

Póliza

Ramo : Accidentes Personales Innominado

Póliza : 220101074 **Propuesta:** 990125744 **Emisión:** 30/04/2020

Endoso : 0 **Ítems:** 3

Vigencia : Desde 15/04/2020 12:00:00 hasta 31/12/2020 12:00:00

Contratante : PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO
PNUD, **Rut:** 69.500.900-3

Dirección : Dag Hammarskjold 3241, Vitacura

Corredor : Raimundo García de la Huerta B, **Rut:** 85.085.500-5 **Código:** 103

Comisión : 30,00% del costo neto del seguro.

Costo del Seguro Estipulado

Moneda	Unidad de Fomento
Monto asegurado	386.550,00
Costo neto del seguro	850,51
Costo neto total afecto	242,84
Costo neto total exento	607,67
IVA	46,14
Costo total del seguro	896,65



Compañía de Seguros Generales Continental S.A.



Compañía de Seguros Generales Continental S.A.
Av. Isidora Goyenechea 3162 – Piso 4 – Las Condes – Santiago – Chile
Teléfono: (56 2) 2870 1700
www.continental.cl

Ramo : Accidentes Personales Innominado
Póliza : 220101074 **Propuesta:** 990125744 **Sucursal:** Santiago, Chile
Moneda : Unidad de Fomento
Corredor : Raimundo García de la Huerta B, **Rut:** 85.085.500–5 **Cód.:** 103

Contratante : PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD,
Rut: 69.500.900–3
Dirección : Dag Hammarskjold 3241, Vitacura

Ítem : 1 **Propuesta:** 880169664

Asegurado : PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD,
Rut: 69.500.900–3
Dirección : Dag Hammarskjold 3241, Vitacura

Vigencia : Desde 15/04/2020 12:00:00 hasta 31/12/2020 12:00:00

Coberturas y adicionales:

	Tasa	Monto asegurado	Costo neto
POL320130570 Plan A Muerte por Accidente	0,0000	1.000,00	562,88
POL320130570 Plan B Incapacidad Permanente	0,0000	500,00	22,52
POL320130570 Plan C Desmembramiento	0,0000	500,00	15,01
POL320130570 Plan D Gastos Médicos	0,0000	250,00	150,10
POL320130570 Plan E Gastos Funerarios	0,0000	500,00	0,00

Costo neto UF 750,51

IVA UF 35,65

Costo bruto UF 786,16

Materia Asegurada

1.CONTRATANTE, ASEGURADO:

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD – RUT: 69.500.900–3
 DIRECCIÓN: DAG HAMMARSKJOLD 3241, VITACURA , REGIÓN METROPOLITANA

2.MATERIA ASEGURADA:

SE OTORGA COBERTURA INNOMINADA (NO NOMINALES) A PERSONAS NATURALES, ESTUDIANTES, Y PROFESIONALES DE NIVEL Y TECNICO Y UNIVERSITARIA, (PARA JÓVENES PARTICIPANTES DEL VOLUNTARIADO DEL PROGRAMA PAIS SOCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD) LOS CUALES PRESTAN SUS SERVICIOS DE VOLUNTARIADO A LA ENTIDAD CONTRATANTE.

ACTIVIDAD DE LOS ASEGURADOS:

VOLUNTARIADO AMBIENTAL Y AL VOLUNTARIADO EN LUGARES CARGADOS DE

PATRIMONIO CULTURAL

ÁMBITO DE LA COBERTURA:

30.050 DIAS-HOMBRE: COBERTURA DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA EN LUGAR DE TRABAJO Y DE HOSPEDAJE DE LOS VOLUNTARIOS, ASIMISMO EN TRAYECTO HACIA Y DESDE EL LUGAR DE TRABAJO COMO DE ALOJAMIENTO.

DESCRIPCIÓN DE BIENES: 29.754 DÍAS DE SEGUROS DE ACCIDENTES COLECTIVO NO NOMINALES, PARA JÓVENES VOLUNTARIOS PARTICIPANTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD.

246 DÍAS DE SEGUROS DE ACCIDENTES COLECTIVO NO NOMINALES PARA VOLUNTARIOS EXTRANJEROS PARTICIPANTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD.

50 DÍAS DE SEGUROS DE ACCIDENTES COLECTIVO NO NOMINALES, PARA VOLUNTARIOS PARTICIPANTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD PARA CHILENOS PARTICIPANTES EN EL EXTRANJERO.

FECHA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO: DESDE LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2020 O HASTA AGOTAR LOS DÍAS DE COBERTURA DE LOS SEGUROS

GIRO CONTRATANTE: ACTIVIDADES DE ORGANIZACIONES Y ORGANOS EXTRATERRITORIALES

1.COBERTURAS Y MONTOS ASEGURADOS: SERVICIOS 1 + 2 + 3

MONEDA (UF) / Capital Individual UF

Plan A: MUERTE ACCIDENTAL / 1.000

Plan B: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 ACC. / 500

Plan C: DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL / 500

Plan D: REEMB. GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE / 50

Plan D: REEMB. GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE POR CIRUGIA / 100

Plan D: REEMB. GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE POR HOSPITALIZACION / 100

Plan E: GASTOS FUNERARIOS / 500

PRIMA POR EL PERIODO (UF) SERVICIOS 1 + 2 + 3

MONEDA (UF) / PRIMA NETA(UF) / IVA / PRIMA TOTAL (UF)

PLAN A: MUERTE ACCIDENTAL (EXENTA) / 562,88 // 562,88

PLAN B: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 ACC. / 22,52 / 4,28 / 26,79

PLAN C: DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL / 15,01 / 2,85 / 17,86

PLAN D: REEMB.GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE / 150,10 / 28,52 / 178,62

PRIMA NETA / 750,51

IVA / 35,65

PRIMA BRUTA / 786,15

PRIMA POR EL PERIODO (\$) SERVICIOS 1 + 2 + 3

MONEDA (\$) / PRIMA NETA (\$) / IVA / PRIMA TOTAL (\$)

PLAN A: MUERTE ACCIDENTAL (EXENTA) / \$ 16.024.713 // \$ 16.024.713

PLAN B: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 ACC. / \$ 640.996 / \$ 121.789 / \$ 762.785

PLAN C: DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL / \$ 427.331 / \$ 81.193 / \$ 508.524

PLAN D: REEMB.GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE / \$ 4.273.307 / \$ 811.928 / \$ 5.085.236

PRIMA NETA \$ 21.366.347
IVA \$ 1.014.910
PRIMA BRUTA \$ 22.381.258

LOS MENORES DE EDAD NO TIENEN COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DEBIDO A LA NUEVA LEY QUE COMENZÓ A REGIR EL 1 DE DICIEMBRE DE 2013:

LEY 20.667 ART. 589: INTERÉS ASEGURABLE EN LOS SEGUROS DE PERSONAS.
LOS SEGUROS DE PERSONAS PUEDEN SER CONTRATADOS POR EL PROPIO ASEGURADO O POR CUALQUIERA QUE TENGA INTERÉS. EL SEGURO DE VIDA PUEDE ESTIPULARSE SOBRE LA VIDA PROPIA O LA DE UN TERCERO, TANTO PARA EL CASO DE MUERTE COMO PARA EL DE SOBREVIVENCIA O AMBOS CONJUNTAMENTE.

EN LOS SEGUROS PARA EL CASO DE MUERTE, SI SON DISTINTAS LAS PERSONAS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y DEL ASEGURADO, SERÁ PRECISO EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ESTE ÚLTIMO, CON INDICACIÓN DEL MONTO ASEGURADO Y DE LA PERSONA DEL BENEFICIARIO. NO SE PODRÁ CONTRATAR UN SEGURO PARA EL CASO DE MUERTE, SOBRE LA CABEZA DE MENORES DE EDAD O DE INCAPACITADOS. LOS SEGUROS CONTRATADOS EN CONTRAVENCIÓN A ESTAS NORMAS SERÁN ABSOLUTAMENTE NULOS Y EL ASEGURADOR ESTARÁ OBLIGADO A RESTITUIR LAS PRIMAS PERCIBIDAS, PUDIENDO RETENER EL IMPORTE DE SUS GASTOS, SI HA ACTUADO DE BUENA FE.

EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DE MENORES DE 18 AÑOS SE CONSIDERARÁ UNA INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE DE UF 500

LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN

SE ESTABLECE UN LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN DE UF 50.000 POR EVENTO Y UF 100.000 POR VIGENCIA

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 528 del Código de Comercio, se deja establecido que los gastos de formalización del contrato a que se refiere el artículo 528 del Código de Comercio ascienden al 3.4% de la prima neta, los que ya están incluidos en el costo del seguro

COBERTURAS OTORGADAS EN ESTA POLIZA

SE CUBRE DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES POL 3.2013.0570 DE LA C.M.F.

PLAN A: MUERTE ACCIDENTAL

PLAN B: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE

PLAN C: DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES

PLAN E: GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE

COBERTURAS ADICIONALES

SIN PERJUICIO DE LOS DETALLES QUE ESTABLEZCAN LAS CONDICIONES GENERALES, SE DEJA CONSTANCIA QUE ESTARÁN CUBIERTOS POR LA PÓLIZA LOS ACCIDENTES QUE

SON CONSECUENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS

1. COBERTURA SÍSMICA. SE DEJA CONSTANCIA QUE ESTÁN CUBIERTOS LOS ACCIDENTES DEBIDO A MOVIMIENTOS SÍSMICOS CUALQUIERA SEA SU GRADO, TERREMOTO Y TSUNAMI.
2. MOTINES Y TUMULTOS. SE DEJA CONSTANCIA QUE ESTÁN CUBIERTOS LOS ACCIDENTES DERIVADOS DE MOTINES Y TUMULTOS, SIEMPRE QUE EL TRABAJADOR ASEGURADO NO SEA PARTICIPE DELIBERADO DE DICHS ACTOS.
3. AVALANCHA DE NIEVE Y RODADOS
4. DEPORTES BÁSICOS.
5. ASALTO Y HOMICIDIO
6. ALTA TENSIÓN
7. TRABAJOS EN ALTURA
8. TRABAJOS SUBTERRÁNEOS (EXCLUYE TRABAJOS MINEROS)
9. TRABAJOS EN ESPACIO CONFINADO (MUERTE POR ASFIXIA).
10. CASOS CUANDO EL ASEGURADO ES VÍCTIMA DE UN DELITO O CUASIDELITO
11. MAL DE ALTURA
12. VIAJES AÉREOS NO REGULARES. SE CUBREN LOS VIAJES AÉREOS EN VUELOS NO REGULARES. ESTÁN CUBIERTOS LOS VUELOS EN: HELICÓPTEROS (SOLAMENTE VUELOS RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD LABORAL) Y AERONAVES CON ALA FIJA PARA TRANSPORTE EJECUTIVO, SIEMPRE QUE HAYAN SIDO FABRICADOS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS. LOS VUELOS DEBERÁN SER REALIZADOS ENTRE AEROPUERTOS TERRESTRES LEGALMENTE ESTABLECIDOS. QUEDAN EXCLUIDOS LOS VUELOS EN ROTOR CRAFT, VEHÍCULOS AÉREOS DE PRUEBA, NAVES INDUSTRIALES PARA AUXILIO Y RESCATE, MILITARES O SIMILARES, Y LA UTILIZACIÓN DE CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE AÉREO QUE NO ESTÉ REGISTRADO PARA REALIZAR EL TRANSPORTE DE PASAJEROS. PILOTOS Y TRIPULACIÓN NO ESTARÁN CUBIERTOS. LOS CÚMULOS POR EVENTO Y POR AÑO QUEDARAN REDUCIDOS AL 50% EN CASO DE UN ACCIDENTE EN CONSECUENCIA DE UN VUELO NO REGULAR.
13. CONGELAMIENTO E INSOLACIÓN
14. NEGLIGENCIA O IMPRUDENCIA LEVE
15. COBERTURA DE MOTOCICLETAS. SE DEJA CONSTANCIA QUE ESTÁN CUBIERTOS LOS ACCIDENTES O DAÑOS SUFRIDOS CON MOTIVO DE MOTOCICLISMO, SEA EN CALIDAD DE CONDUCTOR O PASAJERO Y ADEMÁS EL USO DE MOTONETAS, MOTO FURGONETAS O VEHÍCULOS SIMILARES.
16. COBERTURA DE EXPLOSIVOS. SE DEJA CONSTANCIA QUE ESTÁN CUBIERTOS LOS ACCIDENTES DEBIDO AL MANEJO Y /O USO DE EXPLOSIVOS SUJETO AL CUMPLIMIENTO DE LA LEY 17.798 SOBRE EL CONTROL DE ARMAS Y EXPLOSIVOS.
17. TERRORISMO: ESTARÁN CUBIERTOS LAS PÉRDIDAS, DAÑOS, COSTOS O GASTOS DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADOS POR, RESULTANTE DE, O RELACIONADOS CON CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO, AUN CUANDO EXISTA CUALQUIER OTRA CAUSA O ACONTECIMIENTO QUE CONTRIBUYA AL EVENTO EN FORMA CONCURRENTES O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA. PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE CLÁUSULA, UN ACTO TERRORISTA CONSISTE EN UNA CONDUCTA CALIFICADA COMO TAL POR LA LEY, ASÍ COMO EL USO DE FUERZA O VIOLENCIA O LA AMENAZA DE ÉSTA, POR PARTE DE CUALQUIER PERSONA O GRUPO, 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.

ESTA CLÁUSULA NO SE EXTIENDE A CUBRIR PÉRDIDAS, DAÑOS, COSTOS O GASTOS DE CUALQUIER NATURALEZA EN CASO QUE EL TRABAJADOR ASEGURADO SEA PARTÍCIPE DELIBERADO DE DICHOS ACTOS NI QUE PROVENGAN DE ATAQUES TERRORISTAS POR SUSTANCIAS NUCLEARES, QUÍMICAS Y/O BIOLÓGICAS.

6. NOTAS GENERALES

– PÓLIZA INNOMINADA.

– COBERTURA: 24 HORAS

– PÓLIZA SIN LÍMITE DE EDAD DE INGRESO Y/O PERMANENCIA.

– PLAZO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS MÁXIMO 30 DÍAS

– EN LO QUE RESPECTA A LOS ACCIDENTES QUE OCURRAN ESTANDO EL ASEGURADO EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ AL MOMENTO DEL ACCIDENTE, O BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS, SOMNÍFEROS, ALUCINÓGENOS O DESHINIBITORIOS, AUN CUANDO ELLA SEA PARCIAL O EN ESTADO DE SONAMBULISMO; SERÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO AL MOMENTO DEL SINIESTRO NO ESTÉN CONDUCIENDO VEHÍCULOS.

– EN EL EVENTO DE OCURRENCIA DE UN SINIESTRO, SE DEBE CONSIDERAR LO SIGUIENTE:

– EN CASO DE MUERTE ESTA DEBE SER CONSTATADA Y CERTIFICADA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES. SE ENTIENDE POR AUTORIDAD COMPETENTE LA POLICIAL, MARÍTIMA, MÉDICA O JUDICIAL, EN SU CASO, DE LA JURISDICCIÓN RESPECTIVA EN QUE EL SUCESO SE HAYA PRODUCIDO.

– LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR MAYORES ANTECEDENTES.

CONDICIONES GENERALES POL 3 2013 0570

I.- DEFINICIONES

PARA LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA, SE ENTENDERÁ POR DEFINICIONES LAS ESTABLECIDAS EN EL ART. 513 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, ADEMÁS DE LAS QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:

1. ACCIDENTE: PARA LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO SE ENTIENDE POR ACCIDENTE, TODO SUCESO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE AFECTE EL ORGANISMO DEL ASEGURADO PROVOCÁNDOLE LESIONES, QUE SE MANIFIESTEN POR HERIDAS VISIBLES O CONTUSIONES INTERNAS, INCLUYÉNDOSE ASIMISMO EL AHOGAMIENTO Y LA ASFIXIA, TORCEDURA Y DESGARRAMIENTOS PRODUCIDOS POR ESFUERZOS REPENTINOS, COMO TAMBIÉN ESTADOS SEPTICÉMICOS E INFECCIONES QUE SEAN LA CONSECUENCIA DE HERIDAS EXTERNAS E INVOLUNTARIAS Y HAYAN PENETRADO POR ELLAS AL ORGANISMO O BIEN SE HAYAN DESARROLLADO POR EFECTO DE CONTUSIONES.

2. ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO: SE ENTIENDE POR ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO EL HOSPITAL, CLÍNICA O ESTABLECIMIENTO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA SUMINISTRAR LOS SERVICIOS GENERALES DE LA MEDICINA QUE DISPONGA Y UTILICE REGULARMENTE LABORATORIO, EQUIPO DE RAYOS X Y QUIRÓFANO ATENDIDOS POR PERSONAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO.

3. MÉDICO CALIFICADO: PERSONA QUE POSEE EL TÍTULO UNIVERSITARIO DE MÉDICO CIRUJANO, LEGALMENTE AUTORIZADA PARA EJERCER LA MEDICINA EN CHILE Y CALIFICADA PARA APLICAR EL TRATAMIENTO MÉDICO CORRESPONDIENTE, Y QUE NO ES: A) LA PERSONA ASEGURADA; B) CÓNYUGE DE LA PERSONA ASEGURADA; C) HIJO, PADRE O HERMANO DEL ASEGURADO O DE SU CÓNYUGE.

4. MONTO MÁXIMO: ES EL MÁXIMO DE COBERTURA DE ESTA PÓLIZA POR LOS GASTOS E

INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EN CONJUNTO. DICHOS MONTOS MÁXIMO, LOS CUALES DEBERÁN ESTABLECERSE EN EL CONDICIONADO PARTICULAR DE LA PÓLIZA, OPERARÁN RESPECTO DE CADA RENOVACIÓN ANUAL DE LA PÓLIZA PARA NUEVOS ACCIDENTES QUE SE DIAGNOSTIQUEN U OCURRAN A PARTIR DE LA RENOVACIÓN Y DURANTE SU VIGENCIA.

II.- DEFINICIÓN DE LA COBERTURA

EL ASEGURADO PODRÁ CONTRATAR UNA O MÁS DE ESTAS COBERTURAS, LAS QUE DEBERÁN ESTAR EXPRESAMENTE CONSIGNADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O EN LA PROPUESTA O SOLICITUD DE INCORPORACIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.

PLAN A.- MUERTE ACCIDENTAL.

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL MONTO ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RECIBIDAS Y APROBADAS LAS PRUEBAS EN CUANTO A QUE EL FALLECIMIENTO INMEDIATO DEL ASEGURADO SE PRODUJO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA, COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN ACCIDENTE. SE ENTENDERÁ COMO FALLECIMIENTO INMEDIATO AQUEL QUE OCURRA, A MÁS TARDAR, DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

SI EL ASEGURADO FALLECIERA COMO CONSECUENCIA DE ALGÚN ACCIDENTE, LA COMPAÑÍA DEDUCIRÁ DE LA SUMA A PAGAR BAJO ESTA COBERTURA, EL IMPORTE TOTAL QUE HUBIERE YA PAGADO AL ASEGURADO POR EL MISMO ACCIDENTE BAJO LAS COBERTURAS DEFINIDAS EN LAS ALTERNATIVAS B.-, C.-, Y D.- EN CASO DE HABER SIDO CONTRATADAS.

PLAN B.- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE.

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA Y CUANDO COMO RESULTADO DE LESIONES PRODUCTO DE UN ACCIDENTE, EL ASEGURADO SE ENCONTRARE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE, EN ESTADO DE INCAPACIDAD PERMANENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ MEDIANTE UN PAGO ÚNICO Y TOTAL, LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DEL MONTO INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, MENOS CUALQUIER OTRO MONTO PAGADO AL ASEGURADO POR EL MISMO ACCIDENTE BAJO LA COBERTURA DEFINIDA EN EL PLAN C:

EL 30% PARA INCAPACIDAD CLASE III: MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA 35% – 49%

EL 50% PARA INCAPACIDAD CLASE IV: MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA 50% – 66%

EL 100% PARA INCAPACIDAD CLASE V: MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA 67% O MÁS

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD PERMANENTE, LA PÉRDIDA IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA, A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE, DE AL MENOS EL 35% 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, DE 1980.

LA COMPAÑÍA DETERMINARÁ EN UN PLAZO MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS SI SE HA PRODUCIDO LA INCAPACIDAD DE UN ASEGURADO, CONFORME A LAS PRUEBAS

PRESENTADAS Y LOS EXÁMENES REQUERIDOS, EN SU CASO.
EL ASEGURADO, DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES A LA COMUNICACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE LA COMPAÑÍA,
PODRÁ REQUERIR QUE LA INCAPACIDAD SEA EVALUADA POR UNA JUNTA COMPUESTA POR TRES MÉDICOS CIRUJANOS QUE SE ENCUENTREN EJERCIENDO O QUE HAYAN EJERCIDO POR LA MENOS UN AÑO COMO MIEMBROS TITULARES DE LAS COMISIONES MÉDICAS REGIONALES O DE LA COMISIÓN MÉDICA CENTRAL DE LA SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES, DOS DE LOS CUALES PODRÁN SER ELEGIDOS POR EL ASEGURADO.
LA JUNTA MÉDICA EVALUARÁ LA INCAPACIDAD DEL ASEGURADO, PRONUNCIÁNDOSE SI SE ENCUENTRA INCAPACITADO EN FORMA PERMANENTE, CONFORME A LOS CONCEPTOS DESCRITOS EN ESTA COBERTURA Y A LAS "NORMAS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ DE LOS TRABAJADORES AFILIADOS AL NUEVO SISTEMA DE PENSIONES", REGULADO POR EL D.L. N° 3.500, DE 1980.

PLAN C.- DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL.

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA Y CUANDO LA LESIÓN NO OCASIONE LA PÉRDIDA DE LA VIDA DEL ASEGURADO PRODUCTO DE UN ACCIDENTE, SINO QUE PRODUZCA CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN, SIEMPRE QUE LAS CONSECUENCIAS DE LAS LESIONES SE MANIFIESTEN ANTES DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESDE SU OCURRENCIA, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DEL MONTO ASEGURADO INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA:

100% EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL DE LOS DOS OJOS, O DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZOS), O DE LAS DOS MANOS, O DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNAS), O DE LOS DOS PIES, O DE UN MIEMBRO INFERIOR (PIERNA) CON UNA MANO O UN BRAZO;

50% POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UNO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZOS), O UNO DE LOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNA), O DE UNA MANO;

40% POR PÉRDIDA TOTAL DE UN PIE;

50% POR LA SORDERA COMPLETA DE AMBOS OÍDOS;

25% POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OÍDO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERA TENIDO SORDERA COMPLETA DEL OTRO, ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO;

13% POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OÍDO;

50% POR LA CEGUERA TOTAL DE UN OJO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERE TENIDO CEGUERA TOTAL DEL OTRO ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO;

35% POR LA CEGUERA TOTAL DE UN OJO;

20% POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UN PULGAR;

15% POR LA PÉRDIDA TOTAL DEL ÍNDICE DERECHO O IZQUIERDO;

5% POR LA PÉRDIDA TOTAL DE CUALQUIERA DE LOS DEMÁS DEDOS DE LA MANO;

3% POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UN DEDO DEL PIE;

LA PÉRDIDA TOTAL DE CADA FALANGE, SE CALCULARÁ EN FORMA PROPORCIONAL A LA PÉRDIDA TOTAL DEL DEDO COMPLETO CORRESPONDIENTE. LA INDEMNIZACIÓN POR LA PÉRDIDA TOTAL O PARCIAL DE VARIOS DEDOS, SE DETERMINARÁ SUMANDO EL PORCENTAJE ASIGNADO A CADA UNO DE LOS DEDOS Y FALANGES PERDIDOS. LA

PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL DE CUALQUIER MIEMBRO, SE CONSIDERARÁ COMO PÉRDIDA EFECTIVA DEL MISMO.

EN EL CASO DE OCURRIR MÁS DE UN SINIESTRO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LOS PORCENTAJES A INDEMNIZAR SE CALCULARÁN EN BASE AL MONTO ASEGURADO Y NO AL SALDO DE ÉSTE, DESPUÉS DE HABER EFECTUADO OTROS PAGOS. SIN EMBARGO, EL TOTAL DE INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE DESMEMBRAMIENTOS POR UNO O MÁS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL PERÍODO DE COBERTURA DE ESTA PÓLIZA, NO PODRÁ, EN NINGÚN CASO, EXCEDER DEL 100% DEL MONTO ASEGURADO PARA ESTA ALTERNATIVA.

PARA LOS EFECTOS DE LA CORRECTA INTERPRETACIÓN DE LA TERMINOLOGÍA EMPLEADA EN ESTE PLAN, 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.

PLAN D.- REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO, HASTA EL MONTO ANUAL INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA, FARMACÉUTICA Y HOSPITALARIA EN QUE ÉSTE INCURRA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, INCLUYENDO LOS GASTOS INCURRIDOS EN TRATAMIENTOS DESTINADOS A RESTITUIR AL ASEGURADO ACCIDENTADO EL GRADO DE CAPACIDAD FUNCIONAL E INDEPENDENCIA QUE TENÍA PREVIO AL ACCIDENTE; SIEMPRE QUE TALES GASTOS SEAN PRODUCTO DE ATENCIONES PRESTADAS DENTRO DEL PLAZO DE TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE Y A CONSECUENCIA DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN ÉL.

SERÁ CONDICIÓN NECESARIA PARA PROCEDER AL REMBOLSO, LA PRESENTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE LAS BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES, COMPROBATORIAS DE LOS GASTOS EFECTUADOS, ASÍ COMO TAMBIÉN, EL DIAGNÓSTICO DE UN MÉDICO CALIFICADO QUE DETERMINE EL GRADO Y MAGNITUD DE LAS LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO.

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 ORIGINALES 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 QUE EL ASEGURADO NO TUVIESE BENEFICIOS DE

ALGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD ESTATAL, PRIVADA O BIENESTAR, SE REEMBOLSARÁ EL 50% DEL GASTO REAL INCURRIDO POR EL ASEGURADO HASTA EL TOPE DE LA COBERTURA.

III.– BENEFICIARIOS

SE TENDRÁ COMO BENEFICIARIO DE ESTA PÓLIZA AL PROPIO ASEGURADO. EN CASO DE FALLECIMIENTO DE ESTE SE TENDRÁ COMO BENEFICIARIO A LA PERSONA O PERSONAS, CUYOS NOMBRES FIGUREN CON TAL CARÁCTER EN LAS CONDICIONES PARTICULARES. EL ASEGURADO PODRÁ INSTITUIR COMO BENEFICIARIO A CUALQUIER PERSONA.

SI DESIGNARE A DOS O MÁS BENEFICIARIOS, SE ENTENDERÁ QUE LO SON POR PARTES IGUALES, CON DERECHO A ACRECER, SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO. A FALTA DE BENEFICIARIOS DESIGNADOS, EL MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN SE PAGARÁ A LOS HEREDEROS LEGALES DEL ASEGURADO, CONFORME SEAN DESIGNADOS EN EL CERTIFICADO DE POSESIÓN EFECTIVA EMITIDO POR EL SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN O LA ENTIDAD QUE LO REMPLACE EN EL FUTURO EN ESTA TAREA.

EL ASEGURADO PODRÁ CAMBIAR DE BENEFICIARIO CUANDO LO ESTIME CONVENIENTE, A MENOS QUE LA DESIGNACIÓN DE ÉSTE HAYA SIDO EN CARÁCTER DE IRREVOCABLE, EN CUYO CASO DEBERÁ CONTAR CON SU AUTORIZACIÓN. A TAL EFECTO, DEBERÁ DAR AVISO A LA COMPAÑÍA POR ESCRITO Y ENVIAR LA PÓLIZA PARA QUE SE HAGA LA RESPECTIVA ANOTACIÓN EN ELLA.

EL ASEGURADOR PAGARÁ VÁLIDAMENTE A LOS BENEFICIARIOS REGISTRADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA, Y CON ELLO QUEDARÁ LIBERADO DE SUS OBLIGACIONES, PUES NO LE SERÁ OPONIBLE NINGÚN CAMBIO DE BENEFICIARIO REALIZADO EN TESTAMENTO O FUERA DE ÉL QUE NO LE HAYA SIDO NOTIFICADO CON ANTERIORIDAD A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

ARTICULO TERCERO: EXCLUSIONES

LA COBERTURA DE ESTA PÓLIZA NO OPERARÁ CUANDO EL ACCIDENTE SE PRODUZCA A CONSECUENCIA DE:

- 1) ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO COMETIDOS, EN CALIDAD DE AUTOR O CÓMPlice, POR EL ASEGURADO, POR UN BENEFICIARIO O POR QUIEN PUEDIERE RECLAMAR EL MONTO ASEGURADO O LA INDEMNIZACIÓN; ASÍ COMO TAMBIÉN LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN ACTOS DE REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADAS, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN Y TERRORISMO.
- 2) SUICIDIO, INTENTO DE SUICIDIO, INTOXICACIONES O HERIDAS CAUSADAS A SÍ MISMO, YA SEA ESTANDO EN SU PLENO JUICIO O ENAJENADO MENTALMENTE.
- 3) PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL ASEGURADO EN LAS FUERZAS ARMADAS O FUNCIONES POLICIALES DE CUALQUIER TIPO.
- 4) EFECTOS DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, DECLARADA O NO DECLARADA, INVASIÓN, ACCIÓN DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA.
- 5) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EQUIPOS PROFESIONALES DE DEPORTE O EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUNJEE JUMPING, ALPINISMO, ESCALADA, MOTOCICLISMO, ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA, RODEO, RUGBY, EQUITACIÓN, POLO, Y AQUELLAS OTRAS QUE SE EXCLUYAN EXPRESAMENTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.
- 6) ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN ESTADO DE EBRIEDAD, O BAJO LOS EFECTOS DE

CUALQUIER NARCÓTICO A MENOS QUE HUBIESE SIDO ADMINISTRADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA. ESTOS ESTADOS DEBERÁN SER CALIFICADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

7) DESEMPEÑARSE EL ASEGURADO COMO PILOTO O TRIPULANTE DE AVIONES CIVILES O COMERCIALES, O MIENTRAS SE ENCUENTRE COMO PASAJERO DE UN VUELO NO REGULAR; A MENOS QUE EXPRESA Y ESPECÍFICAMENTE SE PREVEA Y ACEPTE SU COBERTURA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES

8) RIESGOS DE RADIACIÓN, REACCIÓN NUCLEAR O ATÓMICA, O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

9) INFECCIONES BACTERIANAS, EXCEPTO LAS INFECCIONES PIOGÉNICAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UNA HERIDA, CORTADURA O AMPUTACIÓN ACCIDENTAL.

10) TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DISTINTOS DE LOS NECESARIOS A CONSECUENCIA DE LESIONES CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA, INCLUYENDO:

" HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE EMBARAZO O MATERNIDAD, ALUMBRAMIENTO O LA PÉRDIDA QUE RESULTE DEL MISMO.

" EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA.

" CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, A MENOS QUE SEA NECESITADA POR UNA LESIÓN ACCIDENTAL QUE OCURRA MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

" CURAS DE REPOSO, CUIDADO SANITARIO, PERÍODOS DE CUARENTENA O AISLAMIENTO.

" LOS TRATAMIENTOS ESTÉTICOS PLÁSTICOS, DENTALES, DE ORTODONCIA, ORTOPÉDICOS Y OTROS TRATAMIENTOS QUE SEAN PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO O PARA CORREGIR MALFORMACIONES PRODUCIDAS POR ENFERMEDADES O ACCIDENTES ANTERIORES A LA FECHA DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

11) PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.

ARTÍCULO CUARTO: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O CONTRATANTE SON OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO:

1. DECLARAR SINCERAMENTE TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SOLICITE EL ASEGURADOR PARA IDENTIFICAR LA COSA ASEGURADA Y APRECIAR LA EXTENSIÓN DE LOS RIESGOS;

2. INFORMAR, A REQUERIMIENTO DEL ASEGURADOR, SOBRE LA EXISTENCIA DE OTROS SEGUROS QUE AMPAREN EL MISMO OBJETO;

3. PAGAR LA PRIMA EN LA FORMA Y ÉPOCA PACTADAS;

4. EMPLEAR EL CUIDADO Y CELO DE UN DILIGENTE PADRE DE FAMILIA PARA PREVENIR EL SINIESTRO;

5. 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, ASÍ COMO LO INDICADO EN EL ARTÍCULO 6 DE LA PRESENTE PÓLIZA;

6. 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

7. ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO DENUNCIADO, Y DECLARAR FIELMENTE Y SIN RETICENCIA, SUS CIRCUNSTANCIAS Y CONSECUENCIAS.

SI EL TOMADOR DEL SEGURO Y EL ASEGURADO SON PERSONAS DISTINTAS,

CORRESPONDE AL TOMADOR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO, SALVO AQUELLAS QUE POR SU NATURALEZA DEBEN SER CUMPLIDAS POR EL ASEGURADO.

ARTÍCULO QUINTO: AGRAVACIÓN O ALTERACIÓN DEL RIESGO
EN MATERIA DE AGRAVACIÓN DE RIESGOS ASEGURADOS, ESTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 526 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

ARTICULO SEXTO: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.
CORRESPONDE AL ASEGURADO DECLARAR SINCERAMENTE TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SOLICITE LA COMPAÑÍA PARA IDENTIFICAR EL RIESGO ASEGURADO Y APRECIAR LA EXTENSIÓN DEL MISMO EN LOS FORMULARIOS DE CONTRATACIÓN QUE DISPONGA PARA ESTOS FINES.

ARTICULO SÉPTIMO: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA
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.

SI EL OBLIGADO AL PAGO INCURRE EN MORA O SIMPLE RETARDO EN EL PAGO DEL TODO O PARTE DE LA PRIMA, REAJUSTES O INTERESES, EL ASEGURADOR PODRÁ DECLARAR TERMINADO EL CONTRATO MEDIANTE EL ENVÍO DE UNA COMUNICACIÓN DIRIGIDA AL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO.

EL ENVÍO DE LA COMUNICACIÓN SE REALIZARÁ MEDIANTE EL SISTEMA QUE SE HAYA CONVENIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

EL TÉRMINO DEL CONTRATO OPERARÁ AL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE 15 DÍAS CORRIDOS, CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ENVÍO DE LA COMUNICACIÓN, Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA PARA EXIGIR QUE SE LE PAGUE LA PRIMA DEVENGADA HASTA LA FECHA DE TERMINACIÓN Y LOS GASTOS DE FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO, A MENOS QUE ANTES DE PRODUCIRSE EL VENCIMIENTO DEL PLAZO SEÑALADO, SEA PAGADA TODA LA PARTE DE LA PRIMA, REAJUSTES E INTERESES QUE ESTÉN ATRASADOS, INCLUIDOS LOS CORRESPONDIENTES PARA EL CASO DE MORA O SIMPLE RETARDO.

LA CIRCUNSTANCIA DE HABER RECIBIDO PAGO DE TODO O PARTE DE LA PRIMA ATRASADA, Y DE SUS REAJUSTES O INTERESES, O DE HABER DESISTIDO DE LA TERMINACIÓN, NO SIGNIFICARÁ QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA RENUNCIA A SU DERECHO A PONER NUEVAMENTE EN PRÁCTICA EL MECANISMO DE LA TERMINACIÓN 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 DE LA COMPAÑÍA POR LOS SINIESTROS POSTERIORES CESARÁ DE PLENO DERECHO, SIN NECESIDAD DE DECLARACIÓN JUDICIAL ALGUNA.

ARTICULO OCTAVO: DENUNCIA DE SINIESTROS
PRODUCIDO UN SINIESTRO QUE PUEDA ESTAR CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA, EL ASEGURADO O QUIEN ÉL DESIGNE PARA ESTE EFECTO, DEBERÁ NOTIFICARLO LO MÁS PRONTO POSIBLE A LA COMPAÑÍA, EN EL FORMULARIO ESPECIAL QUE COMPAÑÍA FACILITARÁ PARA TAL EFECTO. SE ENTENDERÁ QUE EL ASEGURADO O QUIEN LO REPRESENTA HA INFORMADO "LO MÁS PRONTO POSIBLE" SOBRE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, SI EFECTÚA LA NOTIFICACIÓN DENTRO DEL PLAZO MÁXIMO DE 30 DÍAS

CONTADOS DESDE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, SALVO CASO DE FUERZA MAYOR, EN CUYO CASO Y PREVIA COMPROBACIÓN DEL MISMO, EL PLAZO SE ENTENDERÁ PRORROGADO POR LOS DÍAS EN QUE HAYA DURADO TAL IMPEDIMENTO.

EL ASEGURADO O QUIEN LO REPRESENTA DEBERÁ ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO DENUNCIADO, Y DECLARAR FIELMENTE Y SIN SUS CIRCUNSTANCIAS Y CONSECUENCIAS.

CON TODO, LA COMPAÑÍA QUEDA FACULTADA PARA SOLICITAR LOS DOCUMENTOS ADICIONALES QUE ESTIME DEL CASO, A EFECTOS DE ACLARAR SATISFACTORIAMENTE LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO Y DETERMINAR SU MONTO.

EL CUMPLIMIENTO EXTEMPORÁNEO DE ESTA OBLIGACIÓN, HARÁ PERDER LOS DERECHOS DEL ASEGURADO, SALVO CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR ACREDITADA A LA COMPAÑÍA, LIBERANDO A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DEL PAGO QUE HABRÍA CORRESPONDIDO.

ARTICULO NOVENO: TERMINACIÓN

TÉRMINO INMEDIATO DE LA PÓLIZA:

LA COBERTURA INDICADA EN ESTA PÓLIZA TERMINARÁ AUTOMÁTICAMENTE, CUANDO OCURRA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- A) EXPIRACIÓN DEL PLAZO DE VIGENCIA ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, A MENOS QUE ÉSTA HAYA SIDO RENOVADA, POR ACUERDO ENTRE CONTRATANTE O ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA;
- B) CUANDO EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.
- C) POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.
- D) LA PÉRDIDA DE LA CALIDAD DE ASEGURADO DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

TÉRMINO ANTICIPADO DE LA PÓLIZA:

EL CONTRATO DE SEGURO PODRÁ SER TERMINADO ANTICIPADAMENTE, EN VIRTUD DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

- A) LA COMPAÑÍA PODRÁ PONER TÉRMINO ANTICIPADAMENTE AL CONTRATO DE SEGURO EN CASO DE CONCURRIR UNA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSALES:
 - a) SI EL INTERÉS ASEGURABLE NO LLEGARE A EXISTIR O CESARE DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO. EN ESTE CASO EL ASEGURADO TENDRÁ DERECHO A RESTITUCIÓN DE LA PARTE DE LA PRIMA PAGADA NO GANADA POR LA COMPAÑÍA CORRESPONDIENTE AL TIEMPO NO CORRIDO.
 - b) POR FALTA DEL PAGO DE LA PRIMA EN LOS TÉRMINOS INDICADOS EN EL ARTÍCULO SEXTO DE LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES.
 - c) EN CASO DE VERIFICARSE UNA INFRACCIÓN A CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES DESCRITAS EN EL ARTÍCULO CUARTO DE ESTAS CONDICIONES GENERALES.
 - d) EN CASO QUE LA COMPAÑÍA IDENTIFIQUE UNA SINIESTRALIDAD SUPERIOR A LA CONSIDERADA EN LA TARIFICACIÓN DEL RIESGO.
 - e) INEXISTENCIA DEL MEDIO DE PAGO.
 - f) EN CASO QUE POR CAMBIO EN LA POLÍTICA DE SUSCRIPCIÓN DE LA COMPAÑÍA, ÉSTE DEBA DEJAR DE SUSCRIBIR EL RIESGO ASEGURADO.

EN CUALQUIERA DE ESTOS CASOS, LA TERMINACIÓN SE PRODUCIRÁ A LA EXPIRACIÓN DEL PLAZO DE 30 DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE ENVÍO DE LA RESPECTIVA COMUNICACIÓN DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO DÉCIMO DE ESTAS

CONDICIONES GENERALES.

B) A SU TURNO, EL ASEGURADO PODRÁ PONER TÉRMINO ANTICIPADO AL CONTRATO, SALVO LAS EXCEPCIONES LEGALES, COMUNICÁNDOLO AL ASEGURADOR EN LA FORMA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO.

EN CASO DE TÉRMINO ANTICIPADO, LA PRIMA SE REDUCIRÁ EN FORMA PROPORCIONAL AL PLAZO CORRIDO, PERO EN CASO DE HABER OCURRIDO UN SINIESTRO, SE ENTENDERÁ DEVENGADA TOTALMENTE.

ARTICULO DÉCIMO: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CUALQUIER COMUNICACIÓN, DECLARACIÓN O NOTIFICACIÓN QUE DEBA EFECTUAR LA COMPAÑÍA 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 DISPUSIERE OTRA FORMA DE NOTIFICACIÓN AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.

EN CASO 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 DIRIGIDA AL DOMICILIO DEL CONTRATANTE O EL ASEGURADO SEÑALADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES 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, 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 DECIMO PRIMERO: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CUALQUIER DIFICULTAD QUE SE SUSCITE ENTRE EL ASEGURADO, EL CONTRATANTE O EL BENEFICIARIO, SEGÚN CORRESPONDA, Y LA COMPAÑÍA, 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 LAS DISPUTAS ENTRE EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA 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. LO ANTERIOR ES SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN LA LETRA I) DEL ARTÍCULO 3º Y EN EL ARTÍCULO 36 DEL DECRETO CON FUERZA DE LEY Nº 251 DE 1931.

ARTICULO DÉCIMO SEGUNDO: VIGENCIA

LA RESPONSABILIDAD QUE LA COMPAÑÍA ASUME POR EL PRESENTE CONTRATO, SE ENTENDERÁ VIGENTE POR EL PLAZO ESTABLECIDO EN LAS RESPECTIVAS CONDICIONES PARTICULARES, PREVIO PAGO DE LA PRIMA.

ARTICULO DÉCIMO TERCERO: DOMICILIO
PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO LA CIUDAD INDICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES

LA PÓLIZA CONTIENE EXCLUSIONES DE COBERTURA Y OBLIGACIONES Y GARANTÍAS QUE DEBEN CUMPLIRSE POR EL ASEGURADO.

LAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO CONTENIDAS EN LOS DOCUMENTOS ENTREGADOS A LA COMPAÑÍA, COMO SON EL CUESTIONARIO DE SEGURO, BORRADORES DE PÓLIZAS Y OTROS, SON CONSIDERADAS ESENCIALES Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA.

NOTAS GENERALES

Se incluye anexo relativo al procedimiento de liquidación de siniestros, en conformidad a lo dispuesto en circular n° 2106, de 31 de mayo 2013, de la Superintendencia de Valores y Seguros. Por tanto, la citada circular, deroga la n°1.116, de 7 de abril de 1993.

Se incluye anexo n° 1 de la circular 2131 de la SVS que imparte instrucciones sobre atención de clientes y tramitación de consultas y reclamos, que reemplaza y deroga las circulares 1487, de 2000, y 1760, de 2005.

Nota: Según Circular UAF N° 57/2017 debemos solicitar a nuestros contratantes que sean personas jurídicas y cuya prima supere el equivalente a USD 15,000, la identificación de sus beneficiarios finales, según formulario que se incluye como anexo a la póliza, el cual agradecemos enviarnos debidamente completado.

ANEXOS

ANEXO (Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

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 OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN 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) 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, 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 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) PRORROGA 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 fundamenten 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 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 y 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) IMPUGNACIÓN 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.

ANEXO CIRCULAR 2131

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N°2131 del 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 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, 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 los informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, 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.svs.cl.