

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

Artículo N° 1.- Contratante

Empresa : **FEDERACION CHILENA DE AUTOMOVILISMO DEPORTIVO**
Dirección : Ramon Cruz 1176 Of.501, Ñuñoa, Santiago
RUT : 83.013.600-2

Artículo N° 2.- Asegurador

Empresa : **MetLife Chile Seguros de Vida S.A.**
Dirección : Apoquindo 2730, Torre 1, Piso 18 Las Condes
RUT : 99.289.000-2
Teléfono : 2 2826 30 00

Artículo N° 4.- Asegurados

Los asegurados serán Pilotos Federados, con licencia otorgada por la Federación Chilena de Automovilismo y que cumplan con las condiciones de Asegurabilidad descritas en estas condiciones particulares, formando parte integrante del presente contrato y que ambas partes mantendrán en su poder.

Artículo N° 5.- Beneficiarios

Muerte Accidental, Desmembramiento, Incapacidad Total y Permanente, Reembolso de gastos médicos a causa de accidentes y Reembolso de Gastos Médicos Catastróficos.
El Beneficiario para el pago será el Asegurado titular

Artículo N° 6.- Obligaciones Legales del Contratante

El contratante debe informar a los asegurados u otro legítimo interesado sobre la contratación del seguro, sus condiciones o modificaciones.

El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

Artículo N° 7.- Coberturas

Coberturas de Accidentes Personales, las que se rigen por el POL 3 2013 0085

- a) **Muerte Accidental:** Cubre el riesgo de Muerte Accidental del Asegurado, siempre que sea consecuencia directa e inmediata de un accidente y de acuerdo a lo indicado en la Condiciones Generales de esta cobertura (alternativa A).

- b) **Desmembramiento:** Se cubre este riesgo a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza. Se indemnizará el porcentaje del capital asegurado, según lo indicado en las condiciones generales para el tipo de desmembramiento ocurrido al asegurado (alternativa B).
- c) **Incapacidad Total y Permanente:** El capital asegurado establecido en este Condicionado Particular será pagado por la Compañía Aseguradora al asegurado en caso de ocurrir incapacidad Total y Permanente de éste, cobertura detallada en el condicionado general (alternativa D).
- d) **Reembolso de gastos médicos a causa de accidentes:** La Compañía Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular los gastos médicos ambulatorios u hospitalarios, según los porcentajes, condiciones y términos detallados en este condicionado particular, en que este incurra a causa de accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura (G).
- e) **Reembolso de gastos médicos catastróficos:** La compañía reembolsará al asegurado el porcentaje señalado en las Condiciones Particulares por los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios, razonables y acostumbrados, incurridos por el asegurado, que provengan de accidentes, cobertura detallada en el condicionado general. Este se activará una vez consumido el tope anual de Reembolsos de gastos médicos a causa de accidentes. (H)

Importante:

A contar del 01 de Diciembre de 2013, la cobertura Muerte Accidental sólo aplica a mayores de 18 años.

Artículo N° 8.- Servicios Adicionales

Los Asegurados de la póliza podrán acceder a los siguientes servicios adicionales:

- **Legal Chile**

(Se deja establecido que los servicios adicionales no constituyen cobertura de seguros).

Artículo N° 9.- Capitales Asegurados

El Capital Asegurado se expresará en **Unidades de Fomento (UF)**.

Coberturas	Capital Asegurado
Muerte Accidental	UF 1.000
Desmembramiento	UF 1.000
Incapacidad Total y Permanente	UF 1.000
Reembolso de gastos médicos a causa de accidentes	UF 100
Reembolso de gastos médicos catastróficos	UF 1.000

Artículo N° 11.- Fecha de Pago

La prima Anual de este seguro se pagará dentro de los 10 primeros días de cada periodo de cobertura.

La cobranza de esta Póliza será anticipada.

El contratante se compromete a efectuar el pago de las primas desde el inicio de la vigencia del seguro. El atraso por parte del contratante en más de **30** días de la fecha pactada, determinará el término de la cobertura del seguro, respecto de los asegurados cuyas primas no se hubieren pagado. Por lo tanto, no se indemnizarán los siniestros que ocurran después de los **30** días de gracia.

La responsabilidad que el asegurador asume por el presente contrato, sólo comienza en la fecha indicada para la vigencia de la presente póliza en las Condiciones Particulares de ésta.

Modalidad de Pago

El pago de la prima es financiada en su totalidad por la Empresa Contratante, por lo tanto la póliza es de carácter No Contributorio.

Artículo N° 12.- Requisitos de Asegurabilidad

1. Al ingresar a la póliza, todos las personas deberán estar en buenas condiciones de Salud (no podrán estar hospitalizados).
2. Serán asegurables todos los empleados con contrato de trabajo vigente en la entidad contratante y que desempeñen activamente las funciones propias de sus cargos.
3. Podrán ingresar todos los empleados que cumplan con las exigencias de la siguiente tabla:

Coberturas	Edad Máxima de Ingreso	Edad máxima permanencia
Muerte Accidental	hasta los 69 años, inclusive	Cumpliendo los 80 años
Desmembramiento	hasta los 69 años, inclusive	Cumpliendo los 80 años
Incapacidad Total y Permanente	hasta los 69 años, inclusive	Cumpliendo los 80 años
Reembolsos Gastos Médicos	hasta los 69 años, inclusive	Cumpliendo los 80 años
Reembolsos Gastos Catastróficos	hasta los 69 años, inclusive	Cumpliendo los 70 años

4. Cualquier solicitante que no cumpla con los requisitos de asegurabilidad, podrá ser evaluado facultativamente por la Compañía, reservándose ésta, el derecho de aceptación o rechazo del caso.

Artículo N° 13.- Exclusiones de Cobertura

Las exclusiones para las coberturas corresponden a las indicadas en Artículo cuarto de las condiciones generales (POL 3 2013 0085).

Artículo N° 14.- Pago de Beneficios

ANTECEDENTES QUE DEBEN ACOMPAÑARSE AL AVISO DEL SINIESTRO POR MUERTE ACCIDENTAL, INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE O DESMEMBRAMIENTO

Sin perjuicio de los antecedentes complementarios o adicionales que pueda requerir la Compañía Aseguradora, deberán acompañarse los siguientes antecedentes:

- ✓ Carta dirigida a la Compañía Aseguradora informando de la ocurrencia del siniestro

Si es Fallecimiento:

- ✓ Certificado de defunción original con causa de muerte.
- ✓ Copia del parte policial, cuando corresponda a muerte por accidente.
- ✓ Fotocopia cédula identidad del asegurado (ambos lados), o bien, Certificado de Nacimiento del asegurado, en caso de no estar disponible la primera.

Si es Invalidez Total y Permanente:

- ✓ Dictamen de Invalidez o algún documento que acredite la Invalidez.

Los antecedentes se deberán presentar en la sucursal de MetLife más cercana o, en su defecto, en la Casa Matriz de la Compañía en persona o por correo certificado o en las Oficinas del Corredor que intermedia la póliza.

Si es Desmembramiento:

- ✓ Radiografías o Scanner que den cuenta del desmembramiento.
- ✓ Informe del examen anterior.
- ✓ Ficha clínica de la urgencia por el accidente.
- ✓ Parte policial.

Los antecedentes se deberán presentar en la sucursal de MetLife más cercana o, en su defecto, en la Casa Matriz de la Compañía en persona o por correo certificado o en las Oficinas del Corredor que intermedia la póliza.

REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS.

1. Para solicitar el reembolso de gastos médicos, el asegurado titular deberá:
 - a) Completar en todos sus puntos la “Solicitud de Reembolsos Médicos” que proporciona Metlife Chile Seguros de Vida S.A. (Solicitud que no debe Fotocopiarse).
 - b) Adjuntar los documentos originales comprobatorios del gasto:

- ✓ Copia original de bonos o solicitudes de reembolsos de la Institución que efectuó la bonificación (Fonasa o Isapre), en la eventualidad de existir Insumos y Medicamentos deberán adjuntarse el detalle de cada uno de estos.

En el caso de una internación en un centro Hospitalario (Hospital y Clínica) se debe adjuntar a la solicitud:

- ✓ Copia original del programa médico confeccionado por la Isapre o Fonasa.
- ✓ Copia original de la orden de atención, bono o solicitud de reembolso de la Institución que efectuó la bonificación.
- ✓ Facturas o boletas por diferencia emitida por entidades prestadoras de Servicios médicos por diferencias no cubiertas.
- ✓ Detalle emitido por el hospital o Clínica con los gastos producidos durante la hospitalización.

2. Para solicitar reembolsos de farmacia ambulatoria se debe adjuntar:

- ✓ Boleta original timbrada por la farmacia, en el cual se consignen el nombre y calor de cada medicamento.
- ✓ Original de receta o prescripción médica a nombre del beneficiario causante de la prestación.
- ✓ Para recetas a permanencia o por tratamientos prolongados deberá enviar original de la prescripción médica en el primer reembolso solicitado y fotocopia en los sucesivos. La receta a permanencia tiene una duración de tres meses, pasado este período, debe ser renovada por el médico tratante.
- ✓ Para recetas médicas retenidas en la Farmacia se aceptarán fotocopias de estas debidamente timbradas por la farmacia.

Si anteriormente reembolsó en otra entidad debe presentar original de la liquidación de reembolso y fotocopia de órdenes o boletas.

Con todo, la Compañía Aseguradora queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la Compañía Aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

El pago de los reembolsos, si correspondiese, se efectuará en 15 días hábiles desde la recepción completa de los gastos por parte de la compañía.

Si corresponde, el pago se realizará con depósito en la Cuenta informada por el asegurado. En caso contrario, a través de Vale Vista o Cheque Nominativo Individual para su retiro en la Sucursal donde dejó la Solicitud de Reembolso.

NOTA: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

“El proceso de denuncia de siniestros deberá efectuarse a través del Contratante”

Artículo N° 15.- Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados

Sin perjuicio del uso del formulario de incorporación, el ingreso de nuevos asegurados podrá informarse a la Compañía a través de una planilla electrónica, según el siguiente esquema de registros:

- RUT del asegurable
- Apellido paterno
- Apellido materno
- Nombres
- Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa)
- Sexo (M o F)
- Fecha Inicio Vigencia (dd/mm/aaaa)

Debe considerarse que los asegurables que no cumplan con las exigencias del artículo N° 6 de este contrato no serán ingresados a la póliza.

Para la exclusión de asegurados el Contratante deberá indicar el nombre completo y RUT de la persona excluida del seguro. Esta información el Contratante podrá enviarla a través de carta, planilla electrónica o correo electrónico. Dicha exclusión comenzará a regir a partir del primer día del mes siguiente a la recepción de los medios indicados anteriormente por parte de la Compañía Aseguradora. Estos movimientos serán reflejados en la Liquidación de Primas que se envía al Contratante.

Artículo N° 16.- Vigencia

La vigencia de este seguro será anual renovable y comenzará a regir a partir de las **00:00 hrs. del día 01 de Febrero del 2025 hasta las 24:00 Hrs. del día 31 de Enero del 2026**. Se entenderá renovada automáticamente la póliza por un nuevo período de igual duración, si ninguna de las partes avisase a la otra de su decisión de no renovar con una anticipación de a lo menos 30 días, a la fecha de término de cada período mediante una carta certificada a la dirección de la otra parte involucrada.

No obstante, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de poner término en la próxima renovación de la póliza, si observa que el volumen de asegurados vigentes en ese instante es inferior al 90% del volumen suscrito al inicio de vigencia de la póliza.

Artículo N° 17.- Condiciones Generales

El seguro se rige por las siguientes Condiciones Generales incorporadas al depósito de pólizas de la CMF:

Coberturas	Código CMF
Accidentes Personales	POL 320130085

Artículo N° 18.- Código de Autorregulación y Compendio de Buenas Prácticas

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes.

Copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se

encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y en www.aach.cl.

Asimismo, MetLife Chile Seguros de Vida S.A. ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de éste o a través de la página web www.ddachile.cl.

Artículo N° 19.- Domicilio

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



Diana Berstein Z.
Directora de Operaciones y Servicio al Cliente
Seguros de Vida S.A.

Representante legal
FEDERACION CHILENA DE
AUTOMOVILISMO DEPORTIVO

Santiago, Enero de 2025.-

Condiciones especiales:

- Esta póliza cubre los eventos debidamente acreditados por el Contratante, incluidos eventos y carreras oficiales de la Federación.
- El Contratante efectuará el denuncia de siniestros al término de cada evento, enviando a la Compañía la nómina de asegurados accidentados, adjuntando la copia del detalle del evento, indicando la fecha, hora; etc.
- Para la **Cobertura de RGM por Accidente**, la Compañía pagará el 100% del monto cubierto estipulado en las condiciones particulares, siempre y cuando sea reembolsado previamente por el sistema previsional de salud, ya sea Isapre o Fonasa. En caso de no existir sistema previsional de salud, la compañía reembolsará el 50% del importe realizado hasta el tope máximo de la cobertura.
- Toda reclamación o Denuncia de Siniestro, sea de Santiago (región metropolitana) o de Regiones, debe ser canalizada exclusivamente a través de la FEDERACION CHILENA DE AUTOMOVILISMO, quien, a su vez, notificará por escrito a la Compañía Aseguradora, informando de la ocurrencia del siniestro.

Condiciones de Cobertura de la Póliza

- Póliza cubre las 24 horas del día y los 365 días del año.
- Se establece un cúmulo de riesgo de UF 12.000 por evento.
- **NO** se cubrirán siniestros originadas por accidentes ocurridos en fecha anterior a la de ingreso de los asegurados en la póliza.

ANEXO

Información sobre atención de Clientes y Presentación de Consultas y Reclamos

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de noviembre de 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 le 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 atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, 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 1º, Santiago, o a través del sitio web www.cmf.cl.

ANEXO

(Circular N° 2106 Comisión para el Mercado Financiero)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

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 LIQUIDACIÓN

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 LIQUIDACIÓN DIRECTA

En caso de liquidación directa por parte de 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 el liquidador dentro del plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES

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

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

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 LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de **45 días** corridos desde fecha denuncia, 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 denuncia;

b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde fecha denuncia;

7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamente e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación en los casos calificados, y fijar un plazo para 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 LIQUIDACIÓN

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 al 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACIÓN

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 GENERALES
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 3 2013 0085

ARTICULO 1°: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o beneficiario.

ARTICULO 2°: COBERTURA

La Compañía Aseguradora pagará al asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, en caso de fallecimiento o lesiones producidas a consecuencia de un accidente, o bien en caso de cirugía u hospitalización a causa de accidente, las indemnizaciones, reembolsos o rentas señaladas las Condiciones Particulares de la póliza, de acuerdo a la descripción de las coberturas establecidas en estas Condiciones Generales. Las coberturas de la póliza efectivamente contratadas deberán quedar expresamente registradas en la Condiciones Particulares de la póliza.

La Compañía Aseguradora podrá a petición expresa del Tomador o Asegurado, la cual deberá constar por escrito en las Condiciones Particulares, limitar el ámbito temporal y territorial de la cobertura sin que ello afecte la vigencia de la póliza. Es decir, podrá definir horarios, días y zonas geográficas específicas en las que regirá la cobertura así como aquellas en las que no operará esta cobertura. Asimismo, el Tomador o Asegurado podrá definir asegurados para cada una de las coberturas que éste efectivamente contrate, circunstancia que deberá quedar expresamente establecida en las Condiciones Particulares.

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

La Compañía Aseguradora podrá, a petición expresa del Tomador, establecer un límite máximo de capital a pagar por un determinado siniestro cubierto por la presente póliza en los términos requeridos por el Tomador o Asegurado, circunstancia que deberá quedar expresamente señalada, delimitada y especificada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las coberturas que podrán ser contratadas en virtud de la presente póliza son las siguientes:

A. MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura la compañía aseguradora pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares de la póliza, en la forma, tiempo, periodicidad y condiciones estipuladas en las mismas, una vez recibidas y aprobadas las pruebas de que el

fallecimiento del Asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura o dentro de algún periodo temporal de cobertura o dentro de la zona geográfica definida en caso de haberlo así solicitado el Tomador, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

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

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente, salvo que se estipule un plazo mayor en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la compañía aseguradora deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere abonado al Asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura B, y también deberá deducirse la suma que se haya pagado en virtud de las coberturas establecidas en las letras C y D, cuando alguna combinación de estas tres coberturas haya sido contratada.

Sin perjuicio de lo anterior, en concordancia con lo señalado en el Artículo Primero de esta póliza y a petición expresa del Tomador, se podrá establecer un límite máximo de capital a pagar por un determinado siniestro cubierto por la cobertura de muerte accidental en los términos requeridos por el Tomador o Asegurado, circunstancia que deberá quedar expresamente señalada, delimitada y especificada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se tendrá por beneficiario(s) de la cobertura de Muerte Accidental, a la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) esté(n) indicado(s) con tal carácter en las Condiciones Particulares.

B. DESMEMBRAMIENTO

En virtud de esta cobertura cuando la lesión sufrida a consecuencia de un accidente no ocasione el fallecimiento del asegurado, sino que produzca alguna de las pérdidas que a continuación se indican, y siempre que éstas, se manifiesten antes de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro, salvo que en las Condiciones Particulares se estipulare un plazo mayor, y hayan tenido lugar durante la vigencia de esta cobertura o dentro de algún periodo temporal de cobertura o dentro de la zona geográfica determinada en caso de haberlo así solicitado el Tomador o Asegurado, la Compañía Aseguradora indemnizará al Asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las condiciones particulares de la póliza para esta cobertura:

- 100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) y de una mano o un brazo;
- 50% por la pérdida de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano o por la sordera completa de ambos oídos, por la ceguera total de un ojo en caso de que el Asegurado ya hubiera tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
- 40% por pérdida de un pie;
- 35% por la ceguera total de un ojo;
- 25% por la sordera completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;

- 20% por la pérdida de un pulgar;
- 15% por la pérdida total del índice derecho e izquierdo.
- 13% por la sordera completa de un oído;
- 5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
- 3% por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida de cada falange se calculará en forma proporcional. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos o falanges perdidos. La pérdida funcional total y absoluta de cualquier miembro se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro cubierto por la póliza durante la vigencia de ésta, los porcentajes a indemnizar se calcularán sobre la base del monto asegurado en esta cobertura y no respecto del saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes cubiertos por la póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado en esta cobertura.

C. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS (2/3) POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente cubierto por esta póliza en los términos señalados en este artículo y dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, salvo que en las Condiciones Particulares se estipule un plazo mayor, el Asegurado se encontrare en estado de incapacidad total y permanente de a lo menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", reguladas por el D.L. N° 3.500 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social de fecha 13 de noviembre de 1980 y sus modificaciones, la Compañía Aseguradora pagará la suma asegurada bajo esta cobertura que haya sido definida en las Condiciones Particulares, menos cualquier otra suma pagada al asegurado por concepto de la cobertura definida en la letra B precedente, en el número de cuotas y periodicidad que se indique en las Condiciones Particulares, siempre que el asegurado esté vivo. Sin perjuicio de lo anterior, se podrá establecer el pago del capital resultante mediante un pago único y total, de lo que deberá dejarse constancia expresa en las Condiciones Particulares.

Para efectos de esta cobertura se tendrá como fecha de declaración de la incapacidad total y permanente dos tercios (2/3) por accidente, la fecha de ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

En caso que la Compañía Aseguradora determine el rechazo de la indemnización por no concurrir los requisitos necesarios para calificar la incapacidad como total y permanente dos tercios (2/3) por accidente, el Asegurado podrá, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a dicha comunicación, requerir que la incapacidad sea evaluada por una Junta Médica compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por el Asegurado, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que haber ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la incapacidad del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido conforme a los conceptos descritos en esta póliza y a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", reguladas por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha incapacidad total y permanente dos tercios (2/3) por accidente.

La Junta Médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía Aseguradora, y será libre y soberana para determinar -conforme a las normas antes señaladas- el grado de incapacidad que afecta al Asegurado, con prescindencia de cualquier certificado, dictamen, declaración o diagnóstico que exista sobre el particular.

La declaración de incapacidad del Asegurado por parte de algún organismo previsional o legal, será tomada en consideración por la Compañía Aseguradora y por la Junta Médica al evaluar el siniestro, pero no tendrá carácter vinculante.

Durante el período de evaluación, y mientras no proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía Aseguradora, no cesa la obligación del Asegurado de pagar las primas en los términos detallados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si el dictamen de la Junta Médica es favorable al Asegurado, la compañía aseguradora pagará la indemnización correspondiente desde la fecha del accidente, y devolverá las primas pagadas por esta cobertura con posterioridad a dicha fecha, dentro de un plazo no superior a treinta (30) días contados desde la fecha de declaración de la incapacidad.

Queda expresamente establecido que esta cobertura no podrá contratarse en forma conjunta con la cobertura establecida en la letra D. siguiente, a saber, Incapacidad Total y Permanente 80% por Accidente.

D. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE OCHENTA POR CIENTO (80%) POR ACCIDENTE.

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente cubierto por esta póliza en los términos señalados en este artículo y dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, salvo que en las Condiciones Particulares se estipule un plazo mayor, el Asegurado se encontrare en estado de incapacidad total y permanente de a lo menos un ochenta por ciento (80%) de su capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", reguladas por el D.L. N° 3.500 del Ministerio de Trabajo y Previsión Social de fecha 13 de noviembre de 1980 y sus modificaciones, la Compañía Aseguradora pagará la suma asegurada bajo esta cobertura que haya sido definida en las Condiciones Particulares, menos cualquier otra suma pagada al Asegurado por concepto de la cobertura definida en la letra B. precedente, y mientras el Asegurado esté vivo, así como en el número de cuotas y periodicidad que se indique en las Condiciones Particulares. Sin perjuicio de lo anterior, se podrá establecer el pago del capital resultante mediante un pago único y total, de lo que deberá dejarse constancia expresa en las Condiciones Particulares.

Para efectos de esta cobertura se tendrá como fecha de declaración de la incapacidad total y permanente ochenta por ciento (80%) por accidente, la fecha de ocurrencia del accidente.

En caso de que la Compañía Aseguradora determine el rechazo de la indemnización por no concurrir los requisitos necesarios para calificar la incapacidad como total y permanente ochenta

por ciento (80%) por accidente, el Asegurado podrá, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a dicha comunicación, requerir que la incapacidad sea evaluada por una Junta Médica compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por el Asegurado, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que haber ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la incapacidad del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido conforme a los conceptos descritos en esta póliza y a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", reguladas por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha incapacidad total y permanente ochenta por ciento (80%) por accidente.

La Junta Médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía Aseguradora, y será libre y soberana para determinar -conforme a las normas antes señaladas- el grado de incapacidad que afecta al asegurado, con prescindencia de cualquier certificado, dictamen, declaración o diagnóstico que exista sobre el particular.

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

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

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

Queda expresamente establecido que esta cobertura no podrá contratarse en forma conjunta con la cobertura C. precedente, a saber, Incapacidad Total y Permanente 2/3 por Accidente.

E. RENTA MENSUAL POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a aquella persona que esté especificada en las Condiciones Particulares como beneficiaria de la misma, el monto mensual contratado en la póliza, en la forma, plazo, periodicidad y condiciones estipuladas en dichas condiciones, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en este Artículo.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente, salvo que en las Condiciones Particulares póliza se estipule un plazo superior.

Se tendrá por beneficiario(s) de la cobertura a la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) esté(n) indicado(s) con tal carácter en las Condiciones Particulares.

Queda expresamente establecido, que en caso de fallecer el beneficiario de la renta mensual por accidente, la Compañía quedará liberada del pago de la misma.

F. ANUAL DE ESCOLARIDAD POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a cada hijo del asegurado individualizado en las Condiciones Particulares, el monto anual contratado en la póliza, en la forma, plazo, periodicidad y condiciones estipuladas en las mismas, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en este artículo, sin que sea necesario acreditar la calidad de estudiante del beneficiario de la renta anual de escolaridad.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente, salvo que en las Condiciones Particulares póliza se estipule un plazo superior.

Para todos los efectos de esta cobertura se tendrá por beneficiarios al(los) hijo(s) del asegurado que haya(n) sido informado(s) en tal calidad por el mismo y se encuentre(n) registrado(s) como tal en las Condiciones Particulares.

Queda expresamente establecido, que en caso de fallecer el beneficiario de la renta anual de escolaridad por accidente, la Compañía quedará liberada del pago de la misma.

G. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado los gastos de asistencia médica y farmacéutica razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado, tanto ambulatorios como hospitalarios, en que éste incurra a consecuencia de un accidente, en los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, y hasta el monto máximo indicado en éstas y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de ciento veinte (120) días contados desde la fecha del accidente y consecuencia de las lesiones sufridas en él, salvo que en las Condiciones Particulares se estipule un plazo superior.

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

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

H. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado hospitalizado a causa de accidente, los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado, en los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, y hasta el monto máximo indicado en éstas, y hasta el monto máximo diario que se indica en las Condiciones Particulares, siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de ciento veinte (120) días contados desde la fecha del accidente y consecuencia de las lesiones sufridas en él, salvo que en las Condiciones Particulares se estipule un plazo superior.

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

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

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

En caso de que se haya contratado la cobertura descrita en la letra G precedente conjuntamente con esta cobertura, se deberá hacer obligatoriamente uso primario de la cobertura descrita en la Letra G.

I. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora pagará al Asegurado hospitalizado por más de 24 horas continuas en un Establecimiento Hospitalario a causa de accidente cubierto por esta póliza, la renta diaria que se indica en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el asegurado.

Esta cobertura se pagará una vez transcurridos el número de días señalados en las Condiciones Particulares, contados desde el inicio de la hospitalización por accidente y por el número de días que se haya determinado o hasta el término de la hospitalización, según se establezca expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

J. BENEFICIO DE CIRUGIA POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado que incurra en gastos por una intervención quirúrgica a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en este artículo, la cantidad que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje que establezca la Tabla de Operaciones Quirúrgicas que deberá constar en las Condiciones Particulares para cada tipo de intervención quirúrgica en que pueda incurrir el Asegurado. Se deja establecido que los gastos a considerar deberán ser razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado.

Las limitaciones para esta cobertura son las que a continuación se señalan:

1. La cantidad calculada por este procedimiento para el pago de la indemnización no podrá exceder el monto real y efectivo de los gastos en que incurrió el Asegurado.
2. Cuando una intervención quirúrgica no se encuentre contemplada en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, la compañía aseguradora determinará el pago comparando la intervención quirúrgica realizada con aquella de la Tabla de Operaciones Quirúrgicas que más se le asemeje, a criterio de la compañía aseguradora, en cuanto a complejidad quirúrgica y tiempo de duración. En caso de que el Asegurado no esté de acuerdo con el criterio de la compañía aseguradora para la clasificación de la intervención, la controversia será resuelta, sin forma de juicio, por un médico cirujano designado de común acuerdo por las partes, cuyos costos serán soportados en partes iguales por el Asegurado y la Compañía Aseguradora.

3. En caso que se realice más de una intervención quirúrgica, como consecuencia de un mismo accidente, el pago del beneficio ascenderá al monto que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de aquella intervención quirúrgica que tenga asignado en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas el porcentaje más alto. .
4. El pago de todas las intervenciones quirúrgicas producidas por un mismo accidente, no excederá en ningún caso el monto del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta cobertura.

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

K. CONVALECENCIA

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

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

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

L. FRACTURA ACCIDENTAL DE HUESOS

En virtud de esta cobertura, y cuando como resultado inmediato y directo de un accidente al asegurado se le diagnosticare la fractura de uno o más de los huesos individualizados en las Condiciones Particulares, la Compañía Aseguradora pagará al asegurado el monto indicado para cada caso, conforme a lo que se señala en las mismas.

El monto máximo anual a indemnizar por esta cobertura se encuentra específicamente señalado en las Condiciones Particulares.

Se deberá informar a la Compañía Aseguradora el siniestro dentro del plazo establecido para estos efectos en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la accidente, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

M. QUEMADURAS GRAVES POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado directo e inmediato de un accidente cubierto por esta póliza en los términos descritos en el artículo 2°, el asegurado resultare con quemaduras de segundo (2°) o tercer (3°) grado, la compañía aseguradora pagará el porcentaje del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares, dependiendo del porcentaje de

superficie corporal comprometido por la quemadura. Dicho porcentaje de superficie corporal afectada será medida usando la regla de los nueve (9) de la Carta de Superficie Corporal de LUND Y BROWDER, y será diagnosticado por un médico especialista, quien deberá indicar el grado de la quemadura y el porcentaje de superficie corporal involucrado.

Esta cobertura podrá incorporar como asegurados sólo a personas naturales desde los 18 años de edad y hasta la edad máxima de cobertura especificada en las Condiciones Particulares.

Esta cobertura considera un monto máximo a indemnizar por año cobertura el cual se encuentra específicamente señalado en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 3°: DEFINICIONES

Accidente: todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes correspondientes.

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: la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

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: cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios (2/3): la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de un accidente, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluada conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", reguladas por el D.L. N° 3.500 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social de fecha 13 de noviembre de 1980 y sus modificaciones. En todo caso, se considerará como Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios (2/3) por Accidente los siguientes casos:

La pérdida total a consecuencia de un accidente de:

- la visión de ambos ojos, o
- ambos brazos, o
- ambas manos, o
- ambas piernas, o
- ambos pies, o
- una mano y un pie.

Incapacidad Total y Permanente ochenta por ciento (80%): la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de un accidente, de a lo menos el 80% de la capacidad de trabajo, 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. N° 3.500 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social de fecha 13 de noviembre de 1980 y sus modificaciones.

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

Hospitalización: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital, en los términos definidos por la presente póliza, por prescripción médica, utilizando el servicio de habitación y atención general de enfermería.

Gastos Ambulatorios: Son los gastos médicos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad a consecuencia de accidente que no requiere de su hospitalización, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en un hospital.

Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

Período de Acumulación: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso, el cual deberá estar especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Deducible por solicitud de reembolso: Corresponde al monto de cada solicitud de reembolso de gasto médico que será de cargo del asegurado por accidente y cuyo monto se deberá indicar en las Condiciones Particulares de la póliza. Este deducible por solicitud de reembolso sólo se aplicará una vez que el asegurado haya acumulado el monto total del deducible definido en el numeral precedentemente.

Solicitud de reembolso de gasto médico: Corresponde a la petición de reembolso de gastos médicos por parte del asegurado mediante la entrega del formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora. La solicitud de reembolso de gasto médico podrá comprender uno o varios gastos médicos incurridos por el asegurado.

Cirugía: Parte de la medicina que tiene por objeto curar una incapacidad por medio de la ejecución sobre el cuerpo humano, con ayuda de instrumentos adecuados, de diversos actos curativos, como extirpar, amputar, implantar, corregir, coser, etc., órganos, miembros o tejidos.

Monto máximo de reembolso: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en la moneda de la póliza, que la compañía reembolsará al asegurado titular o contratante de acuerdo a lo señalado en las condiciones particulares por los gastos médicos incurridos correspondientes a cada evento, dependiendo de la edad del asegurado y en los términos, proporciones, límites y condiciones señalados en esta póliza.

Evento: Todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal, con una duración y plazo que será definido en las Condiciones Particulares.

En caso que la enfermedad o accidente que dio origen a un evento objeto de reembolso se prolongue más allá del plazo indicado en las Condiciones Particulares, y siempre que la póliza se encuentre vigente, éste será considerado como un nuevo evento para todos los efectos, reinstalándose el deducible y el capital asegurado. El asegurado podrá presentar más de un evento durante la vigencia de esta póliza.

ARTÍCULO 4º: EXCLUSIONES

No se pagará el monto asegurado para esta póliza cada cobertura asociada a esta póliza cuando el fallecimiento, lesiones, cirugías u hospitalizaciones por accidente, A consecuencia de:

- a) Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra, así como tampoco ningún ejercicio o práctica de guerra.
- b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- c) Comisión de actos que puedan ser calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- d) Suicidio, intento de suicidio, o heridas auto infringidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- e) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo. Para todos los efectos de esta póliza las funciones de policía incluyen además las funciones de policía civil y gendarmería.
- f) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- g) Intoxicación o encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
- h) La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad, conforme a los límites establecidos en la normativa vigente a la fecha del siniestro. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
- i) Negligencia o imprudencia o culpa grave del asegurado.
- j) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.

- k) Realización de una actividad o deporte que las partes hayan acordado excluir de la cobertura, al no aceptar el asegurado un recargo en las primas y el correspondiente aumento de los costos de cobertura asociados. De dicha exclusión deberá dejarse constancia detallada en las condiciones particulares de la póliza.
- l) Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones comerciales a menos que exprese y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la compañía aseguradora.
- m) Riesgos nucleares o atómicos.
- n) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive en la escala de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico del Departamento de Centro Sismológico Nacional o del servicio que en el futuro lo reemplace.
- o) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.
- p) Quemaduras resultantes de la exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos ultravioletas para fines estéticos.
- q) Fractura de Huesos producida como consecuencia directa e inmediata de osteoporosis

ARTÍCULO 5°: CARENCIA

Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia individual del asegurado en la póliza, hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 6°: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 y 525 del Código de Comercio.

ARTICULO 7°: AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

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

ARTICULO 8°: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines.

ARTICULO 9°: PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado o Contratante y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

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

ARTICULO 10°: DENUNCIA DE SINIESTROS

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

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar las pruebas que la compañía aseguradora estime necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que el fallecimiento o la incapacidad, tuvieron su origen a consecuencia de un accidente sujeto a indemnización en los términos señalados en los artículos 2° y 4° de esta póliza, entre ellos y siempre que corresponda:

- a) Certificado de Defunción del Asegurado;
- b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado;
- c) Copia del parte policial;
- d) Otros antecedentes tales como, informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora.

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

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

originan dichos gastos, debiendo completarse el formulario proporcionado por el asegurador.

3. Tratándose de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente, será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario.
4. Para el caso de la cobertura complementaria de convalecencia, será necesaria la presentación por parte del Asegurado del documento en que conste el alta médica.

Queda expresamente establecido que el asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que el asegurador estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

ARTÍCULO 11°: TERMINACIÓN

La póliza terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el Contratante o el Asegurado no pague la prima, en los términos señalados en el artículo 9°.

Asimismo, se pondrá término a la póliza en caso que el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso, el asegurado tendrá derecho a la devolución de la prima pagada no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no transcurrido.

ARTÍCULO 12°: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a 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 a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO 13°: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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 en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el Asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la Ley 19.496.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 14°: CLAUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, se regirán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 15°: DOMICILIO

Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, las partes fijan como domicilio especial la ciudad señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.