Plan : Acc. Personales - Plan E
Moneda : UF / $

	Costo Directo	Sobre Bono Inst. Salud	Sobre Reembolso Ints. Salud	Bonificación Mínima Sistema Provisional BMI	Tope Evento	Deducible por Evento	Tope Mensual	Tope Anual	Frecuencia	Franquicia	Tipo Tope
Ambulatoria											
Procedimientos de Apoyo	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Consultas Médicas	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Cirugía Ambulatoria e Insumos	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Exámenes de Diagnóstico	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Rehabilitacion KNT / Fonoaudiologia											
Kinesiología/Fonoaudiología	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Medicamentos Ambulatorios											
Med. Libre Elección Genéricos	100,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Med. Libre Elección No Genéricos	100,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Hospitalaria											
Honorarios Médicos	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
S. Hosp, UTI y Hon.Médico	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Dia Cama	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Día Unidad de Cuidado Intermedio	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Servicio De Ambulancia											
Servicio Ambulancia Terrestre	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Varias Prestaciones											
Cirugía dental o plástica por accidente	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Prótesis/Ortesis											
Ortesis	100,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Prótesis	100,00%	100,00%	100,00%	---	---	---		---	0 Anual	UF 0,00	Ind.

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130962

ARTÍCULO 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 Titulo 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 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

El asegurador pagará al asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, el monto asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza en caso de fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, hospitalización, cirugía y/o el reembolso de gastos médicos incurridos, a consecuencia de un accidente, de acuerdo a la definición, descripción, límites, topes y montos máximos de cada una de las alternativas de cobertura contratadas. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y las coberturas, que darán origen al pago del monto asegurado o al reembolso de gastos médicos, deben encontrarse contratadas por el asegurado y vigentes al momento de la ocurrencia del accidente. Por lo tanto, no se pagará el monto asegurado o los reembolsos de gastos médicos de la alternativa de cobertura contratada si el accidente ocurrió con anterioridad al inicio de vigencia del asegurado en el contrato de seguro o sin estar la alternativa de cobertura contratada y vigente.

Adicionalmente, el asegurador pagará al asegurado o a sus beneficiarios, el monto asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza en caso de hospitalización, cirugía y/o el reembolso de gastos médicos incurridos, a consecuencia de una enfermedad, si así lo contempla la alternativa de cobertura contratada, de acuerdo a la definición, descripción, límites, topes y montos máximos contemplados en ella. La enfermedad que dé lugar a la cobertura de alguna de las alternativas de este contrato de seguro, necesariamente debe haber sido diagnosticada durante la vigencia del asegurado en el contrato de seguro y de la alternativa de cobertura. Por lo tanto, no se pagará el monto asegurado o los reembolsos de gastos médicos de la alternativa de cobertura contratada si la enfermedad fue diagnosticada con anterioridad al inicio de vigencia del asegurado en el contrato de seguro o sin estar la alternativa de cobertura contratada y vigente. El contratante podrá contratar una o más de estas alternativas de cobertura, las que según corresponda deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las alternativas de cobertura son las siguientes:

ALTERNATIVA A / MUERTE ACCIDENTAL: En virtud de esta alternativa de cobertura, el monto asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza será pagado por la Compañía Aseguradora a los beneficiarios, una vez acreditado el fallecimiento del Asegurado, si éste se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente y por causa no excluida en este contrato de seguro. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y esta alternativa de cobertura, debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la compañía que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa e inmediata de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato a consecuencia de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente. La compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta alternativa de cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las alternativas de cobertura B, C y D, en caso de haber sido contratadas.

ALTERNATIVA B / DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE: En virtud de esta alternativa de 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 y siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los sesenta (60) días contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, 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; 50% por la sordera completa de ambos oídos; 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 40% por pérdida total 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 del otro, antes de contratar este seguro 20% por la pérdida total de un pulgar 15% por la pérdida total del índice derecho o 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 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. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. En el caso de ocurrir más de un siniestro dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia de los siniestros, 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 no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa de cobertura. Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta alternativa de cobertura, 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 DOS TERCIOS POR ACCIDENTE: En virtud de esta alternativa de cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanente dos tercios, la compañía pagará el monto asegurado 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 de cobertura B, a razón del diez por ciento anual, durante un período máximo de diez (10) años mientras el asegurado esté vivo. Sin perjuicio de lo anterior, el pago del monto asegurado podrá realizarse mediante un pago único y total, lo que deberá dejarse establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta alternativa de cobertura, se entiende por "incapacidad total y permanente dos tercios", al menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente. Para efectos de esta alternativa de cobertura en este contrato de seguro, el menoscabo deberá ser evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. Nº 3.500, de 1980. (Las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de pensiones", son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial]. Según lo señalado en el párrafo anterior, y conforme a los antecedentes médicos presentados, la compañía de seguros determinará si se ha producido la Incapacidad Total y Permanente 2/3 de un asegurado. La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta. Esta alternativa de cobertura no podrá ser contratada en conjunto con la alternativa de cobertura D.

ALTERNATIVA D / INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 80% POR ACCIDENTE: En virtud de esta alternativa de cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el

asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanente 80%, la compañía pagará el monto asegurado 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 de cobertura B, a razón del diez por ciento anual, durante un período máximo de diez (10) años mientras el asegurado esté vivo. Sin perjuicio de lo anterior, el pago del monto asegurado podrá realizarse mediante un pago único y total, lo que deberá dejarse establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta alternativa de cobertura, se entiende por "incapacidad total y permanente ochenta por ciento", al menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos el 80% de su capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente. Para efectos de esta alternativa de cobertura en este contrato de seguro, el menoscabo deberá ser evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. Nº 3.500, de 1980. (Las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de pensiones", son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial]. Según lo señalado en el párrafo anterior, y conforme a los antecedentes médicos presentados, la compañía de seguros determinará si se ha producido la Incapacidad Total y Permanente 80% de un asegurado. La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta. Esta alternativa de cobertura no podrá ser contratada en conjunto con la alternativa de cobertura C.

ALTERNATIVA E / REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía reembolsará al asegurado el porcentaje expresado en las Condiciones Particulares de la póliza, de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra como consecuencia de un accidente, hasta el monto anual indicado en las mismas Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de noventa (90) días, u otro plazo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Esta alternativa de cobertura contará con un deducible por cada accidente cuyo monto será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. Se entiende por deducible por cada accidente, el monto de los gastos amparados por esta alternativa de cobertura que será siempre de cargo del asegurado. Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación al asegurado, por la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, los Seguros Colectivos Complementarios de Salud contratados por el empleador del Asegurado u otras instituciones similares, públicas o privadas y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al asegurado. Sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

ALTERNATIVA F / INCAPACIDAD TEMPORAL A CAUSA DE ACCIDENTE PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado el monto establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta por el máximo de días indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, por cada evento, en caso de incapacidad temporal que afecte al asegurado que tenga la calidad de trabajador dependiente o de trabajador independiente, a consecuencia de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente, para ejercer su actual trabajo o cualquier otro trabajo lucrativo o actividad por la cual pueda obtener una remuneración. Para los efectos de esta alternativa de cobertura se entiende por: **Trabajador dependiente:** Toda persona natural

que se encuentre ejerciendo una actividad remunerada bajo un vínculo de subordinación y dependencia en virtud de un contrato de trabajo. **Trabajador independiente:** Toda persona que ejerce una actividad u oficio en forma independiente y obtiene de dicho ejercicio la totalidad, o a lo menos el importe mayoritario de sus ingresos. **Evento:** Es la ocurrencia de un accidente específico que origina la incapacidad, la cual deriva directamente de tal accidente y también las consecuencias y complicaciones relacionadas con dicho accidente. **Incapacidad temporal:** Es la incapacidad que por causa de accidente impide al asegurado ejercer su actual trabajo o cualquier otro trabajo lucrativo o actividad por la cual pueda obtener una remuneración durante un período superior a 30 días continuos o durante un plazo menor o igual a 30 días si así se indica en las Condiciones Particulares. La compañía aseguradora determinará en un plazo máximo de 20 días, contados desde la recepción de los antecedentes médicos solicitados de acuerdo al artículo anterior, si se ha producido la incapacidad temporal de un asegurado y si ésta se ha producido dentro de la vigencia del asegurado en este contrato de seguro y en esta alternativa de cobertura. El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía aseguradora, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de 5 o más médicos propuestos por la compañía aseguradora. La Junta Médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado conforme a lo establecido en la definición de las coberturas de incapacidad respectivas, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha incapacidad. La Junta Médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la compañía aseguradora. Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo del monto mensual por parte de la compañía aseguradora, el asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima. Si procede el pago del monto, se devolverán las primas pagadas desde el mes siguiente a la fecha en que se produjo la incapacidad. Una vez expirado el período de evaluación y determinada la incapacidad temporal del asegurado, se hará efectivo el pago del monto establecido, el cual se efectuará en forma retroactiva al momento en que se produjo tal incapacidad hasta por el período indemnizable indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ALTERNATIVA G / INCAPACIDAD TEMPORAL A CAUSA DE ACCIDENTE PARA ESTUDIANTES O DUEÑAS DE CASA: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado el monto establecido en las Condiciones Particulares y hasta por el máximo de días indicados en las Condiciones Particulares, por cada evento, en caso de incapacidad temporal que afecte al asegurado que tenga la calidad de dueña(o) de casa o de estudiante, a consecuencia de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Para los efectos de esta cobertura se entiende por: **Estudiante:** Se entiende por estudiante a aquella persona que mediante la documentación pertinente acredite estar estudiando. **Dueña(o) de casa:** Aquella persona que no perciba ingresos derivados de un contrato de trabajo. **Evento:** Es la ocurrencia de un accidente específico que origina la incapacidad, la cual deriva directamente de tal accidente y también las consecuencias y complicaciones relacionadas con dicho accidente. **Incapacidad temporal:** Es la incapacidad que por causa de accidente el asegurado debe guardar reposo absoluto durante un período superior a 30 días continuos o durante un plazo menor o igual a 30 días si así se indica en las Condiciones Particulares de la póliza. La compañía aseguradora determinará en un plazo máximo de 20 días, contados desde la recepción de los antecedentes médicos solicitados de acuerdo al artículo anterior, si se ha producido la incapacidad temporal de un asegurado y si ésta se ha producido dentro de la vigencia del asegurado en este contrato de seguro y en esta alternativa de cobertura. El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía aseguradora, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de 5 o más médicos propuestos por la compañía aseguradora. La Junta Médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado conforme a lo establecido en la definición de las coberturas de incapacidad respectivas, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha incapacidad. La Junta Médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la compañía aseguradora. Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo del monto mensual por parte de la compañía aseguradora, el asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima. Si procede el pago del monto, se devolverán las primas pagadas desde el

mes siguiente a la fecha en que se produjo la incapacidad. Una vez expirado el período de evaluación y determinada la incapacidad temporal del asegurado, se hará efectivo el pago del monto establecido, el cual se efectuará en forma retroactiva al momento en que se produjo tal incapacidad hasta por el período indemnizable indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ALTERNATIVA H / INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE CON O SIN CONVALECENCIA: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado que ha sido hospitalizado a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en este contrato de seguro, el monto diario que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, independiente del gasto real en que haya incurrido el asegurado. Tanto el accidente, como el período de hospitalización, deben ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Se pagará la cantidad diaria a contar del primer día de hospitalización y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, teniendo esta alternativa de cobertura un tope por evento y un tope anual por asegurado. Cada accidente amparado por la presente alternativa de cobertura que requiera hospitalización se considerará un evento. Se entenderá que constituye un sólo evento los períodos sucesivos de hospitalización, cuyas causas se encuentren directamente relacionadas entre sí y resulten de un mismo accidente. No obstante, si entre la última hospitalización y la siguiente ha mediado un lapso igual o superior a 6 meses, esta última se considerará como si fuese consecuencia de un nuevo evento. Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado de un certificado que acredite el período de permanencia, indicando día y hora de inicio y término, emitido por el Hospital. **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 que efectivamente perciba el asegurado por la cobertura establecida en esta alternativa, 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 por accidente.

ALTERNATIVA I / INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado el monto diario por hospitalización por accidente, si como consecuencia de éste, el asegurado es hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o en una Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI) de un Hospital, independiente del gasto real en que haya incurrido el asegurado. Tanto el accidente, como el período de hospitalización,deben ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Para tener derecho a la indemnización de este beneficio, la hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o una Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI) debe ser indicada por el médico tratante. Se pagará la cantidad diaria a contar del primer día de hospitalización y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, teniendo esta alternativa de cobertura un tope por evento y un tope anual por asegurado. Cada accidente amparado por la presente alternativa de cobertura que requiera hospitalización se considerará un evento. Se entenderá que constituye un sólo evento los períodos sucesivos de hospitalización, cuyas causas se encuentren directamente relacionadas entre sí y resulten de un mismo accidente. No obstante, si entre la última hospitalización y la siguiente ha mediado un lapso igual o superior a 6 meses, esta última se considerará como si fuese consecuencia de un nuevo evento. Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado de un certificado que acredite el período de permanencia, indicando día y hora de inicio y término, emitido por el Hospital.

ALTERNATIVA J / MONTO MENSUAL AL CONYUGE POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al cónyuge del asegurado y durante el plazo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, el monto mensual especificado en las mismas Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado

en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato a consecuencia de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente. Para todos los efectos de esta cobertura se entenderá por cónyuge del asegurado la persona con quien éste haya contraído vínculo matrimonial en conformidad a la ley y se encuentre vigente.

ALTERNATIVA K / MONTO PERIODICO POR HIJOS POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO: En virtud de esta alternativa cobertura, la compañía aseguradora pagará por todos los hijos solteros menores de 18 años del asegurado, considerados como un todo o conjunto, en la oportunidad y durante el plazo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, el monto especificado en dichas condiciones, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato a consecuencia de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente. El monto único por todos los hijos, será pagado al padre o a la madre, según proceda. A falta de éstos, deberán pagarse al tutor, curador o guardador que haya acreditado dicha calidad. 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.

ALTERNATIVA L / REEMBOLSO DE GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía reembolsará al asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad el porcentaje expresado en las condiciones particulares de 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. El accidente que dé lugar a esta alternativa de cobertura necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Asimismo, la enfermedad que dé lugar a esta alternativa de cobertura, necesariamente debe haber sido diagnosticada dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento del diagnóstico de la enfermedad. Los gastos de las atenciones prestadas serán reembolsados una vez que hayan transcurrido el número de días consecutivos de hospitalización por evento señalado en las Condiciones Particulares de la póliza. La hospitalización del asegurado por un número de días inferior al antes señalado no dará lugar a indemnización alguna. Los gastos cubiertos por esta alternativa de cobertura serán reembolsados en los términos antes señalados, hasta por el máximo de días de hospitalización por evento consignado en las Condiciones Particulares de la póliza.
Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación al asegurado, por la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, los Seguros Colectivos Complementarios de Salud contratados por el empleador del Asegurado u otras instituciones similares, públicas o privadas y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al asegurado. Sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado. Para los efectos de esta cobertura se entiende por: **Evento:** Es la ocurrencia de un accidente o de una enfermedad, que origina la hospitalización, la cual deriva directamente de tal accidente o de tal enfermedad, así como también las consecuencias y complicaciones relacionadas con dicho accidente o enfermedad. **CONVALECENCIA:** En caso que el asegurado haya contratado esta alternativa de cobertura 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 de la póliza por cada día de hospitalización. Este pago solo procederá en el evento que el asegurado haya permanecido hospitalizado el número de días consecutivos por evento señalado

en las Condiciones Particulares de la póliza. La hospitalización del asegurado por un número de días inferior al antes señalado no dará lugar al pago de indemnización alguna.

ALTERNATIVA M / BENEFICIO DE CIRUGÍA A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD: En virtud de esta alternativa de 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: **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 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. **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. **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 de la póliza. **5.** El gasto correspondiente a intervenciones quirúrgicas de los órganos de reproducción, amígdalas, adenoides, pólipos y hernias, contempla un período de carencia de 120 días contados desde la vigencia de la cobertura individual del asegurado en el contrato de seguro colectivo. Así, la compañía aseguradora solo pagará dicho beneficio después de transcurrido dicho plazo. 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 de la póliza para efectos de ambulancia. El accidente que dé lugar a esta alternativa de cobertura necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro colectivo y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Asimismo, la enfermedad que dé lugar a esta alternativa de cobertura, necesariamente debe haber sido diagnosticada dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro colectivo y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento del diagnóstico de la enfermedad. Será condición necesaria para proceder con el pago del monto asegurado, la presentación por parte del asegurado, de originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación al asegurado, por la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, los Seguros Colectivos Complementarios de Salud contratados por el empleador del Asegurado u otras instituciones similares, públicas o privadas y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al asegurado, para efectos de determinar el monto real de los gastos en que incurrió el asegurado según el punto 1.- de este artículo.

ALTERNATIVA N / INDEMNIZACION DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía pagará al asegurado hospitalizado a causa de 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 a contar del número de días de hospitalización señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el máximo de días señalados en dichas Condiciones Particulares. El número de días de hospitalización a contar del cual se paga la cantidad diaria, indicado en el párrafo precedente, se aplicará tantas veces como el asegurado se hospitalice durante su vigencia en esta alternativa de cobertura. La enfermedad que dé lugar a esta alternativa de cobertura, necesariamente debe haber sido diagnosticada dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento del diagnóstico de la enfermedad.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 enfermedad que efectivamente perciba el asegurado por la cobertura establecida en esta alternativa, 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.

ARTÍCULO 3: CARENCIA.

Este contrato de seguro tendrá para cada alternativa de cobertura y para cada asegurado, el período de Carencia indicado expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza, contado desde la fecha que se indique en las mismas Condiciones Particulares. Así, la compañía aseguradora solo pagará los beneficios de este contrato de seguro después de transcurrido dicho plazo, y durante la vigencia del contrato de seguro. La Carencia no se aplicará en cada renovación del contrato de seguro.

ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las indemnizaciones que correspondan a las distintas alternativas de cobertura de este contrato de seguro, cuando el fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, cirugía, hospitalización o gastos médicos incurridos del asegurado provengan o se originen por: **a)** Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del Estado. **b)** Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente por sentencia ejecutoriada que se ha tratado de legítima defensa. **c)** Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonada, motín, conmoción civil, subversión incluidos los actos terroristas entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma. **d)** Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente. **e)** Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose la muerte del asegurado como consecuencia de la conducción de vehículos motorizados en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente. **f)** La conducción de cualquier vehículo o medio de transporte y la operación de cualquier tipo de maquinaria ejecutados en estado de ebriedad de acuerdo a la graduación establecida en legislación vigente a la fecha de fallecimiento del Asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente, y/o bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas. **g)** La práctica o el desempeño de cualquier deporte que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, salvo que sea previamente aceptada por el asegurador, tales como: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bumpee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las condiciones particulares de la póliza. **h)** La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia, tales como lo son las siguientes: **i.** La manipulación de explosivos o sustancias químicas corrosivas. **ii.** La manipulación de sierras mecánicas, de vaivén, banda o circulares utilizadas en industrias o fábricas. **iii.** La manipulación de máquinas de soldar utilizadas en industrias o fábricas. **iv.** Trabajar en la carga o descarga de vehículos, buques o aviones. **v.** Matar ganado. **i)** Motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además

el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador. **j)** Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo. **k)** Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados y empresas de seguridad ciudadana. **l)** Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva. **m)** Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado. **n)** Siniestro causado dolosamente por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización, respecto de dicho beneficiario. **o)** 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. **p)** Infecciones debidas a gérmenes, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. **q)** Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de siniestros cubiertos por esta póliza, tales como: Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo; enfermedad mental o nerviosa, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento; exámenes médicos de rutina. **r)** Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan. **s)** Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos. **t)** La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado y las hospitalizaciones domiciliarias de cualquier tipo. **u)** La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario. **v)** Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares. **w)** Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos traslados por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado. **x)** Atenciones médicas siquiátricas y/o psicológicas. **y)** Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas. **z)** Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por accidentes ocurridos anteriores a la fecha de vigencia del asegurado en el contrato de seguro. **aa)** Todo tipo de tratamientos por obesidad, salvo en aquellos casos calificados como “obesidad mórbida”, de acuerdo a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). **bb)** Epidemias oficialmente declaradas. **cc)** Enfermedades o Dolencias Preexistentes, entendiendo que éstas corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en el Certificado de Cobertura se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas

ARTÍCULO 5: ASEGURADOS

Se consideran asegurados para efectos de este contrato de seguro, las personas que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y Certificado de Cobertura, conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o estén vinculados con o por la entidad contratante. Según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, podrán ser asegurados, en calidad de asegurados dependientes, personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante. El contratante de la póliza, deberá informar el ingreso de los asegurados, a través de los medios que la Compañía ponga a disposición del contratante o según lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 6: INCORPORACIÓN Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Todas las personas que quisieran ingresar al contrato de seguro deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y Certificado de Cobertura. En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo sobre sus vidas desde la fecha de inicio de vigencia indicada en el párrafo siguiente o según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. La vigencia inicial de la cobertura para los asegurados comenzará el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la compañía de seguros.

ARTÍCULO 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del Asegurado son las siguientes: **1.** Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos; **2.** Pagar la prima en la forma y época pactadas; **3.** No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio; **4.** Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y **5.** Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias. Si el contratante del seguro y el Asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado. Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 8: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el Asegurado informe al tenor de lo que solicite el Asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo. Convenido el contrato de seguro sin que el Asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del Asegurado, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud. Si el siniestro no se ha producido, y el Asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo Asegurado en la información que solicite el Asegurador de acuerdo al número 1 del artículo anterior, el Asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes no revisten alguna de dichas características, 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 diez 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 treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. 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 de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo. Estas sanciones no se aplicarán si el Asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

ARTÍCULO 9: AGRAVACIÓN DE RIESGOS ASEGURADOS

El Asegurado, o contratante en su caso, deberá informar al asegurador de los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado, y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato de seguro, dentro de los cinco (5) 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 treinta 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 diez 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 la declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el inciso primero, 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 incisos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al asegurado la proporción de prima correspondiente al período en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

ARTÍCULO 10: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

La designación y cambio de beneficiarios se rige por los Artículos 593, 594 y 595 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 11: PRIMA

El monto de la prima se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza. **a) Pago de la Prima:** El Contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante. Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la Compañía Aseguradora. La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro por falta de pago de la prima. **b) No pago de la Prima:** La falta de pago de la prima en los plazos estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza, producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 21 de estas Condiciones Generales, 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. Dicha terminación no aplicará en caso que el contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente. La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho de poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima. Producida la terminación, la responsabilidad del Asegurador por los siniestros posteriores, cesará en pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 12: MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Esta materia se rige por el Artículo 517 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 13: DENUNCIA DE SINIESTROS Y LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, hospitalización, cirugía y/o gastos médicos incurridos del Asegurado, a consecuencia de un accidente o, en caso de hospitalización, cirugía y/o gastos médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad, deberán ser notificados a la Compañía, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, hospitalización, cirugía y/o gastos médicos incurridos, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza. No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía hasta el plazo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro del Asegurado.

Asimismo, se deberán presentar a la Compañía los siguientes antecedentes relativos al siniestro: **a)** Certificado de Defunción original del asegurado; **b)** Fotocopia Cédula de Identidad del asegurado o Certificado de Nacimiento original; **c)** Informe Médico; **d)** Parte Policial y Alcoholemia (si correspondiese); **e)** Otros antecedentes tales como, ficha clínica, informes, declaraciones, certificados, dictamen de invalidez u otros documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado o su hospitalización. Sin perjuicio de lo requerido precedentemente, también constituyen antecedentes necesarios para la alternativa de cobertura E: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, los siguientes: **a)** La entrega oportuna por el asegurado a la compañía del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique. **b)** La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado. **c)** La entrega a la compañía de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior. El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el siniestro denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por este contrato de seguro y determinar el monto de la indemnización. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de las pericias y exámenes médicos. El asegurado deberá requerir de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación del siniestro denunciado o autorizar a la Compañía o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el siniestro denunciado y los gastos consecuentes. En caso de requerirse mayores antecedentes, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N° 1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo modifique.

ARTÍCULO 14: PRESCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Las acciones emanadas del contrato de seguro prescriben en el término de cuatro años, contado desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva. Fuera de otras causales legales, la prescripción que corre en contra del Asegurado se interrumpe por la denuncia del siniestro, y el nuevo plazo regirá desde el momento en que el Asegurador le comunique su decisión al respecto. En el seguro de vida el plazo de prescripción para el beneficiario será de cuatro años y se contará desde que se conoce la existencia de su derecho, pero en ningún caso excederá de diez años desde el siniestro. El plazo de prescripción no puede ser abreviado bajo ninguna forma de caducidad o preclusión.

ARTÍCULO 15: VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y podrá ser renovado a partir de la fecha de término del contrato de seguro, por el lapso, condiciones y prima que autorice el contratante. No obstante lo anterior y en caso de existir coberturas adicionales contratadas, éstas podrán tener una vigencia menor al contrato de seguro, según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza. Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 16: TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

El contrato de seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza. Asimismo, este contrato de seguro terminará cuando suceda alguno de los siguientes hechos: **1.- Respecto del Contrato: a)** Por no pago de la prima y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente; **b)** Si la moneda o unidad estipulada de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía, conforme a lo señalado en el Artículo 17 siguiente. En el caso de término anticipado del contrato descrito en la letra b) de este artículo, la Compañía, conforme al Artículo 21 de estas Condiciones Generales, notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a

la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado. **2.- Respecto del Asegurado: c)** Por término del contrato de seguro; **d)** Cuando el contratante informe que el Asegurado ya no es parte del grupo asegurado; **e)** Por fallecimiento del Asegurado; **f)** Por el pago del monto asegurado de alguna de las alternativas de cobertura de Incapacidad Total y Permanente, descritas en estas Condiciones Generales; **g)** Por el pago del 100% del monto asegurado de la alternativa de cobertura B: Desmembramiento, descrita en estas Condiciones Generales; **h)** Pago de la indemnización contemplada en alguna cláusula adicional contratada por el Asegurado, que conforme a la misma provoque el término anticipado de la cobertura principal; **i)** A las 24 horas del día en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza; **j)** Por no pago de la prima y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente; **k)** Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 7 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 8 de estas Condiciones Generales; **l)** Cuando el Asegurado no hubiere informado a la Compañía de los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado según el Artículo 7 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales; y **m)** Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal. Terminada la vigencia del contrato de seguro, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 17: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

El capital asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato de seguro se expresarán en moneda extranjera, en unidades de fomento u otra unidad reajustable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza. El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajustable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de primas e indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas. La misma regla será aplicable a la devolución de prima que correspondiere. 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 diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato de seguro.

ARTÍCULO 18: CLÁUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO 19: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos años desde la vigencia de la cobertura individual del asegurado en el contrato de seguro colectivo, la Compañía no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del Riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTÍCULO 20: EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío o destrucción de la póliza, la Compañía, a petición del Asegurado, expedirá un duplicado del documento original. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del Asegurado. La nueva póliza anulará y reemplazará la anterior extraviada o destruida.

ARTÍCULO 21: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o al Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que éste no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa 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 al 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 de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo. La Aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al Asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros. Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 22: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

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. El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las facultades que establece el artículo 543 del Código de Comercio. Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del beneficiario.

ARTÍCULO 23: IMPUESTOS

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

ARTÍCULO 24: DOMICILIO

Para todos los efectos del presente contrato, las partes señalan como domicilio especial el que se menciona en las Condiciones Particulares de esta póliza.

ARTÍCULO 25: DEFINICIONES

1. Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se considera como accidente aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos. **2. Contratante:**

El empleador, o una entidad jurídica, o la persona que celebra el contrato de seguro, el cual es señalado como tal en las Condiciones Particulares de la póliza. **3. Lesión:** Para estos efectos se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado de un Accidente que afecte al organismo del Asegurado, que presente o no síntomas asociados a esa lesión y requiera tratamiento médico. **4. Hospital:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas y que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipo de rayos X y quirófano atendidos por personal profesional especializado. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos. **5. Hospitalización:** Es aquella situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, pernoctando a lo menos una noche, utilizando el servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún aspecto, lo que se denomina hospitalización domiciliaria. **6. Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI):** Aquella dependencia dentro de un Hospital que funciona las 24 horas del día, con el propósito de mantener un control acucioso de pacientes enfermos o accidentados, y que se encuentre equipada para otorgar servicios médicos especiales que no están disponibles en las unidades de recuperación de cirugía o aquellas dependencias donde el paciente es hospitalizado dado que él o ella necesita de Servicios de Cuidados Intensivos, y no sólo algunos servicios tales como los cuidados de una enfermera privada. **7. Médico:** Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de médico cirujano otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario o por la autoridad de salud extranjera respectiva si la prestación o gasto médico se produjo fuera de Chile. 8. **Enfermedad:** Es un estado que se produce por la pérdida de la función de cualquier sistema u órgano, que se traduce en un malestar acompañado de un conjunto de signos y síntomas que altera la función vital normal. Su diagnóstico y confirmación deben ser efectuados por un Médico. Todas las consecuencias posteriores relacionadas a una enfermedad o asociadas a la misma familia de enfermedades se considerarán como una misma enfermedad. Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad. Todas las enfermedades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas, o a enfermedades asociadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad. No se consideran como enfermedad aquellas afecciones corporales auto-provocadas intencionalmente por el asegurado. **9. Enfermedad o Dolencia Preexistente:** Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. **10. Gasto médico incurrido:** Son aquellos gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que incurra el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad, que hayan sido efectivamente pagados por el asegurado. Serán gastos médicos incurridos el costo efectivo de las prestaciones médicas recibidas por el asegurado, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual per-tenezca el asegurado. No se considerarán como gastos incurridos por el asegurado, aquellos provenientes de prestaciones aún no realizadas a la fecha de presentación de los gastos a la compañía. Asimismo, tampoco se considerarán como gastos médicos incurridos, toda prestación, excepto la consulta médica, que no haya sido originada por indicación médica con su correspondiente diagnóstico o hipótesis diagnóstica.

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130962

ARTÍCULO 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 Titulo 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 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

El asegurador pagará al asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, el monto asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza en caso de fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, hospitalización, cirugía y/o el reembolso de gastos médicos incurridos, a consecuencia de un accidente, de acuerdo a la definición, descripción, límites, topes y montos máximos de cada una de las alternativas de cobertura contratadas. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y las coberturas, que darán origen al pago del monto asegurado o al reembolso de gastos médicos, deben encontrarse contratadas por el asegurado y vigentes al momento de la ocurrencia del accidente. Por lo tanto, no se pagará el monto asegurado o los reembolsos de gastos médicos de la alternativa de cobertura contratada si el accidente ocurrió con anterioridad al inicio de vigencia del asegurado en el contrato de seguro o sin estar la alternativa de cobertura contratada y vigente.

Adicionalmente, el asegurador pagará al asegurado o a sus beneficiarios, el monto asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza en caso de hospitalización, cirugía y/o el reembolso de gastos médicos incurridos, a consecuencia de una enfermedad, si así lo contempla la alternativa de cobertura contratada, de acuerdo a la definición, descripción, límites, topes y montos máximos contemplados en ella. La enfermedad que dé lugar a la cobertura de alguna de las alternativas de este contrato de seguro, necesariamente debe haber sido diagnosticada durante la vigencia del asegurado en el contrato de seguro y de la alternativa de cobertura. Por lo tanto, no se pagará el monto asegurado o los reembolsos de gastos médicos de la alternativa de cobertura contratada si la enfermedad fue diagnosticada con anterioridad al inicio de vigencia del asegurado en el contrato de seguro o sin estar la alternativa de cobertura contratada y vigente. El contratante podrá contratar una o más de estas alternativas de cobertura, las que según corresponda deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las alternativas de cobertura son las siguientes:

ALTERNATIVA A / MUERTE ACCIDENTAL: En virtud de esta alternativa de cobertura, el monto asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza será pagado por la Compañía Aseguradora a los beneficiarios, una vez acreditado el fallecimiento del Asegurado, si éste se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente y por causa no excluida en este contrato de seguro. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y esta alternativa de cobertura, debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la compañía que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa e inmediata de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato a consecuencia de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente. La compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta alternativa de cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las alternativas de cobertura B, C y D, en caso de haber sido contratadas.

ALTERNATIVA B / DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE: En virtud de esta alternativa de 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 y siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los sesenta (60) días contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, 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; 50% por la sordera completa de ambos oídos; 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 40% por pérdida total 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 del otro, antes de contratar este seguro 20% por la pérdida total de un pulgar 15% por la pérdida total del índice derecho o 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 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. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. En el caso de ocurrir más de un siniestro dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia de los siniestros, 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 no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa de cobertura. Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta alternativa de cobertura, 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 DOS TERCIOS POR ACCIDENTE: En virtud de esta alternativa de cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanente dos tercios, la compañía pagará el monto asegurado 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 de cobertura B, a razón del diez por ciento anual, durante un período máximo de diez (10) años mientras el asegurado esté vivo. Sin perjuicio de lo anterior, el pago del monto asegurado podrá realizarse mediante un pago único y total, lo que deberá dejarse establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta alternativa de cobertura, se entiende por "incapacidad total y permanente dos tercios", al menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente. Para efectos de esta alternativa de cobertura en este contrato de seguro, el menoscabo deberá ser evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. Nº 3.500, de 1980. (Las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de pensiones", son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial]. Según lo señalado en el párrafo anterior, y conforme a los antecedentes médicos presentados, la compañía de seguros determinará si se ha producido la Incapacidad Total y Permanente 2/3 de un asegurado. La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta. Esta alternativa de cobertura no podrá ser contratada en conjunto con la alternativa de cobertura D.

ALTERNATIVA D / INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 80% POR ACCIDENTE: En virtud de esta alternativa de cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el

asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanente 80%, la compañía pagará el monto asegurado 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 de cobertura B, a razón del diez por ciento anual, durante un período máximo de diez (10) años mientras el asegurado esté vivo. Sin perjuicio de lo anterior, el pago del monto asegurado podrá realizarse mediante un pago único y total, lo que deberá dejarse establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta alternativa de cobertura, se entiende por "incapacidad total y permanente ochenta por ciento", al menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos el 80% de su capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente. Para efectos de esta alternativa de cobertura en este contrato de seguro, el menoscabo deberá ser evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. Nº 3.500, de 1980. (Las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de pensiones", son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial]. Según lo señalado en el párrafo anterior, y conforme a los antecedentes médicos presentados, la compañía de seguros determinará si se ha producido la Incapacidad Total y Permanente 80% de un asegurado. La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta. Esta alternativa de cobertura no podrá ser contratada en conjunto con la alternativa de cobertura C.

ALTERNATIVA E / REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía reembolsará al asegurado el porcentaje expresado en las Condiciones Particulares de la póliza, de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra como consecuencia de un accidente, hasta el monto anual indicado en las mismas Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de noventa (90) días, u otro plazo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Esta alternativa de cobertura contará con un deducible por cada accidente cuyo monto será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. Se entiende por deducible por cada accidente, el monto de los gastos amparados por esta alternativa de cobertura que será siempre de cargo del asegurado. Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación al asegurado, por la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, los Seguros Colectivos Complementarios de Salud contratados por el empleador del Asegurado u otras instituciones similares, públicas o privadas y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al asegurado. Sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

ALTERNATIVA F / INCAPACIDAD TEMPORAL A CAUSA DE ACCIDENTE PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado el monto establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta por el máximo de días indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, por cada evento, en caso de incapacidad temporal que afecte al asegurado que tenga la calidad de trabajador dependiente o de trabajador independiente, a consecuencia de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente, para ejercer su actual trabajo o cualquier otro trabajo lucrativo o actividad por la cual pueda obtener una remuneración. Para los efectos de esta alternativa de cobertura se entiende por: **Trabajador dependiente:** Toda persona natural

que se encuentre ejerciendo una actividad remunerada bajo un vínculo de subordinación y dependencia en virtud de un contrato de trabajo. **Trabajador independiente:** Toda persona que ejerce una actividad u oficio en forma independiente y obtiene de dicho ejercicio la totalidad, o a lo menos el importe mayoritario de sus ingresos. **Evento:** Es la ocurrencia de un accidente específico que origina la incapacidad, la cual deriva directamente de tal accidente y también las consecuencias y complicaciones relacionadas con dicho accidente. **Incapacidad temporal:** Es la incapacidad que por causa de accidente impide al asegurado ejercer su actual trabajo o cualquier otro trabajo lucrativo o actividad por la cual pueda obtener una remuneración durante un período superior a 30 días continuos o durante un plazo menor o igual a 30 días si así se indica en las Condiciones Particulares. La compañía aseguradora determinará en un plazo máximo de 20 días, contados desde la recepción de los antecedentes médicos solicitados de acuerdo al artículo anterior, si se ha producido la incapacidad temporal de un asegurado y si ésta se ha producido dentro de la vigencia del asegurado en este contrato de seguro y en esta alternativa de cobertura. El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía aseguradora, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de 5 o más médicos propuestos por la compañía aseguradora. La Junta Médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado conforme a lo establecido en la definición de las coberturas de incapacidad respectivas, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha incapacidad. La Junta Médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la compañía aseguradora. Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo del monto mensual por parte de la compañía aseguradora, el asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima. Si procede el pago del monto, se devolverán las primas pagadas desde el mes siguiente a la fecha en que se produjo la incapacidad. Una vez expirado el período de evaluación y determinada la incapacidad temporal del asegurado, se hará efectivo el pago del monto establecido, el cual se efectuará en forma retroactiva al momento en que se produjo tal incapacidad hasta por el período indemnizable indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ALTERNATIVA G / INCAPACIDAD TEMPORAL A CAUSA DE ACCIDENTE PARA ESTUDIANTES O DUEÑAS DE CASA: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado el monto establecido en las Condiciones Particulares y hasta por el máximo de días indicados en las Condiciones Particulares, por cada evento, en caso de incapacidad temporal que afecte al asegurado que tenga la calidad de dueña(o) de casa o de estudiante, a consecuencia de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Para los efectos de esta cobertura se entiende por: **Estudiante:** Se entiende por estudiante a aquella persona que mediante la documentación pertinente acredite estar estudiando. **Dueña(o) de casa:** Aquella persona que no perciba ingresos derivados de un contrato de trabajo. **Evento:** Es la ocurrencia de un accidente específico que origina la incapacidad, la cual deriva directamente de tal accidente y también las consecuencias y complicaciones relacionadas con dicho accidente. **Incapacidad temporal:** Es la incapacidad que por causa de accidente el asegurado debe guardar reposo absoluto durante un período superior a 30 días continuos o durante un plazo menor o igual a 30 días si así se indica en las Condiciones Particulares de la póliza. La compañía aseguradora determinará en un plazo máximo de 20 días, contados desde la recepción de los antecedentes médicos solicitados de acuerdo al artículo anterior, si se ha producido la incapacidad temporal de un asegurado y si ésta se ha producido dentro de la vigencia del asegurado en este contrato de seguro y en esta alternativa de cobertura. El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía aseguradora, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de 5 o más médicos propuestos por la compañía aseguradora. La Junta Médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado conforme a lo establecido en la definición de las coberturas de incapacidad respectivas, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha incapacidad. La Junta Médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la compañía aseguradora. Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo del monto mensual por parte de la compañía aseguradora, el asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima. Si procede el pago del monto, se devolverán las primas pagadas desde el

mes siguiente a la fecha en que se produjo la incapacidad. Una vez expirado el período de evaluación y determinada la incapacidad temporal del asegurado, se hará efectivo el pago del monto establecido, el cual se efectuará en forma retroactiva al momento en que se produjo tal incapacidad hasta por el período indemnizable indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ALTERNATIVA H / INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE CON O SIN CONVALECENCIA: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado que ha sido hospitalizado a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en este contrato de seguro, el monto diario que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, independiente del gasto real en que haya incurrido el asegurado. Tanto el accidente, como el período de hospitalización, deben ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Se pagará la cantidad diaria a contar del primer día de hospitalización y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, teniendo esta alternativa de cobertura un tope por evento y un tope anual por asegurado. Cada accidente amparado por la presente alternativa de cobertura que requiera hospitalización se considerará un evento. Se entenderá que constituye un sólo evento los períodos sucesivos de hospitalización, cuyas causas se encuentren directamente relacionadas entre sí y resulten de un mismo accidente. No obstante, si entre la última hospitalización y la siguiente ha mediado un lapso igual o superior a 6 meses, esta última se considerará como si fuese consecuencia de un nuevo evento. Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado de un certificado que acredite el período de permanencia, indicando día y hora de inicio y término, emitido por el Hospital. **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 que efectivamente perciba el asegurado por la cobertura establecida en esta alternativa, 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 por accidente.

ALTERNATIVA I / INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado el monto diario por hospitalización por accidente, si como consecuencia de éste, el asegurado es hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o en una Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI) de un Hospital, independiente del gasto real en que haya incurrido el asegurado. Tanto el accidente, como el período de hospitalización,deben ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Para tener derecho a la indemnización de este beneficio, la hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o una Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI) debe ser indicada por el médico tratante. Se pagará la cantidad diaria a contar del primer día de hospitalización y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, teniendo esta alternativa de cobertura un tope por evento y un tope anual por asegurado. Cada accidente amparado por la presente alternativa de cobertura que requiera hospitalización se considerará un evento. Se entenderá que constituye un sólo evento los períodos sucesivos de hospitalización, cuyas causas se encuentren directamente relacionadas entre sí y resulten de un mismo accidente. No obstante, si entre la última hospitalización y la siguiente ha mediado un lapso igual o superior a 6 meses, esta última se considerará como si fuese consecuencia de un nuevo evento. Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado de un certificado que acredite el período de permanencia, indicando día y hora de inicio y término, emitido por el Hospital.

ALTERNATIVA J / MONTO MENSUAL AL CONYUGE POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al cónyuge del asegurado y durante el plazo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, el monto mensual especificado en las mismas Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado

en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato a consecuencia de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente. Para todos los efectos de esta cobertura se entenderá por cónyuge del asegurado la persona con quien éste haya contraído vínculo matrimonial en conformidad a la ley y se encuentre vigente.

ALTERNATIVA K / MONTO PERIODICO POR HIJOS POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO: En virtud de esta alternativa cobertura, la compañía aseguradora pagará por todos los hijos solteros menores de 18 años del asegurado, considerados como un todo o conjunto, en la oportunidad y durante el plazo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, el monto especificado en dichas condiciones, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato a consecuencia de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente. El monto único por todos los hijos, será pagado al padre o a la madre, según proceda. A falta de éstos, deberán pagarse al tutor, curador o guardador que haya acreditado dicha calidad. 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.

ALTERNATIVA L / REEMBOLSO DE GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía reembolsará al asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad el porcentaje expresado en las condiciones particulares de 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. El accidente que dé lugar a esta alternativa de cobertura necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Asimismo, la enfermedad que dé lugar a esta alternativa de cobertura, necesariamente debe haber sido diagnosticada dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento del diagnóstico de la enfermedad. Los gastos de las atenciones prestadas serán reembolsados una vez que hayan transcurrido el número de días consecutivos de hospitalización por evento señalado en las Condiciones Particulares de la póliza. La hospitalización del asegurado por un número de días inferior al antes señalado no dará lugar a indemnización alguna. Los gastos cubiertos por esta alternativa de cobertura serán reembolsados en los términos antes señalados, hasta por el máximo de días de hospitalización por evento consignado en las Condiciones Particulares de la póliza.
Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación al asegurado, por la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, los Seguros Colectivos Complementarios de Salud contratados por el empleador del Asegurado u otras instituciones similares, públicas o privadas y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al asegurado. Sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado. Para los efectos de esta cobertura se entiende por: **Evento:** Es la ocurrencia de un accidente o de una enfermedad, que origina la hospitalización, la cual deriva directamente de tal accidente o de tal enfermedad, así como también las consecuencias y complicaciones relacionadas con dicho accidente o enfermedad. **CONVALECENCIA:** En caso que el asegurado haya contratado esta alternativa de cobertura 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 de la póliza por cada día de hospitalización. Este pago solo procederá en el evento que el asegurado haya permanecido hospitalizado el número de días consecutivos por evento señalado

en las Condiciones Particulares de la póliza. La hospitalización del asegurado por un número de días inferior al antes señalado no dará lugar al pago de indemnización alguna.

ALTERNATIVA M / BENEFICIO DE CIRUGÍA A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD: En virtud de esta alternativa de 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: **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 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. **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. **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 de la póliza. **5.** El gasto correspondiente a intervenciones quirúrgicas de los órganos de reproducción, amígdalas, adenoides, pólipos y hernias, contempla un período de carencia de 120 días contados desde la vigencia de la cobertura individual del asegurado en el contrato de seguro colectivo. Así, la compañía aseguradora solo pagará dicho beneficio después de transcurrido dicho plazo. 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 de la póliza para efectos de ambulancia. El accidente que dé lugar a esta alternativa de cobertura necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro colectivo y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Asimismo, la enfermedad que dé lugar a esta alternativa de cobertura, necesariamente debe haber sido diagnosticada dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro colectivo y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento del diagnóstico de la enfermedad. Será condición necesaria para proceder con el pago del monto asegurado, la presentación por parte del asegurado, de originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación al asegurado, por la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, los Seguros Colectivos Complementarios de Salud contratados por el empleador del Asegurado u otras instituciones similares, públicas o privadas y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al asegurado, para efectos de determinar el monto real de los gastos en que incurrió el asegurado según el punto 1.- de este artículo.

ALTERNATIVA N / INDEMNIZACION DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía pagará al asegurado hospitalizado a causa de 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 a contar del número de días de hospitalización señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el máximo de días señalados en dichas Condiciones Particulares. El número de días de hospitalización a contar del cual se paga la cantidad diaria, indicado en el párrafo precedente, se aplicará tantas veces como el asegurado se hospitalice durante su vigencia en esta alternativa de cobertura. La enfermedad que dé lugar a esta alternativa de cobertura, necesariamente debe haber sido diagnosticada dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento del diagnóstico de la enfermedad.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 enfermedad que efectivamente perciba el asegurado por la cobertura establecida en esta alternativa, 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.

ARTÍCULO 3: CARENCIA.

Este contrato de seguro tendrá para cada alternativa de cobertura y para cada asegurado, el período de Carencia indicado expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza, contado desde la fecha que se indique en las mismas Condiciones Particulares. Así, la compañía aseguradora solo pagará los beneficios de este contrato de seguro después de transcurrido dicho plazo, y durante la vigencia del contrato de seguro. La Carencia no se aplicará en cada renovación del contrato de seguro.

ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las indemnizaciones que correspondan a las distintas alternativas de cobertura de este contrato de seguro, cuando el fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, cirugía, hospitalización o gastos médicos incurridos del asegurado provengan o se originen por: **a)** Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del Estado. **b)** Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente por sentencia ejecutoriada que se ha tratado de legítima defensa. **c)** Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonada, motín, conmoción civil, subversión incluidos los actos terroristas entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma. **d)** Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente. **e)** Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose la muerte del asegurado como consecuencia de la conducción de vehículos motorizados en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente. **f)** La conducción de cualquier vehículo o medio de transporte y la operación de cualquier tipo de maquinaria ejecutados en estado de ebriedad de acuerdo a la graduación establecida en legislación vigente a la fecha de fallecimiento del Asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente, y/o bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas. **g)** La práctica o el desempeño de cualquier deporte que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, salvo que sea previamente aceptada por el asegurador, tales como: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bumpee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las condiciones particulares de la póliza. **h)** La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia, tales como lo son las siguientes: **i.** La manipulación de explosivos o sustancias químicas corrosivas. **ii.** La manipulación de sierras mecánicas, de vaivén, banda o circulares utilizadas en industrias o fábricas. **iii.** La manipulación de máquinas de soldar utilizadas en industrias o fábricas. **iv.** Trabajar en la carga o descarga de vehículos, buques o aviones. **v.** Matar ganado. **i)** Motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además

el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador. **j)** Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo. **k)** Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados y empresas de seguridad ciudadana. **l)** Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva. **m)** Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado. **n)** Siniestro causado dolosamente por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización, respecto de dicho beneficiario. **o)** 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. **p)** Infecciones debidas a gérmenes, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. **q)** Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de siniestros cubiertos por esta póliza, tales como: Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo; enfermedad mental o nerviosa, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento; exámenes médicos de rutina. **r)** Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan. **s)** Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos. **t)** La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado y las hospitalizaciones domiciliarias de cualquier tipo. **u)** La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario. **v)** Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares. **w)** Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos traslados por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado. **x)** Atenciones médicas siquiátricas y/o psicológicas. **y)** Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas. **z)** Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por accidentes ocurridos anteriores a la fecha de vigencia del asegurado en el contrato de seguro. **aa)** Todo tipo de tratamientos por obesidad, salvo en aquellos casos calificados como “obesidad mórbida”, de acuerdo a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). **bb)** Epidemias oficialmente declaradas. **cc)** Enfermedades o Dolencias Preexistentes, entendiendo que éstas corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en el Certificado de Cobertura se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas

ARTÍCULO 5: ASEGURADOS

Se consideran asegurados para efectos de este contrato de seguro, las personas que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y Certificado de Cobertura, conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o estén vinculados con o por la entidad contratante. Según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, podrán ser asegurados, en calidad de asegurados dependientes, personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante. El contratante de la póliza, deberá informar el ingreso de los asegurados, a través de los medios que la Compañía ponga a disposición del contratante o según lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 6: INCORPORACIÓN Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Todas las personas que quisieran ingresar al contrato de seguro deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y Certificado de Cobertura. En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo sobre sus vidas desde la fecha de inicio de vigencia indicada en el párrafo siguiente o según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. La vigencia inicial de la cobertura para los asegurados comenzará el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la compañía de seguros.

ARTÍCULO 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del Asegurado son las siguientes: **1.** Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos; **2.** Pagar la prima en la forma y época pactadas; **3.** No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio; **4.** Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y **5.** Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias. Si el contratante del seguro y el Asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado. Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 8: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el Asegurado informe al tenor de lo que solicite el Asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo. Convenido el contrato de seguro sin que el Asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del Asegurado, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud. Si el siniestro no se ha producido, y el Asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo Asegurado en la información que solicite el Asegurador de acuerdo al número 1 del artículo anterior, el Asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes no revisten alguna de dichas características, 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 diez 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 treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. 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 de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo. Estas sanciones no se aplicarán si el Asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

ARTÍCULO 9: AGRAVACIÓN DE RIESGOS ASEGURADOS

El Asegurado, o contratante en su caso, deberá informar al asegurador de los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado, y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato de seguro, dentro de los cinco (5) 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 treinta 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 diez 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 la declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el inciso primero, 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 incisos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al asegurado la proporción de prima correspondiente al período en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

ARTÍCULO 10: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

La designación y cambio de beneficiarios se rige por los Artículos 593, 594 y 595 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 11: PRIMA

El monto de la prima se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza. **a) Pago de la Prima:** El Contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante. Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la Compañía Aseguradora. La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro por falta de pago de la prima. **b) No pago de la Prima:** La falta de pago de la prima en los plazos estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza, producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 21 de estas Condiciones Generales, 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. Dicha terminación no aplicará en caso que el contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente. La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho de poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima. Producida la terminación, la responsabilidad del Asegurador por los siniestros posteriores, cesará en pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 12: MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Esta materia se rige por el Artículo 517 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 13: DENUNCIA DE SINIESTROS Y LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, hospitalización, cirugía y/o gastos médicos incurridos del Asegurado, a consecuencia de un accidente o, en caso de hospitalización, cirugía y/o gastos médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad, deberán ser notificados a la Compañía, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, hospitalización, cirugía y/o gastos médicos incurridos, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza. No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía hasta el plazo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro del Asegurado.

Asimismo, se deberán presentar a la Compañía los siguientes antecedentes relativos al siniestro: **a)** Certificado de Defunción original del asegurado; **b)** Fotocopia Cédula de Identidad del asegurado o Certificado de Nacimiento original; **c)** Informe Médico; **d)** Parte Policial y Alcoholemia (si correspondiese); **e)** Otros antecedentes tales como, ficha clínica, informes, declaraciones, certificados, dictamen de invalidez u otros documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado o su hospitalización. Sin perjuicio de lo requerido precedentemente, también constituyen antecedentes necesarios para la alternativa de cobertura E: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, los siguientes: **a)** La entrega oportuna por el asegurado a la compañía del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique. **b)** La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado. **c)** La entrega a la compañía de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior. El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el siniestro denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por este contrato de seguro y determinar el monto de la indemnización. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de las pericias y exámenes médicos. El asegurado deberá requerir de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación del siniestro denunciado o autorizar a la Compañía o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el siniestro denunciado y los gastos consecuentes. En caso de requerirse mayores antecedentes, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N° 1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo modifique.

ARTÍCULO 14: PRESCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Las acciones emanadas del contrato de seguro prescriben en el término de cuatro años, contado desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva. Fuera de otras causales legales, la prescripción que corre en contra del Asegurado se interrumpe por la denuncia del siniestro, y el nuevo plazo regirá desde el momento en que el Asegurador le comunique su decisión al respecto. En el seguro de vida el plazo de prescripción para el beneficiario será de cuatro años y se contará desde que se conoce la existencia de su derecho, pero en ningún caso excederá de diez años desde el siniestro. El plazo de prescripción no puede ser abreviado bajo ninguna forma de caducidad o preclusión.

ARTÍCULO 15: VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y podrá ser renovado a partir de la fecha de término del contrato de seguro, por el lapso, condiciones y prima que autorice el contratante. No obstante lo anterior y en caso de existir coberturas adicionales contratadas, éstas podrán tener una vigencia menor al contrato de seguro, según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza. Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 16: TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

El contrato de seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza. Asimismo, este contrato de seguro terminará cuando suceda alguno de los siguientes hechos: **1.- Respecto del Contrato: a)** Por no pago de la prima y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente; **b)** Si la moneda o unidad estipulada de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía, conforme a lo señalado en el Artículo 17 siguiente. En el caso de término anticipado del contrato descrito en la letra b) de este artículo, la Compañía, conforme al Artículo 21 de estas Condiciones Generales, notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a

la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado. **2.- Respecto del Asegurado: c)** Por término del contrato de seguro; **d)** Cuando el contratante informe que el Asegurado ya no es parte del grupo asegurado; **e)** Por fallecimiento del Asegurado; **f)** Por el pago del monto asegurado de alguna de las alternativas de cobertura de Incapacidad Total y Permanente, descritas en estas Condiciones Generales; **g)** Por el pago del 100% del monto asegurado de la alternativa de cobertura B: Desmembramiento, descrita en estas Condiciones Generales; **h)** Pago de la indemnización contemplada en alguna cláusula adicional contratada por el Asegurado, que conforme a la misma provoque el término anticipado de la cobertura principal; **i)** A las 24 horas del día en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza; **j)** Por no pago de la prima y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente; **k)** Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 7 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 8 de estas Condiciones Generales; **l)** Cuando el Asegurado no hubiere informado a la Compañía de los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado según el Artículo 7 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales; y **m)** Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal. Terminada la vigencia del contrato de seguro, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 17: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

El capital asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato de seguro se expresarán en moneda extranjera, en unidades de fomento u otra unidad reajustable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza. El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajustable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de primas e indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas. La misma regla será aplicable a la devolución de prima que correspondiere. 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 diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato de seguro.

ARTÍCULO 18: CLÁUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO 19: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos años desde la vigencia de la cobertura individual del asegurado en el contrato de seguro colectivo, la Compañía no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del Riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTÍCULO 20: EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío o destrucción de la póliza, la Compañía, a petición del Asegurado, expedirá un duplicado del documento original. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del Asegurado. La nueva póliza anulará y reemplazará la anterior extraviada o destruida.

ARTÍCULO 21: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o al Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que éste no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa 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 al 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 de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo. La Aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al Asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros. Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 22: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

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. El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las facultades que establece el artículo 543 del Código de Comercio. Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del beneficiario.

ARTÍCULO 23: IMPUESTOS

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

ARTÍCULO 24: DOMICILIO

Para todos los efectos del presente contrato, las partes señalan como domicilio especial el que se menciona en las Condiciones Particulares de esta póliza.

ARTÍCULO 25: DEFINICIONES

1. Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se considera como accidente aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos. **2. Contratante:**

El empleador, o una entidad jurídica, o la persona que celebra el contrato de seguro, el cual es señalado como tal en las Condiciones Particulares de la póliza. **3. Lesión:** Para estos efectos se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado de un Accidente que afecte al organismo del Asegurado, que presente o no síntomas asociados a esa lesión y requiera tratamiento médico. **4. Hospital:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas y que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipo de rayos X y quirófano atendidos por personal profesional especializado. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos. **5. Hospitalización:** Es aquella situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, pernoctando a lo menos una noche, utilizando el servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún aspecto, lo que se denomina hospitalización domiciliaria. **6. Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI):** Aquella dependencia dentro de un Hospital que funciona las 24 horas del día, con el propósito de mantener un control acucioso de pacientes enfermos o accidentados, y que se encuentre equipada para otorgar servicios médicos especiales que no están disponibles en las unidades de recuperación de cirugía o aquellas dependencias donde el paciente es hospitalizado dado que él o ella necesita de Servicios de Cuidados Intensivos, y no sólo algunos servicios tales como los cuidados de una enfermera privada. **7. Médico:** Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de médico cirujano otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario o por la autoridad de salud extranjera respectiva si la prestación o gasto médico se produjo fuera de Chile. 8. **Enfermedad:** Es un estado que se produce por la pérdida de la función de cualquier sistema u órgano, que se traduce en un malestar acompañado de un conjunto de signos y síntomas que altera la función vital normal. Su diagnóstico y confirmación deben ser efectuados por un Médico. Todas las consecuencias posteriores relacionadas a una enfermedad o asociadas a la misma familia de enfermedades se considerarán como una misma enfermedad. Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad. Todas las enfermedades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas, o a enfermedades asociadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad. No se consideran como enfermedad aquellas afecciones corporales auto-provocadas intencionalmente por el asegurado. **9. Enfermedad o Dolencia Preexistente:** Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. **10. Gasto médico incurrido:** Son aquellos gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que incurra el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad, que hayan sido efectivamente pagados por el asegurado. Serán gastos médicos incurridos el costo efectivo de las prestaciones médicas recibidas por el asegurado, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual per-tenezca el asegurado. No se considerarán como gastos incurridos por el asegurado, aquellos provenientes de prestaciones aún no realizadas a la fecha de presentación de los gastos a la compañía. Asimismo, tampoco se considerarán como gastos médicos incurridos, toda prestación, excepto la consulta médica, que no haya sido originada por indicación médica con su correspondiente diagnóstico o hipótesis diagnóstica.

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130962

ARTÍCULO 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 Titulo 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 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

El asegurador pagará al asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, el monto asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza en caso de fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, hospitalización, cirugía y/o el reembolso de gastos médicos incurridos, a consecuencia de un accidente, de acuerdo a la definición, descripción, límites, topes y montos máximos de cada una de las alternativas de cobertura contratadas. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y las coberturas, que darán origen al pago del monto asegurado o al reembolso de gastos médicos, deben encontrarse contratadas por el asegurado y vigentes al momento de la ocurrencia del accidente. Por lo tanto, no se pagará el monto asegurado o los reembolsos de gastos médicos de la alternativa de cobertura contratada si el accidente ocurrió con anterioridad al inicio de vigencia del asegurado en el contrato de seguro o sin estar la alternativa de cobertura contratada y vigente.

Adicionalmente, el asegurador pagará al asegurado o a sus beneficiarios, el monto asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza en caso de hospitalización, cirugía y/o el reembolso de gastos médicos incurridos, a consecuencia de una enfermedad, si así lo contempla la alternativa de cobertura contratada, de acuerdo a la definición, descripción, límites, topes y montos máximos contemplados en ella. La enfermedad que dé lugar a la cobertura de alguna de las alternativas de este contrato de seguro, necesariamente debe haber sido diagnosticada durante la vigencia del asegurado en el contrato de seguro y de la alternativa de cobertura. Por lo tanto, no se pagará el monto asegurado o los reembolsos de gastos médicos de la alternativa de cobertura contratada si la enfermedad fue diagnosticada con anterioridad al inicio de vigencia del asegurado en el contrato de seguro o sin estar la alternativa de cobertura contratada y vigente. El contratante podrá contratar una o más de estas alternativas de cobertura, las que según corresponda deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las alternativas de cobertura son las siguientes:

ALTERNATIVA A / MUERTE ACCIDENTAL: En virtud de esta alternativa de cobertura, el monto asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza será pagado por la Compañía Aseguradora a los beneficiarios, una vez acreditado el fallecimiento del Asegurado, si éste se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente y por causa no excluida en este contrato de seguro. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y esta alternativa de cobertura, debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la compañía que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa e inmediata de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato a consecuencia de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente. La compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta alternativa de cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las alternativas de cobertura B, C y D, en caso de haber sido contratadas.

ALTERNATIVA B / DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE: En virtud de esta alternativa de 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 y siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los sesenta (60) días contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, 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; 50% por la sordera completa de ambos oídos; 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 40% por pérdida total 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 del otro, antes de contratar este seguro 20% por la pérdida total de un pulgar 15% por la pérdida total del índice derecho o 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 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. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. En el caso de ocurrir más de un siniestro dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia de los siniestros, 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 no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa de cobertura. Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta alternativa de cobertura, 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 DOS TERCIOS POR ACCIDENTE: En virtud de esta alternativa de cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanente dos tercios, la compañía pagará el monto asegurado 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 de cobertura B, a razón del diez por ciento anual, durante un período máximo de diez (10) años mientras el asegurado esté vivo. Sin perjuicio de lo anterior, el pago del monto asegurado podrá realizarse mediante un pago único y total, lo que deberá dejarse establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta alternativa de cobertura, se entiende por "incapacidad total y permanente dos tercios", al menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente. Para efectos de esta alternativa de cobertura en este contrato de seguro, el menoscabo deberá ser evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. Nº 3.500, de 1980. (Las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de pensiones", son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial]. Según lo señalado en el párrafo anterior, y conforme a los antecedentes médicos presentados, la compañía de seguros determinará si se ha producido la Incapacidad Total y Permanente 2/3 de un asegurado. La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta. Esta alternativa de cobertura no podrá ser contratada en conjunto con la alternativa de cobertura D.

ALTERNATIVA D / INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 80% POR ACCIDENTE: En virtud de esta alternativa de cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el

asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanente 80%, la compañía pagará el monto asegurado 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 de cobertura B, a razón del diez por ciento anual, durante un período máximo de diez (10) años mientras el asegurado esté vivo. Sin perjuicio de lo anterior, el pago del monto asegurado podrá realizarse mediante un pago único y total, lo que deberá dejarse establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta alternativa de cobertura, se entiende por "incapacidad total y permanente ochenta por ciento", al menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos el 80% de su capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente. Para efectos de esta alternativa de cobertura en este contrato de seguro, el menoscabo deberá ser evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. Nº 3.500, de 1980. (Las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de pensiones", son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial]. Según lo señalado en el párrafo anterior, y conforme a los antecedentes médicos presentados, la compañía de seguros determinará si se ha producido la Incapacidad Total y Permanente 80% de un asegurado. La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta. Esta alternativa de cobertura no podrá ser contratada en conjunto con la alternativa de cobertura C.

ALTERNATIVA E / REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía reembolsará al asegurado el porcentaje expresado en las Condiciones Particulares de la póliza, de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra como consecuencia de un accidente, hasta el monto anual indicado en las mismas Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de noventa (90) días, u otro plazo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Esta alternativa de cobertura contará con un deducible por cada accidente cuyo monto será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. Se entiende por deducible por cada accidente, el monto de los gastos amparados por esta alternativa de cobertura que será siempre de cargo del asegurado. Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación al asegurado, por la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, los Seguros Colectivos Complementarios de Salud contratados por el empleador del Asegurado u otras instituciones similares, públicas o privadas y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al asegurado. Sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

ALTERNATIVA F / INCAPACIDAD TEMPORAL A CAUSA DE ACCIDENTE PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado el monto establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta por el máximo de días indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, por cada evento, en caso de incapacidad temporal que afecte al asegurado que tenga la calidad de trabajador dependiente o de trabajador independiente, a consecuencia de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente, para ejercer su actual trabajo o cualquier otro trabajo lucrativo o actividad por la cual pueda obtener una remuneración. Para los efectos de esta alternativa de cobertura se entiende por: **Trabajador dependiente:** Toda persona natural

que se encuentre ejerciendo una actividad remunerada bajo un vínculo de subordinación y dependencia en virtud de un contrato de trabajo. **Trabajador independiente:** Toda persona que ejerce una actividad u oficio en forma independiente y obtiene de dicho ejercicio la totalidad, o a lo menos el importe mayoritario de sus ingresos. **Evento:** Es la ocurrencia de un accidente específico que origina la incapacidad, la cual deriva directamente de tal accidente y también las consecuencias y complicaciones relacionadas con dicho accidente. **Incapacidad temporal:** Es la incapacidad que por causa de accidente impide al asegurado ejercer su actual trabajo o cualquier otro trabajo lucrativo o actividad por la cual pueda obtener una remuneración durante un período superior a 30 días continuos o durante un plazo menor o igual a 30 días si así se indica en las Condiciones Particulares. La compañía aseguradora determinará en un plazo máximo de 20 días, contados desde la recepción de los antecedentes médicos solicitados de acuerdo al artículo anterior, si se ha producido la incapacidad temporal de un asegurado y si ésta se ha producido dentro de la vigencia del asegurado en este contrato de seguro y en esta alternativa de cobertura. El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía aseguradora, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de 5 o más médicos propuestos por la compañía aseguradora. La Junta Médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado conforme a lo establecido en la definición de las coberturas de incapacidad respectivas, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha incapacidad. La Junta Médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la compañía aseguradora. Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo del monto mensual por parte de la compañía aseguradora, el asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima. Si procede el pago del monto, se devolverán las primas pagadas desde el mes siguiente a la fecha en que se produjo la incapacidad. Una vez expirado el período de evaluación y determinada la incapacidad temporal del asegurado, se hará efectivo el pago del monto establecido, el cual se efectuará en forma retroactiva al momento en que se produjo tal incapacidad hasta por el período indemnizable indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ALTERNATIVA G / INCAPACIDAD TEMPORAL A CAUSA DE ACCIDENTE PARA ESTUDIANTES O DUEÑAS DE CASA: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado el monto establecido en las Condiciones Particulares y hasta por el máximo de días indicados en las Condiciones Particulares, por cada evento, en caso de incapacidad temporal que afecte al asegurado que tenga la calidad de dueña(o) de casa o de estudiante, a consecuencia de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Para los efectos de esta cobertura se entiende por: **Estudiante:** Se entiende por estudiante a aquella persona que mediante la documentación pertinente acredite estar estudiando. **Dueña(o) de casa:** Aquella persona que no perciba ingresos derivados de un contrato de trabajo. **Evento:** Es la ocurrencia de un accidente específico que origina la incapacidad, la cual deriva directamente de tal accidente y también las consecuencias y complicaciones relacionadas con dicho accidente. **Incapacidad temporal:** Es la incapacidad que por causa de accidente el asegurado debe guardar reposo absoluto durante un período superior a 30 días continuos o durante un plazo menor o igual a 30 días si así se indica en las Condiciones Particulares de la póliza. La compañía aseguradora determinará en un plazo máximo de 20 días, contados desde la recepción de los antecedentes médicos solicitados de acuerdo al artículo anterior, si se ha producido la incapacidad temporal de un asegurado y si ésta se ha producido dentro de la vigencia del asegurado en este contrato de seguro y en esta alternativa de cobertura. El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía aseguradora, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de 5 o más médicos propuestos por la compañía aseguradora. La Junta Médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado conforme a lo establecido en la definición de las coberturas de incapacidad respectivas, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha incapacidad. La Junta Médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la compañía aseguradora. Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo del monto mensual por parte de la compañía aseguradora, el asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima. Si procede el pago del monto, se devolverán las primas pagadas desde el

mes siguiente a la fecha en que se produjo la incapacidad. Una vez expirado el período de evaluación y determinada la incapacidad temporal del asegurado, se hará efectivo el pago del monto establecido, el cual se efectuará en forma retroactiva al momento en que se produjo tal incapacidad hasta por el período indemnizable indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ALTERNATIVA H / INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE CON O SIN CONVALECENCIA: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado que ha sido hospitalizado a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en este contrato de seguro, el monto diario que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, independiente del gasto real en que haya incurrido el asegurado. Tanto el accidente, como el período de hospitalización, deben ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Se pagará la cantidad diaria a contar del primer día de hospitalización y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, teniendo esta alternativa de cobertura un tope por evento y un tope anual por asegurado. Cada accidente amparado por la presente alternativa de cobertura que requiera hospitalización se considerará un evento. Se entenderá que constituye un sólo evento los períodos sucesivos de hospitalización, cuyas causas se encuentren directamente relacionadas entre sí y resulten de un mismo accidente. No obstante, si entre la última hospitalización y la siguiente ha mediado un lapso igual o superior a 6 meses, esta última se considerará como si fuese consecuencia de un nuevo evento. Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado de un certificado que acredite el período de permanencia, indicando día y hora de inicio y término, emitido por el Hospital. **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 que efectivamente perciba el asegurado por la cobertura establecida en esta alternativa, 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 por accidente.

ALTERNATIVA I / INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado el monto diario por hospitalización por accidente, si como consecuencia de éste, el asegurado es hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o en una Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI) de un Hospital, independiente del gasto real en que haya incurrido el asegurado. Tanto el accidente, como el período de hospitalización,deben ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Para tener derecho a la indemnización de este beneficio, la hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o una Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI) debe ser indicada por el médico tratante. Se pagará la cantidad diaria a contar del primer día de hospitalización y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, teniendo esta alternativa de cobertura un tope por evento y un tope anual por asegurado. Cada accidente amparado por la presente alternativa de cobertura que requiera hospitalización se considerará un evento. Se entenderá que constituye un sólo evento los períodos sucesivos de hospitalización, cuyas causas se encuentren directamente relacionadas entre sí y resulten de un mismo accidente. No obstante, si entre la última hospitalización y la siguiente ha mediado un lapso igual o superior a 6 meses, esta última se considerará como si fuese consecuencia de un nuevo evento. Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado de un certificado que acredite el período de permanencia, indicando día y hora de inicio y término, emitido por el Hospital.

ALTERNATIVA J / MONTO MENSUAL AL CONYUGE POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al cónyuge del asegurado y durante el plazo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, el monto mensual especificado en las mismas Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado

en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato a consecuencia de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente. Para todos los efectos de esta cobertura se entenderá por cónyuge del asegurado la persona con quien éste haya contraído vínculo matrimonial en conformidad a la ley y se encuentre vigente.

ALTERNATIVA K / MONTO PERIODICO POR HIJOS POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO: En virtud de esta alternativa cobertura, la compañía aseguradora pagará por todos los hijos solteros menores de 18 años del asegurado, considerados como un todo o conjunto, en la oportunidad y durante el plazo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, el monto especificado en dichas condiciones, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato a consecuencia de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente. El monto único por todos los hijos, será pagado al padre o a la madre, según proceda. A falta de éstos, deberán pagarse al tutor, curador o guardador que haya acreditado dicha calidad. 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.

ALTERNATIVA L / REEMBOLSO DE GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía reembolsará al asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad el porcentaje expresado en las condiciones particulares de 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. El accidente que dé lugar a esta alternativa de cobertura necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Asimismo, la enfermedad que dé lugar a esta alternativa de cobertura, necesariamente debe haber sido diagnosticada dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento del diagnóstico de la enfermedad. Los gastos de las atenciones prestadas serán reembolsados una vez que hayan transcurrido el número de días consecutivos de hospitalización por evento señalado en las Condiciones Particulares de la póliza. La hospitalización del asegurado por un número de días inferior al antes señalado no dará lugar a indemnización alguna. Los gastos cubiertos por esta alternativa de cobertura serán reembolsados en los términos antes señalados, hasta por el máximo de días de hospitalización por evento consignado en las Condiciones Particulares de la póliza.
Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación al asegurado, por la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, los Seguros Colectivos Complementarios de Salud contratados por el empleador del Asegurado u otras instituciones similares, públicas o privadas y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al asegurado. Sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado. Para los efectos de esta cobertura se entiende por: **Evento:** Es la ocurrencia de un accidente o de una enfermedad, que origina la hospitalización, la cual deriva directamente de tal accidente o de tal enfermedad, así como también las consecuencias y complicaciones relacionadas con dicho accidente o enfermedad. **CONVALECENCIA:** En caso que el asegurado haya contratado esta alternativa de cobertura 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 de la póliza por cada día de hospitalización. Este pago solo procederá en el evento que el asegurado haya permanecido hospitalizado el número de días consecutivos por evento señalado

en las Condiciones Particulares de la póliza. La hospitalización del asegurado por un número de días inferior al antes señalado no dará lugar al pago de indemnización alguna.

ALTERNATIVA M / BENEFICIO DE CIRUGÍA A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD: En virtud de esta alternativa de 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: **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 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. **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. **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 de la póliza. **5.** El gasto correspondiente a intervenciones quirúrgicas de los órganos de reproducción, amígdalas, adenoides, pólipos y hernias, contempla un período de carencia de 120 días contados desde la vigencia de la cobertura individual del asegurado en el contrato de seguro colectivo. Así, la compañía aseguradora solo pagará dicho beneficio después de transcurrido dicho plazo. 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 de la póliza para efectos de ambulancia. El accidente que dé lugar a esta alternativa de cobertura necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro colectivo y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Asimismo, la enfermedad que dé lugar a esta alternativa de cobertura, necesariamente debe haber sido diagnosticada dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro colectivo y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento del diagnóstico de la enfermedad. Será condición necesaria para proceder con el pago del monto asegurado, la presentación por parte del asegurado, de originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación al asegurado, por la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, los Seguros Colectivos Complementarios de Salud contratados por el empleador del Asegurado u otras instituciones similares, públicas o privadas y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al asegurado, para efectos de determinar el monto real de los gastos en que incurrió el asegurado según el punto 1.- de este artículo.

ALTERNATIVA N / INDEMNIZACION DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA: En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía pagará al asegurado hospitalizado a causa de 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 a contar del número de días de hospitalización señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el máximo de días señalados en dichas Condiciones Particulares. El número de días de hospitalización a contar del cual se paga la cantidad diaria, indicado en el párrafo precedente, se aplicará tantas veces como el asegurado se hospitalice durante su vigencia en esta alternativa de cobertura. La enfermedad que dé lugar a esta alternativa de cobertura, necesariamente debe haber sido diagnosticada dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento del diagnóstico de la enfermedad.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 enfermedad que efectivamente perciba el asegurado por la cobertura establecida en esta alternativa, 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.

ARTÍCULO 3: CARENCIA.

Este contrato de seguro tendrá para cada alternativa de cobertura y para cada asegurado, el período de Carencia indicado expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza, contado desde la fecha que se indique en las mismas Condiciones Particulares. Así, la compañía aseguradora solo pagará los beneficios de este contrato de seguro después de transcurrido dicho plazo, y durante la vigencia del contrato de seguro. La Carencia no se aplicará en cada renovación del contrato de seguro.

ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las indemnizaciones que correspondan a las distintas alternativas de cobertura de este contrato de seguro, cuando el fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, cirugía, hospitalización o gastos médicos incurridos del asegurado provengan o se originen por: **a)** Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del Estado. **b)** Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente por sentencia ejecutoriada que se ha tratado de legítima defensa. **c)** Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonada, motín, conmoción civil, subversión incluidos los actos terroristas entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma. **d)** Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente. **e)** Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose la muerte del asegurado como consecuencia de la conducción de vehículos motorizados en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente. **f)** La conducción de cualquier vehículo o medio de transporte y la operación de cualquier tipo de maquinaria ejecutados en estado de ebriedad de acuerdo a la graduación establecida en legislación vigente a la fecha de fallecimiento del Asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente, y/o bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas. **g)** La práctica o el desempeño de cualquier deporte que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, salvo que sea previamente aceptada por el asegurador, tales como: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bumpee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las condiciones particulares de la póliza. **h)** La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia, tales como lo son las siguientes: **i.** La manipulación de explosivos o sustancias químicas corrosivas. **ii.** La manipulación de sierras mecánicas, de vaivén, banda o circulares utilizadas en industrias o fábricas. **iii.** La manipulación de máquinas de soldar utilizadas en industrias o fábricas. **iv.** Trabajar en la carga o descarga de vehículos, buques o aviones. **v.** Matar ganado. **i)** Motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además

el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador. **j)** Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo. **k)** Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados y empresas de seguridad ciudadana. **l)** Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva. **m)** Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado. **n)** Siniestro causado dolosamente por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización, respecto de dicho beneficiario. **o)** 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. **p)** Infecciones debidas a gérmenes, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. **q)** Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de siniestros cubiertos por esta póliza, tales como: Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo; enfermedad mental o nerviosa, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento; exámenes médicos de rutina. **r)** Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan. **s)** Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos. **t)** La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado y las hospitalizaciones domiciliarias de cualquier tipo. **u)** La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario. **v)** Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares. **w)** Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos traslados por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado. **x)** Atenciones médicas siquiátricas y/o psicológicas. **y)** Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas. **z)** Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por accidentes ocurridos anteriores a la fecha de vigencia del asegurado en el contrato de seguro. **aa)** Todo tipo de tratamientos por obesidad, salvo en aquellos casos calificados como “obesidad mórbida”, de acuerdo a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). **bb)** Epidemias oficialmente declaradas. **cc)** Enfermedades o Dolencias Preexistentes, entendiendo que éstas corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en el Certificado de Cobertura se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas

ARTÍCULO 5: ASEGURADOS

Se consideran asegurados para efectos de este contrato de seguro, las personas que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y Certificado de Cobertura, conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o estén vinculados con o por la entidad contratante. Según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, podrán ser asegurados, en calidad de asegurados dependientes, personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante. El contratante de la póliza, deberá informar el ingreso de los asegurados, a través de los medios que la Compañía ponga a disposición del contratante o según lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 6: INCORPORACIÓN Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Todas las personas que quisieran ingresar al contrato de seguro deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y Certificado de Cobertura. En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo sobre sus vidas desde la fecha de inicio de vigencia indicada en el párrafo siguiente o según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. La vigencia inicial de la cobertura para los asegurados comenzará el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la compañía de seguros.

ARTÍCULO 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del Asegurado son las siguientes: **1.** Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos; **2.** Pagar la prima en la forma y época pactadas; **3.** No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio; **4.** Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y **5.** Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias. Si el contratante del seguro y el Asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado. Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 8: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el Asegurado informe al tenor de lo que solicite el Asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo. Convenido el contrato de seguro sin que el Asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del Asegurado, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud. Si el siniestro no se ha producido, y el Asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo Asegurado en la información que solicite el Asegurador de acuerdo al número 1 del artículo anterior, el Asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes no revisten alguna de dichas características, 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 diez 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 treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. 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 de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo. Estas sanciones no se aplicarán si el Asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

ARTÍCULO 9: AGRAVACIÓN DE RIESGOS ASEGURADOS

El Asegurado, o contratante en su caso, deberá informar al asegurador de los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado, y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato de seguro, dentro de los cinco (5) 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 treinta 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 diez 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 la declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el inciso primero, 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 incisos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al asegurado la proporción de prima correspondiente al período en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

ARTÍCULO 10: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

La designación y cambio de beneficiarios se rige por los Artículos 593, 594 y 595 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 11: PRIMA

El monto de la prima se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza. **a) Pago de la Prima:** El Contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante. Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la Compañía Aseguradora. La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro por falta de pago de la prima. **b) No pago de la Prima:** La falta de pago de la prima en los plazos estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza, producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 21 de estas Condiciones Generales, 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. Dicha terminación no aplicará en caso que el contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente. La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho de poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima. Producida la terminación, la responsabilidad del Asegurador por los siniestros posteriores, cesará en pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 12: MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Esta materia se rige por el Artículo 517 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 13: DENUNCIA DE SINIESTROS Y LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, hospitalización, cirugía y/o gastos médicos incurridos del Asegurado, a consecuencia de un accidente o, en caso de hospitalización, cirugía y/o gastos médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad, deberán ser notificados a la Compañía, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, hospitalización, cirugía y/o gastos médicos incurridos, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza. No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía hasta el plazo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro del Asegurado.

Asimismo, se deberán presentar a la Compañía los siguientes antecedentes relativos al siniestro: **a)** Certificado de Defunción original del asegurado; **b)** Fotocopia Cédula de Identidad del asegurado o Certificado de Nacimiento original; **c)** Informe Médico; **d)** Parte Policial y Alcoholemia (si correspondiese); **e)** Otros antecedentes tales como, ficha clínica, informes, declaraciones, certificados, dictamen de invalidez u otros documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado o su hospitalización. Sin perjuicio de lo requerido precedentemente, también constituyen antecedentes necesarios para la alternativa de cobertura E: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, los siguientes: **a)** La entrega oportuna por el asegurado a la compañía del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique. **b)** La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado. **c)** La entrega a la compañía de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior. El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el siniestro denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por este contrato de seguro y determinar el monto de la indemnización. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de las pericias y exámenes médicos. El asegurado deberá requerir de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación del siniestro denunciado o autorizar a la Compañía o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el siniestro denunciado y los gastos consecuentes. En caso de requerirse mayores antecedentes, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N° 1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo modifique.

ARTÍCULO 14: PRESCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Las acciones emanadas del contrato de seguro prescriben en el término de cuatro años, contado desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva. Fuera de otras causales legales, la prescripción que corre en contra del Asegurado se interrumpe por la denuncia del siniestro, y el nuevo plazo regirá desde el momento en que el Asegurador le comunique su decisión al respecto. En el seguro de vida el plazo de prescripción para el beneficiario será de cuatro años y se contará desde que se conoce la existencia de su derecho, pero en ningún caso excederá de diez años desde el siniestro. El plazo de prescripción no puede ser abreviado bajo ninguna forma de caducidad o preclusión.

ARTÍCULO 15: VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y podrá ser renovado a partir de la fecha de término del contrato de seguro, por el lapso, condiciones y prima que autorice el contratante. No obstante lo anterior y en caso de existir coberturas adicionales contratadas, éstas podrán tener una vigencia menor al contrato de seguro, según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza. Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 16: TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

El contrato de seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza. Asimismo, este contrato de seguro terminará cuando suceda alguno de los siguientes hechos: **1.- Respecto del Contrato: a)** Por no pago de la prima y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente; **b)** Si la moneda o unidad estipulada de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía, conforme a lo señalado en el Artículo 17 siguiente. En el caso de término anticipado del contrato descrito en la letra b) de este artículo, la Compañía, conforme al Artículo 21 de estas Condiciones Generales, notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a

la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado. **2.- Respecto del Asegurado: c)** Por término del contrato de seguro; **d)** Cuando el contratante informe que el Asegurado ya no es parte del grupo asegurado; **e)** Por fallecimiento del Asegurado; **f)** Por el pago del monto asegurado de alguna de las alternativas de cobertura de Incapacidad Total y Permanente, descritas en estas Condiciones Generales; **g)** Por el pago del 100% del monto asegurado de la alternativa de cobertura B: Desmembramiento, descrita en estas Condiciones Generales; **h)** Pago de la indemnización contemplada en alguna cláusula adicional contratada por el Asegurado, que conforme a la misma provoque el término anticipado de la cobertura principal; **i)** A las 24 horas del día en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza; **j)** Por no pago de la prima y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente; **k)** Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 7 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 8 de estas Condiciones Generales; **l)** Cuando el Asegurado no hubiere informado a la Compañía de los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado según el Artículo 7 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales; y **m)** Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal. Terminada la vigencia del contrato de seguro, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 17: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

El capital asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato de seguro se expresarán en moneda extranjera, en unidades de fomento u otra unidad reajustable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza. El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajustable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de primas e indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas. La misma regla será aplicable a la devolución de prima que correspondiere. 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 diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato de seguro.

ARTÍCULO 18: CLÁUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO 19: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos años desde la vigencia de la cobertura individual del asegurado en el contrato de seguro colectivo, la Compañía no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del Riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTÍCULO 20: EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío o destrucción de la póliza, la Compañía, a petición del Asegurado, expedirá un duplicado del documento original. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del Asegurado. La nueva póliza anulará y reemplazará la anterior extraviada o destruida.

ARTÍCULO 21: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o al Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que éste no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa 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 al 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 de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo. La Aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al Asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros. Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 22: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

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. El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las facultades que establece el artículo 543 del Código de Comercio. Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del beneficiario.

ARTÍCULO 23: IMPUESTOS

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

ARTÍCULO 24: DOMICILIO

Para todos los efectos del presente contrato, las partes señalan como domicilio especial el que se menciona en las Condiciones Particulares de esta póliza.

ARTÍCULO 25: DEFINICIONES

1. Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se considera como accidente aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos. **2. Contratante:**

El empleador, o una entidad jurídica, o la persona que celebra el contrato de seguro, el cual es señalado como tal en las Condiciones Particulares de la póliza. **3. Lesión:** Para estos efectos se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado de un Accidente que afecte al organismo del Asegurado, que presente o no síntomas asociados a esa lesión y requiera tratamiento médico. **4. Hospital:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas y que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipo de rayos X y quirófano atendidos por personal profesional especializado. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos. **5. Hospitalización:** Es aquella situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, pernoctando a lo menos una noche, utilizando el servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún aspecto, lo que se denomina hospitalización domiciliaria. **6. Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI):** Aquella dependencia dentro de un Hospital que funciona las 24 horas del día, con el propósito de mantener un control acucioso de pacientes enfermos o accidentados, y que se encuentre equipada para otorgar servicios médicos especiales que no están disponibles en las unidades de recuperación de cirugía o aquellas dependencias donde el paciente es hospitalizado dado que él o ella necesita de Servicios de Cuidados Intensivos, y no sólo algunos servicios tales como los cuidados de una enfermera privada. **7. Médico:** Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de médico cirujano otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario o por la autoridad de salud extranjera respectiva si la prestación o gasto médico se produjo fuera de Chile. 8. **Enfermedad:** Es un estado que se produce por la pérdida de la función de cualquier sistema u órgano, que se traduce en un malestar acompañado de un conjunto de signos y síntomas que altera la función vital normal. Su diagnóstico y confirmación deben ser efectuados por un Médico. Todas las consecuencias posteriores relacionadas a una enfermedad o asociadas a la misma familia de enfermedades se considerarán como una misma enfermedad. Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad. Todas las enfermedades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas, o a enfermedades asociadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad. No se consideran como enfermedad aquellas afecciones corporales auto-provocadas intencionalmente por el asegurado. **9. Enfermedad o Dolencia Preexistente:** Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. **10. Gasto médico incurrido:** Son aquellos gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que incurra el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad, que hayan sido efectivamente pagados por el asegurado. Serán gastos médicos incurridos el costo efectivo de las prestaciones médicas recibidas por el asegurado, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual per-tenezca el asegurado. No se considerarán como gastos incurridos por el asegurado, aquellos provenientes de prestaciones aún no realizadas a la fecha de presentación de los gastos a la compañía. Asimismo, tampoco se considerarán como gastos médicos incurridos, toda prestación, excepto la consulta médica, que no haya sido originada por indicación médica con su correspondiente diagnóstico o hipótesis diagnóstica.