

Ramo : Accidentes Personales Innominado
Póliza : 224100980 **Propuesta:** 990273466 **Sucursal:** Santiago, Chile
Moneda : Unidad de Fomento
Corredor : Arthur J. Gallagher Corredores, **Rut:** 77.682.370–8 **Cód.:** 372445

Contratante : Federación Ecuestre De Chile, **Rut:** 70.016.200–1
Dirección : Ramón Cruz 1176 Of 403, Ñuñoa

Ítem : 1 **Propuesta:** 880447173

Asegurado : Federación Ecuestre De Chile, **Rut:** 70.016.200–1
Dirección : Ramón Cruz 1176 Of 403, Ñuñoa

Vigencia : Desde 01/04/2024 12:00:00 hasta 01/04/2025 12:00:00

Coberturas y adicionales:

	Tasa	Monto asegurado
POL320140151 RC por Muerte Accidental–Afecta	0,0000	1.500.000,00
POL320140151 ITP 2/3 por Accidente	0,0000	1.500.000,00
POL320140151 Desmembramiento por Acc.	0,0000	1.500.000,00
POL320140151 Reembolso de GM por Accidente	0,0000	180.000,00
Gastos Funerarios	0,0000	60.000,00
Indemnización por Hosp. a Causa de Accidente	0,0000	20.000,00

Materia Asegurada

1. CONTRATANTE Y ASEGURADO:
– FEDERACION ECUESTRE DE CHILE
– RUT: 70.016.200–1

2. MATERIA ASEGURADA:

SE OTORGA COBERTURA DURANTE 24 HORAS A 1000 SOCIOS DE LA FEDERACIÓN ECUESTRE DE CHILE SIEMPRE QUE SE ENCUENTREN REALIZANDO ACTIVIDADES EN LAS DEPENDENCIAS DESTINADAS PARA LA ACTIVIDAD ECUESTRE (CLUB ECUESTRES, CANCHAS DE SALTO PARTICULARES Y OTROS RELACIONADOS) Y COMPETENCIAS DE EQUITACIÓN EN LAS DISCIPLINAS DE PONIES, ESCUELAS, SALTO, ADIESTRAMIENTO CONCURSO COMPLETO DE EQUITACIÓN, ENDURO, ENGANCHE Y RIENDA, GESTIONADAS POR LA FEDERACIÓN O ALGUNA ASOCIACIÓN DE LA MISMA. LOS ASEGURADOS PUEDEN PARTICIPAR EN COMPETENCIAS DE MANERA FRECUENTE O ESPORÁDICA, SIEMPRE Y CUANDO NO SE TRATE DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL

EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON CERTIFICADO DE SOCIO VIGENTE EN LA ENTIDAD CONTRATANTE, EN CASO DE SINIESTRO DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICADO INDICANDO LUGAR, FECHA Y HORA DE ACCIDENTE; EL MISMO VALIDADO POR AUTORIDAD DEL ORDEN PÚBLICO O ENCARGADO DE SEGURIDAD DE ENTIDAD CONTRATANTE O COMPETENCIA ECUESTRE EN LA QUE SE ENCUENTRE PARTICIPANDO.

3. COBERTURAS:

MONEDA (UF) / CAPITAL POR ASEGURADO

RC POR MUERTE ACCIDENTAL (*) / 1.500

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE / 1.500

DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE / 1.500

REEMBOLSO GASTOS MEDICOS X ACCIDENTES / 180

INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE / 60

INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE (**) / 20

COBERTURA

MONEDA (UF) / Capital individual / Monto Asegurado / Tsas por mil ANUAL / Prima ANUAL

RC POR MUERTE ACCIDENTAL / 1.500 / 1.500.000 / 0,4392 / 658,75

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE / 1.500 / 1.500.000 / 0,0155 / 23,25

DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE / 1.500 / 1.500.000 / 0,0103 / 15,50

REEMBOLSO GASTOS MEDICOS X ACCIDENTES / 180 / 180.000 / 0,4306 / 77,50

INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE / 60 / 60.000 / - / -

INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE (**) / 20 / 20.000 / - / -

(*) CUBRE A MENORES DE 18 AÑOS

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 MULTIRIESGO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CASOS DE MUERTE Y ACCIDENTES PERSONALES POL 3 2014 0151 DE LA C.M.F.

- RC MUERTE ACCIDENTAL

- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE

- DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL
- REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACC
- INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE
- INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE, UF 2 POR CADA DIA Y DEDUCIBLE UF 1 POR EVENTO

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 DICHOS ACTOS.
3. AVALANCHA DE NIEVE Y RODADOS
4. ASALTO Y HOMICIDIO
5. ALTA TENSIÓN
6. PRACTICA DE OTROS DEPORTES EXTRAORDINARIOS Y PELIGROSOS QUE NO PREMIEN CON DINERO.
7. CLAUSULA DE INCLUSIONES Y EXCLUSIONES AUTOMÁTICAS, AJUSTABLES SEMESTRALMENTE O AL FINAL DE LA VIGENCIA
8. CASOS CUANDO EL ASEGURADO ES VÍCTIMA DE UN DELITO O CUASIDELITO
9. MAL DE ALTURA
10. CONGELAMIENTO E INSOLACIÓN
11. NEGLIGENCIA O IMPRUDENCIA LEVE
12. 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 CONCURRENTENTE 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.
13. 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 QUEDARÁN REDUCIDOS AL 50% EN CASO DE UN ACCIDENTE EN CONSECUENCIA DE UN VUELO NO REGULAR.

14. MORDEDURA DE ANIMALES.

15. PICADURA DE INSECTOS.

NOTAS APLICABLES A LA PÓLIZA

– EL LÍMITE DE EDAD DE INCLUSIÓN Y PERMANENCIA EN LA PÓLIZA ES HASTA LOS 75 AÑOS.

– LOS ASEGURADOS COMPRENDERÁN DESDE JINETES DE LA CATEGORÍA DE PONIES DESDE LOS 4 AÑOS Y MÁS HASTA LA CATEGORÍA SENIOR 60 AÑOS Y MÁS, EN LAS DISCIPLINAS ECUESTRES DE PONIES, ESCUELAS, SALTO, ADIESTRAMIENTO, CONCURSO COMPLETO DE EQUITACIÓN, ENDURO, ENGANCHE Y RIENDA.

– ENDURO: LA DISCIPLINA, ENTRENAMIENTO Y COMPETENCIA DE ENDURO ECUESTRE SE REALIZA EN DISTINTOS LUGARES AL AIRE LIBRE, CERROS, CAMINOS PRIVADOS, Y ESPACIOS PÚBLICOS EN GENERAL SIENDO REALIZADA EN DISTINTOS TIPOS DE SUELO DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.

– COBERTURA ES DADA EN LAS DEPENDENCIAS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE, EN RECINTOS EXTERNOS DISPUESTOS PARA COMPETENCIAS DE EQUITACIÓN, CAMPOS Y PARCELAS DE LOS SOCIOS INSCRITOS DE LA FEDERACIÓN A EXCEPCIÓN DE LA COBERTURA DE ENDURO ECUESTRE QUE PUEDE SER REALIZADA EN CUALQUIER TIPO DE TERRENO DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.

– SE DEJA CONSTANCIA QUE SE DESIGNA COMO BENEFICIARIO A LOS HEREDEROS LEGALES O A QUIENES DESIGNE COMO BENEFICIARIOS EL ASEGURADO.

– ASEGURADO MIENTRAS SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES SOBRE UN CABALLO, DEBE CONTAR CON CASCO DE SEGURIDAD ESPECIAL, DESTINADO A LA PRÁCTICA DE ACTIVIDADES ECUESTRES.

– COBERTURA ES DADA EN LAS DEPENDENCIAS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE, Y EN RECINTOS EXTERNOS DISPUESTOS PARA COMPETENCIAS DE EQUITACIÓN, DONDE HAYAN SIDO PREVIAMENTE INSCRITOS LOS ASEGURADOS.

– COBERTURA: 24 HORAS, MIENTRAS SE ENCUENTREN REALIZANDO LAS LABORES PROPIAS DE LA FEDERACION

ECUESTRE, EN SUS DEPENDENCIAS, O EN RECINTOS DONDE LA REPRESENTEN.

– EL LÍMITE MÁXIMO DE EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA ES HASTA LOS 75 AÑOS.

– 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 NO CUBRIRÁ SINIESTROS PARA LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE, DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL, REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, E INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE, CUYA CAUSA SEA DIRECTA O INDIRECTAMENTE ORIGINADA DE RIESGO POLÍTICO Y/O CONFLICTO

MAPUCHE, O CUALQUIER OTRA ETNIA.

ESTE CONTRATO NO CUBRE NINGUN RECLAMO QUE DE CUALQUIER FORMA CAUSADO O QUE DERIVE DE:

- a) ENFERMEDAD DE CORONAVIRUS (COVID-19)
- b) SINDROME RESPIRATORIO AGUDO Y SEVERO DE CORONAVIRUS 2 (SARS-COV-2)
- c) CUALQUIER MUTACION O VARIACION DE SARS-COV-2
- d) NINGUN TEMOR O AMENAZA DE a), b), ó c) SEGÚN SE SEÑALA ANTERIORMENTE

* LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR MAYORES ANTECEDENTES

1. LOS DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA PORCEDER AL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DE LAS DEPENDENCIAS DEL CONTRATANTE, Y BAJO LOS TERMINOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, SERÁN LOS SIGUIENTES:

– CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN CON CLARIDAD Y PRECISIÓN DEL TIPO DE MUERTE OCURRIDA

– ALCOHOLEMIA EN CASO QUE LA VICTIMA FUERA EL CONDUCTOR DE UN VEHÍCULO DURANTE EL EVENTO

2. SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS PAGOS MÁXIMOS DE LAS SUMATORIAS DE LOS DISTINTOS PLANES DE LA PRESENTE PÓLIZA NO PUEDE EXCEDER EL 100% DEL MONTO DE LA COBERTURA DE RC POR MUERTE ACCIDENTAL.

3. LOS DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA PROCEDER AL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DE LAS DEPENDENCIAS DEL CONTRATANTE, Y BAJO LOS TERMINOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, SERÁN LOS SIGUIENTES (PARA INCAPACIDAD Y DESMEMBRAMIENTO):

PORCENTAJE DE INVALIDEZ CERTIFICADA POR LA COMISIÓN CORRESPONDIENTE Y AUTORIZADA (SOLO PARA INCAPACIDAD)

4. EN CASO QUE EL EVENTO OCURRA FUERA DE LAS DEPENDENCIAS DEL ASEGURADO, SOLO SE NECESITARÍA: DECLARACIÓN Y CONSTANCIA DE LESIONES DE ALGUNA ENTIDAD DE SALUD ALCOHOLEMIA EN CASO QUE LA VÍCTIMA FUERA EL CONDUCTOR DE UN VEHÍCULO DURANTE EL EVENTO. PORCENTAJE DE INVALIDEZ CERTIFICADA POR LA COMISIÓN CORRESPONDIENTE Y AUTORIZADA (SOLO PARA INCAPACIDAD)

5. SE DEJA CONSTANCIA QUE LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS INCLUYE LOS TRASLADOS EN AMBULANCIA CON LIMITE DE UF 20

CONDICIONES GENERALES POL 3 2014 0151

EL PRESENTE CONDICIONADO SE COMPONE DE UN TÍTULO PRELIMINAR SOBRE REGLAS APLICABLES, UN TÍTULO PRIMERO SOBRE "COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CASOS DE MUERTE"; UN TÍTULO SEGUNDO SOBRE "COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES"; Y UN TÍTULO TERCERO SOBRE "REGLAS COMUNES".

TÍTULO PRELIMINAR

SE APLICARÁN AL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LAS CLÁUSULAS SIGUIENTES Y LAS NORMAS LEGALES DE CARÁCTER IMPERATIVO DEL TÍTULO VIII, DEL LIBRO II, DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

SIN EMBARGO, SE ENTENDERÁN VÁLIDAS LAS ESTIPULACIONES CONTRACTUALES QUE SEAN MÁS BENEFICIOSAS PARA EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO. LAS COBERTURAS DE "RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CASOS DE MUERTE" Y DE "ACCIDENTES

PERSONALES", PUEDEN CONTRATARSE EN FORMA CONJUNTA O SEPARADA. EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE AMBAS COBERTURAS SE CONTRATEN CONJUNTAMENTE SE ENTENDERÁ LO SIGUIENTE:

1. EN EL CASO DE LA COBERTURA DE "RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CASOS DE MUERTE", SE ENTENDERÁ POR ASEGURADO AQUELLA PERSONA A QUIEN AFECTA EL RIESGO DE RESPONSABILIDAD CIVIL QUE SE TRANSFIERE AL ASEGURADOR, ESTO ES, QUIEN EVENTUALMENTE PUEDE SUFRIR UN MENOSCABO PATRIMONIAL POR EL RECLAMO INDEMNIZATORIO DE DAÑOS SUFRIDOS POR LOS TERCEROS RECLAMANTES EN RAZÓN DE UN FALLECIMIENTO.

2. EN EL CASO DE LA COBERTURA DE "ACCIDENTES PERSONALES" SE ENTENDERÁ POR ASEGURADO AQUELLA PERSONA A QUIEN AFECTA EL RIESGO QUE SE TRANSFIERE AL ASEGURADOR, Y QUE PROVOCA UNA ALTERACIÓN EN SU INTEGRIDAD FÍSICA O INTELECTUAL.

TÍTULO PRIMERO: COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CASOS DE MUERTE

PRIMERO: DEFINICIONES:

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA SE ENTENDERÁ POR:

1. ACCIDENTE: TODO SUCESO NO INTENCIONAL QUE AFECTE AL ORGANISMO DE UNA PERSONA OCASIONÁNDOLE LA MUERTE.
2. CERTIFICADO DE COBERTURA O CERTIFICADO DEFINITIVO: DOCUMENTO QUE DA CUENTA DE UN SEGURO EMITIDO CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS DE UNA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO O FLOTANTE.
3. DEDUCIBLE: LA ESTIPULACIÓN POR LA QUE EL ASEGURADOR Y ASEGURADO ACUERDAN EN QUE ESTE ÚLTIMO SOPORTARÁ A TODO EVENTO HASTA EL MONTO DE LA PÉRDIDA QUE SE HUBIERE PACTADO.
4. FALLECIMIENTO: SE ENTENDERÁ COMO FALLECIMIENTO O MUERTE ACCIDENTAL PARA LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, AQUEL QUE ES CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, SIEMPRE Y CUANDO LA MUERTE, SE PRODUZCA A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.
5. GARANTÍAS: LOS REQUISITOS DESTINADOS A CIRCUNSCRIBIR O DISMINUIR EL RIESGO, ESTIPULADOS EN UN CONTRATO DE SEGURO COMO CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIRSE PARA QUE HAYA LUGAR A LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE SINIESTRO.
6. GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: 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 LESIONES CAUSADAS POR ACCIDENTES; CARACTERÍSTICAS Y NIVEL DE LOS TRATAMIENTOS Y SERVICIOS OTORGADOS; Y EL PRESTIGIO, EXPERIENCIA Y NIVEL DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DE LA ATENCIÓN.
7. SINIESTRO: LA OCURRENCIA DEL RIESGO O EVENTO DAÑOSO CONTEMPLADO EN EL CONTRATO.

SEGUNDO: DESCRIPCIÓN DE COBERTURA

POR ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA SE OBLIGA A INDEMNIZAR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE, POR EL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DE UNA PERSONA, SUFRAN LOS TERCEROS RECLAMANTES, EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN ESTE SEGURO, Y QUE PUEDAN CAUSAR UN MENOSCABO PATRIMONIAL AL ASEGURADO POR SU EVENTUAL RESPONSABILIDAD EN LOS HECHOS CAUSANTES DEL FALLECIMIENTO.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS TERCEROS RECLAMANTES, EN CALIDAD DE BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO, EL MONTO ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RECIBIDOS Y APROBADOS LOS ANTECEDENTES QUE DEN CUENTA Y DEMUESTREN LA MUERTE QUE JUSTIFICA SU RECLAMO, SIN NECESIDAD DE TRANSACCIÓN O SENTENCIA JUDICIAL QUE DECLARE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO. SE CONSIDERAN TERCEROS, PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA, LAS PERSONAS QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN, EN EL SIGUIENTE ORDEN DE PRELACIÓN O PREFERENCIA:

1. EL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE;
2. LOS HIJOS MENORES DE EDAD, CUALQUIERA SEA SU FILIACIÓN;
3. LOS HIJOS MAYORES DE EDAD, CUALQUIERA SEA SU FILIACIÓN;
4. LOS PADRES;
5. LA O EL CONVIVIENTE DEL FALLECIDO. LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL COMPRENDE EL RECLAMO INDEMNIZATORIO POR DAÑO EMERGENTE Y DAÑO MORAL SUFRIDO POR LOS TERCEROS RECLAMANTES. ESTE SEGURO NO CUBRE GASTOS DE DEFENSA, NI EL IMPORTE DE LAS CAUCIONES QUE DEBA RENDIR EL ASEGURADO, NI LAS MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS A QUE SEA CONDENADO.

TERCERO: RIESGOS EXCLUIDOS

SE EXCLUYE DE ESTA COBERTURA, ADEMÁS DE LO EXPRESAMENTE ESTABLECIDO EN LA LEY, LO SIGUIENTE:

1. LOS DAÑOS OCASIONADOS POR EL CÓNYUGE, ASCENDIENTES, DESCENDIENTES O PARIENTES POR CONSANGUINIDAD O AFINIDAD HASTA EL 2º GRADO O TRABAJADORES DEPENDIENTES DEL ASEGURADO.
2. LA RESPONSABILIDAD PROVENIENTE DE PERJUICIOS INDIRECTOS.
3. TODA CLASE DE PÉRDIDA DE UTILIDADES Y/O LUCRO CESANTE.
4. LA RESPONSABILIDAD PENAL Y LAS CONSECUENCIAS PECUNIARIAS DE LA MISMA.
5. LOS DAÑOS PRODUCIDOS CUANDO EL HECHO QUE ORIGINE LOS DAÑOS O PÉRDIDAS SEA CAUSADO INTENCIONALMENTE POR EL ASEGURADO O LO HAGAN RESPONSABLE DE UN DELITO.
6. LOS DAÑOS SUFRIDOS POR TERCEROS RECLAMANTES QUE SEAN CONSECUENCIA DE MUERTE NATURAL DEL FALLECIDO.
7. LOS DAÑOS PRODUCIDOS CUANDO EL ACCIDENTE OCURRA FUERA DEL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA DE CHILE.
8. LOS DAÑOS PROVENIENTES DE SINIESTROS DURANTE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, MOTÍN, HUELGA, TUMULTO POPULAR, O CAUSADOS POR PERTRECHOS DE GUERRA.
9. CUALQUIER DAÑO PRODUCIDO POR LA ACCIÓN DE LA ENERGÍA ATÓMICA.
10. CUALQUIER DAÑO A CONSECUENCIA DE UN INCENDIO O DE UNA EXPLOSIÓN.
11. LOS DAÑOS QUE TENGAN ORIGEN EN ACTOS DE LA NATURALEZA Y CONTAMINACIÓN, EN GENERAL.
12. ESTE SEGURO NO OTORGA COBERTURA EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, O SUS EMPLEADOS O PERSONAS

RELACIONADAS, TENGA ALGUNA RELACIÓN O SE ENCUENTRE INCLUIDO EN ACTIVIDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ACTIVIDADES TERRORISTAS, LAVADO DE ACTIVOS O DE SIMILAR NATURALEZA, INCLUYENDO, PERO SIN ESTAR LIMITADAS, A LAS LISTAS O SANCIONES DISPUESTAS POR LA OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS (OFAC, SEGÚN SUS SIGLAS EN INGLÉS) DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE LOS EEUU.

SE EXCLUYEN DE COBERTURA, EXPRESAMENTE, AQUELLOS SINIESTROS Y TODA Y CUALQUIER PÉRDIDA RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON OPERACIONES, NEGOCIOS, CONTRATOS O VÍNCULOS DE CUALQUIER NATURALEZA CON PAÍSES O PERSONAS INCLUIDAS EN DICHAS LISTAS, O CUYO PAGO DEBA SER EFECTUADO A PERSONAS O PAÍSES DESIGNADOS (SPECIALLY DESIGNATED NATIONALS LIST, SDN).

CUARTO: DEFENSA JUDICIAL

LA RESPONSABILIDAD Y LOS GASTOS POR SU DEFENSA JUDICIAL CORRESPONDEN AL ASEGURADO.

QUINTO: SUMA ASEGURADA Y LÍMITE DE LA INDEMNIZACIÓN

LA SUMA ASEGURADA CONSTITUYE EL LÍMITE MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN QUE SE OBLIGA A PAGAR EL ASEGURADOR EN CASO DE SINIESTRO, Y SERÁ DETERMINADA SEGÚN LAS REGLAS CONTENIDAS EN ESTE CONDICIONADO Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LO NO REEMBOLSADO POR EL SISTEMA DE PREVISIÓN DE FONASA O ISAPRES.

ESTA LIMITACIÓN OPERA SIEMPRE QUE EXISTAN ESTE TIPO DE SEGUROS, NO CONSTITUYE CONDICIÓN DE COBERTURA. PARA LOS EFECTOS DE LO ESTIPULADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, LOS TERCEROS RECLAMANTES DEBERÁN ENTREGAR A QUIEN CORRESPONDA LOS ANTECEDENTES QUE DEN CUENTA DE LOS REEMBOLSOS DE ISAPRE O FONASA. A FALTA DE ELLOS, DEBERÁN ENTREGAR UNA DECLARACIÓN JURADA AUTORIZADA ANTE NOTARIO PÚBLICO, EN LA QUE DA CUENTA DE LA INEXISTENCIA DE ESTE TIPO DE SEGUROS.

SEXTO: FORMA DE INDEMNIZAR

LA FORMA DE INDEMNIZAR SE AJUSTARÁ A LAS NORMAS CONTENIDAS EN EL PRESENTE CONDICIONADO Y A LOS TÉRMINOS PACTADOS EN LOS CONDICIONADOS PARTICULARES DE ESTE SEGURO. TODO SEGÚN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 563 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR DE INDEMNIZAR OCURRIDO EL RIESGO ASEGURADO, SERÁ EXIGIBLE UNA VEZ DETERMINADA LA PÉRDIDA O CONCLUIDO EL PROCESO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS, REGULADO EN LOS ARTÍCULOS 61 Y SIGUIENTES DEL DECRETO CON FUERZA DE LEY NÚMERO 251 Y EN EL REGLAMENTO DE AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS O LAS NORMAS QUE LOS REEMPLACEN.

TÍTULO SEGUNDO: COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES

LA COMPAÑÍA SE OBLIGA, CONFORME A LAS MODALIDADES ESTIPULADAS EN ESTE

CONDICIONADO Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO, A INDEMNIZAR AL ASEGURADO LAS LESIONES CORPORALES O LA INCAPACIDAD QUE ÉSTE SUFRA A CONSECUENCIAS DE UN ACCIDENTE. LAS COBERTURAS CONTENIDAS EN ESTE SEGURO, SE SUJETAN A LAS CONDICIONES Y LÍMITES DE CADA CASO ESPECÍFICO CONTRATADO, Y A LOS TÉRMINOS DE LAS CONDICIONES PARTICULARES.

PRIMERO: DEFINICIONES

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA, SE ENTENDERÁ POR:

1. ACCIDENTE: TODO SUCESO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE AFECTE AL ORGANISMO DEL ASEGURADO OCACIONÁNDOLE LA MUERTE O PROVOCÁNDOLE LESIONES QUE SE MANIFIESTEN POR HERIDAS VISIBLES O CONTUSIONES INTERNAS, INCLUYENDO ASIMISMO EL AHOGAMIENTO Y LA ASFIXIA, TORCEDURAS 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. CERTIFICADO DE COBERTURA O CERTIFICADO DEFINITIVO: DOCUMENTO QUE DA CUENTA DE UN SEGURO EMITIDO CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS DE UNA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO O FLOTANTE.
3. DEDUCIBLE: LA ESTIPULACIÓN POR LA QUE ASEGURADOR Y ASEGURADO ACUERDAN EN QUE ESTE ÚLTIMO SOPORTARÁ A TODO EVENTO HASTA EL MONTO DE LA PÉRDIDA QUE SE HUBIERE PACTADO.
4. GARANTÍAS: LOS REQUISITOS DESTINADOS A CIRCUNSCRIBIR O DISMINUIR EL RIESGO, ESTIPULADOS EN UN CONTRATO DE SEGURO COMO CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIRSE PARA QUE HAYA LUGAR A LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE SINIESTRO.
5. GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: 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 LESIONES CAUSADAS POR ACCIDENTES; CARACTERÍSTICAS Y NIVEL DE LOS TRATAMIENTOS Y SERVICIOS OTORGADOS; Y EL PRESTIGIO, EXPERIENCIA Y NIVEL DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DE LA ATENCIÓN.
6. HOSPITAL O CLÍNICA: TODO ESTABLECIMIENTO PÚBLICO O PRIVADO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE PERSONAS ENFERMAS O LESIONADAS, QUE PROPORCIONE ASISTENCIA DE ENFERMERÍA LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA Y QUE CUENTE CON INSTALACIONES Y FACILIDADES PARA EFECTUAR DIAGNÓSTICO E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS. EN NINGÚN CASO INCLUYE HOTEL, TERMA, ASILO, SANATORIO PARTICULAR, CASA PARA CONVALECIENTES, CASA DE REPOSO, O UN LUGAR USADO PRINCIPALMENTE PARA LA INTERNACIÓN DE ENFERMOS MENTALES O TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO, ADICTOS A DROGAS O ALCOHÓLICOS.
7. HOSPITALIZACIÓN: SE ENTENDERÁ QUE UNA PERSONA SE ENCUENTRA HOSPITALIZADA CUANDO ESTÁ REGISTRADA COMO PACIENTE DE UN HOSPITAL O CLÍNICA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, Y QUE UTILICE A LO MENOS, UN DÍA COMPLETO DE SERVICIO DE HABITACIÓN, ALIMENTACIÓN Y ATENCIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA.
8. INCAPACIDAD TEMPORAL: ES AQUELLA QUE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, IMPIDE AL ASEGURADO EN FORMA TRANSITORIA EL DESARROLLO NORMAL DE SUS

ACTIVIDADES DE TRABAJO U OCUPACIÓN HABITUAL.

9. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3: LA PÉRDIDA O DISMINUCIÓN DE LAS FUERZAS FÍSICAS O INTELECTUALES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE Y QUE OCASIONE UN MENOSCABO IRREVERSIBLE DE, AL MENOS, 2/3 (DOS TERCIOS) 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", REGULADO POR EL D.L. NO 3.500 DE 1980. 10. PERÍODO DE CARENCIA PARA HOSPITALIZACIÓN: NÚMERO DE DÍAS PARA CADA HOSPITALIZACIÓN, DURANTE LOS CUALES EL ASEGURADO NO TIENE DERECHO A PERCIBIR LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE.

11. SINIESTRO: LA OCURRENCIA DEL RIESGO O EVENTO DAÑOSO CONTEMPLADO EN EL CONTRATO.

SEGUNDO: DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

ESTE SEGURO CONTEMPLA UNA COBERTURA PARA INVALIDEZ TOTAL O PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE; UNA COBERTURA POR DESMEMBRAMIENTO; UNA COBERTURA POR REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE; Y UNA COBERTURA POR INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE.

1. COBERTURA PARA INVALIDEZ TOTAL O PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE

EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO RESULTE CON UNA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DE 2/3, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO.

EN AQUELLOS CASOS QUE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SE MANIFIESTE EN FORMA PROGRESIVA O NO, ESTA DEBERÁ SER ESTABLECIDA A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

2. COBERTURA POR DESMEMBRAMIENTO

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA Y CUANDO LA LESIÓN NO OCASIONE LA PÉRDIDA DE LA VIDA DEL ASEGURADO PRODUCTO DE UN ACCIDENTE, SINO QUE PRODUZCA CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN, SIEMPRE QUE LAS CONSECUENCIAS DE LAS LESIONES SE MANIFIESTEN ANTES DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS DESDE SU OCURRENCIA, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DEL MONTO ASEGURADO INDICADO, EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO:

- 100 % EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN DE AMBOS 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, O DE UN PIE, O POR LA SORDERA COMPLETA DE AMBOS OÍDOS, O POR LA PÉRDIDA DEL HABLA;

- 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 PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN DE UN OJO;
- 25 % POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OÍDO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERA TENIDO SORDERA COMPLETA DEL OTRO, ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO;
- 20 % POR LA PÉRDIDA TOTAL DEL PULGAR DE UNA MANO;
- 15 % POR LA SORDERA TOTAL 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 INDEMNIZACIÓN POR LA PÉRDIDA TOTAL DE VARIOS DEDOS, SE DETERMINARÁ SUMANDO EL PORCENTAJE ASIGNADO A CADA UNO DE LOS DEDOS.

PARA LOS EFECTOS ESPECÍFICOS DE ESTA COBERTURA SE ENTIENDE POR:

1. PÉRDIDA TOTAL: LA REFERIDA A UN MIEMBRO U ÓRGANO, SU ELIMINACIÓN DEL ORGANISMO AL CUAL PERTENECE, EN FORMA DEFINITIVA Y EN SU TOTAL INTEGRACIÓN ANATÓMICA Y FUNCIONAL.
2. 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.
3. MIEMBRO: CUALQUIER EXTREMIDAD ARTICULADA CON EL TRONCO, DESTINADA A EJECUTAR LOS GRANDES MOVIMIENTOS DE LA LOCOMOCIÓN Y PRESIÓN, TALES COMO BRAZOS Y PIERNAS. LA PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL DE CUALQUIER MIEMBRO, CUANDO SEA PERMANENTE E IRREVERSIBLE, SE CONSIDERARÁ COMO PÉRDIDA EFECTIVA DEL MISMO. EN EL CASO DE OCURRIR MÁS DE UN SINIESTRO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, 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 ESTE SEGURO, NO PODRÁ, EN NINGÚN CASO, EXCEDER DEL 100% DEL MONTO ASEGURADO PARA ESTA COBERTURA.

3. COBERTURA POR REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO, HASTA EL MONTO MÁXIMO SEÑALADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO POR LOS GASTOS MÉDICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS, INCURRIDOS POR EL ASEGURADO QUE SEAN CONSECUENCIA INMEDIATA Y DIRECTA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, SIEMPRE QUE TALES GASTOS SEAN PRODUCTO DE ATENCIONES PRESTADAS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS DENTRO DE UN PLAZO DE CIENTO OCHENTA (180) DÍAS, CONTADO DESDE LA FECHA DE OCURRENCIA DE CADA ACCIDENTE.

PARA TODO EFECTO, POR CADA ACCIDENTE OCURRIDO, CUALQUIER REEMBOLSO SERÁ POSTERIOR AL PAGO DEL MONTO DEL DEDUCIBLE QUE SE INDICA 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 Y/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 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.

EN ESTOS CASOS SÓLO SERÁN REEMBOLSADOS LOS GASTOS QUE REALMENTE SEAN DE CARGO DEL ASEGURADO.

SE ESTABLECE UN DEDUCIBLE DE UF 1,5 POR EVENTO PARA LA PRESENTE COBERTURA.

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LA CLÁUSULA TERCERA DE ESTE TÍTULO, LA PRESENTE COBERTURA NO REEMBOLSARÁ LOS GASTOS ANTERIORMENTE INDICADOS, CUANDO ELLOS PROVENGAN O SE ORIGINEN POR:

1. LESIÓN CAUSADA POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS Y DEMÁS SUSTANCIAS DE EFECTOS ANÁLOGOS O SIMILARES.
2. APARATOS AUDITIVOS, LENTES O ANTEOJOS ÓPTICOS, PRÓTESIS, ÓRTESIS, MIEMBROS ARTIFICIALES Y SUMINISTRO DE APARATOS O EQUIPOS ORTOPÉDICOS.
3. LA ATENCIÓN OTORGADA POR UNA CLÍNICA PRIVADA EN EL DOMICILIO DEL ASEGURADO.
4. LA ATENCIÓN PARTICULAR DE ENFERMERÍA FUERA DEL RECINTO HOSPITALARIO.
5. GASTOS POR ACOMPAÑANTES, MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO, INCLUYENDO ALOJAMIENTO, COMIDA Y SIMILARES. LOS TRASLADOS POR VÍA AÉREA DEL ASEGURADO O AQUELLOS POR UNA DISTANCIA MAYOR A 50 KILÓMETROS DESDE EL LUGAR DEL ACCIDENTE HASTA ALGÚN HOSPITAL O CLÍNICA, CUALQUIERA SEA EL MEDIO DE TRASLADO.

BENEFICIO ADICIONAL: INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE. EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL MONTO ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES PARA GASTOS DE SEPELIO, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RECIBIDAS Y APROBADAS LAS PRUEBAS DE QUE EL FALLECIMIENTO INMEDIATO DEL ASEGURADO TITULAR SE PRODUJO COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA, INDEPENDIEMENTE DEL GASTO REAL EN QUE HAYA INCURRIDO. 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.

COBERTURA POR INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO HOSPITALIZADO A CAUSA DE ACCIDENTE, UNA INDEMNIZACIÓN DIARIA ESTABLECIDA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO. SE PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DESDE EL TÉRMINO DEL PERÍODO DE CARENCIA DE TRES

(3) DÍAS Y HASTA POR EL MÁXIMO DE DÍAS SEÑALADOS EN LAS MISMAS CONDICIONES PARTICULARES. EL PERÍODO DE CARENCIA SE APLICARÁ, TANTAS VECES EL ASEGURADO SE HOSPITALICE DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA SIEMPRE Y CUANDO EL INGRESO, NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE QUE PREVIAMENTE HAYA CAUSADO LA HOSPITALIZACIÓN.

SERÁ CONDICIÓN NECESARIA PARA PROCEDER AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN DIARIA, LA PRESENTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE UN CERTIFICADO QUE ACREDITE EL PERÍODO DE PERMANENCIA, EMITIDO POR EL HOSPITAL O CLÍNICA.

TERCERO: RIESGOS EXCLUIDOS

QUEDA EXCLUIDO DE LA COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES, LOS DAÑOS QUE TENGAN SU ORIGEN EN EL FALLECIMIENTO O LESIONES DEL ASEGURADO, QUE SE PRODUZCAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE, TOTAL O PARCIALMENTE A CONSECUENCIA DE:

1. PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN ACTO TERRORISTA, ENTENDIÉNDOSE POR ACTO TERRORISTA TODA CONDUCTA CALIFICADA COMO TAL POR LA LEY, ASÍ COMO EL USO DE FUERZA O VIOLENCIA O LA AMENAZA DE ÉSTA, 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
2. LA PARTICIPACIÓN EN PELEAS O RIÑAS, SALVO EN AQUELLOS CASOS EN QUE SE ESTABLEZCA JUDICIALMENTE QUE SE HA TRATADO DE LEGÍTIMA DEFENSA.
3. PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN GUERRA, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, SUBLEVACIÓN, SEDICIÓN, CONSPIRACIÓN O MOTÍN, PODER MILITAR, OPERACIONES MILITARES PARA LA OBTENCIÓN O MANTENCIÓN DE LA PAZ, SABOTAJE, TUMULTO O CONMOCIÓN CONTRA EL ORDEN PÚBLICO, DENTRO O FUERA DEL PAÍS.
4. ACTO DELICTIVO COMETIDO, EN CALIDAD DE AUTOR O CÓMPLICE, POR QUIEN PUDIERE VERSE BENEFICIADO POR EL PAGO DE LA CANTIDAD ASEGURADA.
5. SUICIDIO O INTENTO DEL MISMO, AUTO MUTILACIÓN O AUTOLESIÓN, O POR LESIONES INFERIDAS AL ASEGURADO POR SÍ MISMO O POR TERCEROS CON SU CONSENTIMIENTO, CUALQUIERA SEA LA ÉPOCA EN QUE OCURRA, YA SEA ESTANDO EN SU PLENO JUICIO O ENAJENADO MENTALMENTE.
6. DESEMPEÑARSE COMO DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO O PROFESIONAL SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 80 DE LA LEY DEL DEPORTE NO 19.712 DE ENERO DE 2001 Y EN EL DFL 1 DE 1970, RESPECTIVAMENTE.
7. PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.
8. ATAQUES CARDÍACOS, PARÁLISIS; NI LOS QUE OCURRAN ESTANDO EL ASEGURADO EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ, CUYO GRADO SEA SUPERIOR A 0.8 GRAMOS DE ALCOHOL POR 1.000 GRAMOS DE SANGRE AL MOMENTO DEL ACCIDENTE, O BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS, SOMNÍFEROS, ALUCINÓGENOS O DESINHIBITORIOS, AUN CUANDO ELLA SEA PARCIAL O EN ESTADO DE SONAMBULISMO.
9. HERNIAS Y SUS CONSECUENCIAS, SEA CUAL FUERE LA CAUSA DE QUE PROVENGAN.
10. EL USO, LA LIBERACIÓN O EL ESCAPE DE LOS MATERIALES NUCLEARES QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE RESULTE EN UNA REACCIÓN NUCLEAR, RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN RADIATIVA. ADEMÁS, ESTÁN EXCLUIDAS LAS CONSECUENCIAS DE DISPERSIÓN, UTILIZACIÓN O ESCAPE DE MATERIALES BIOLÓGICOS Y QUÍMICOS

PATOGÉNICOS O VENENOSOS. SIN EMBARGO, LO MENCIONADO ANTERIORMENTE SE APLICA SOLAMENTE SI 50 O MÁS PERSONAS RESULTAN MUERTAS O SUFREN LESIÓN FÍSICA SERIA, DENTRO DEL PLAZO DE 90 DÍAS DE LA OCURRENCIA DEL INCIDENTE Y QUE CAUSE LA MUERTE O LESIÓN FÍSICA SERIA. PARA LOS PROPÓSITOS DE ESTA DISPOSICIÓN, LESIÓN FÍSICA SERIA SIGNIFICA: (A) LESIÓN FÍSICA QUE IMPLICA UN RIESGO SUBSTANCIAL DE LA MUERTE; O (B) DESFIGURACIÓN FÍSICA PROLONGADA Y OBVIA; O (C) PÉRDIDA PROLONGADA O DEBILITACIÓN DE LA FUNCIÓN DE UN MIEMBRO CORPORAL U ÓRGANO.

11. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA.

12. INFECCIONES BACTERIANAS, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTAS NO SEAN A CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN ACCIDENTAL CUBIERTA POR ESTE SEGURO.

13. ESTE SEGURO NO OTORGA COBERTURA EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, O SUS EMPLEADOS O PERSONAS RELACIONADAS, TENGA ALGUNA RELACIÓN O SE ENCUENTRE INCLUIDO EN ACTIVIDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ACTIVIDADES TERRORISTAS, LAVADO DE ACTIVOS O DE SIMILAR NATURALEZA, INCLUYENDO, PERO SIN ESTAR LIMITADAS, A LAS LISTAS O SANCIONES DISPUESTAS POR LA OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS (OFAC, SEGÚN SUS SIGLAS EN INGLÉS) DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE LOS EEUU. SE EXCLUYEN DE COBERTURA, EXPRESAMENTE, AQUELLOS SINIESTROS Y TODA Y CUALQUIER PÉRDIDA RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON OPERACIONES, NEGOCIOS, CONTRATOS O VÍNCULOS DE CUALQUIER NATURALEZA CON PAÍSES O PERSONAS INCLUIDAS EN DICHAS LISTAS, O CUYO PAGO DEBA SER EFECTUADO A PERSONAS O PAÍSES DESIGNADOS (SPECIALLY DESIGNATED NATIONALS LIST, SDN).

CUARTO: FORMA DE INDEMNIZAR

LA FORMA DE INDEMNIZAR SE AJUSTARÁ A LAS NORMAS CONTENIDAS EN EL PRESENTE CONDICIONADO Y, A LOS TÉRMINOS PACTADOS EN LOS CONDICIONADOS PARTICULARES DE ESTE SEGURO. TODO SEGÚN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 563 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR DE INDEMNIZAR OCURRIDO EL RIESGO, SERÁ EXIGIBLE UNA VEZ DETERMINADA LA PÉRDIDA O CONCLUIDO EL PROCESO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS, REGULADO EN LOS ARTÍCULOS 61 Y SIGUIENTES DEL DECRETO CON FUERZA DE LEY NÚMERO 251 Y EN EL REGLAMENTO DE AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS O LAS NORMAS QUE LOS REEMPLACEN.

QUINTO: SUMA ASEGURADA Y LÍMITE DE LA INDEMNIZACIÓN

LA SUMA ASEGURADA CONSTITUYE EL LÍMITE MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN QUE SE OBLIGA A PAGAR EL ASEGURADOR EN CASO DE SINIESTRO, Y SERÁ DETERMINADA SEGÚN LAS REGLAS CONTENIDAS EN ESTE CONDICIONADO Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO.

TÍTULO TERCERO: REGLAS COMUNES PRIMERO: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.
EL ASEGURADO ESTARÁ OBLIGADO A:

1. INFORMAR, A REQUERIMIENTO DEL ASEGURADOR, SOBRE LA EXISTENCIA DE OTROS SEGUROS QUE AMPAREN EL MISMO OBJETO.
2. PAGAR LA PRIMA EN LA FORMA Y ÉPOCA PACTADAS.
3. EMPLEAR EL CUIDADO Y CELO DE UN DILIGENTE PADRE DE FAMILIA PARA PREVENIR

EL SINIESTRO;

4. LAS DEMÁS OBLIGACIONES, DEBERES O CARGAS QUE CONTEMPLA LA LEY, ESTE CONDICIONADO GENERAL, CLAUSULAS ADICIONALES Y CONDICIONES PARTICULARES. SI EL CONTRATANTE DEL SEGURO Y EL ASEGURADO SON PERSONAS DISTINTAS, CORRESPONDE AL CONTRATANTE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO, SALVO AQUELLAS QUE POR SU NATURALEZA DEBEN SER CUMPLIDAS POR EL ASEGURADO.

SEGUNDO: DEBER DE COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

EL ASEGURADO, O CONTRATANTE EN SU CASO, DEBERÁ INFORMAR AL ASEGURADOR LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE AGRAVEN SUSTANCIALMENTE EL RIESGO DECLARADO, Y SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO, DENTRO DE LOS CINCO DÍAS SIGUIENTES DE HABERLOS CONOCIDO, SIEMPRE QUE POR SU NATURALEZA, NO HUBIEREN PODIDO SER CONOCIDOS DE OTRA FORMA POR EL ASEGURADOR, TODO EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 524 NÚMERO 5 Y 526 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

SE PRESUME QUE EL ASEGURADO CONOCE LAS AGRAVACIONES DE RIESGO QUE PROVIENEN DE HECHOS OCURRIDOS CON SU DIRECTA PARTICIPACIÓN. SI EL SINIESTRO NO SE HA PRODUCIDO, EL ASEGURADOR, DENTRO DEL PLAZO DE TREINTA DÍAS A CONTAR DEL MOMENTO EN QUE HUBIERE TOMADO CONOCIMIENTO DE LA AGRAVACIÓN DE LOS RIESGOS, DEBERÁ COMUNICAR AL ASEGURADO SU DECISIÓN DE DEJAR SIN EFECTO EL CONTRATO O PROPONER UNA MODIFICACIÓN, A LOS TÉRMINOS DEL MISMO PARA ADECUAR LA PRIMA O LAS CONDICIONES DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.

SI EL ASEGURADO RECHAZA LA PROPOSICIÓN DEL ASEGURADOR O NO LE DA CONTESTACIÓN DENTRO DEL PLAZO DE DIEZ DÍAS, CONTADOS DESDE LA FECHA DE ENVÍO DE LA MISMA, ESTE ÚLTIMO PODRÁ DAR POR RESCINDIDO EL CONTRATO, QUEDANDO SIN EFECTO. EN ESTE ÚLTIMO CASO, LA RESCISIÓN SE PRODUCIRÁ A LA EXPIRACIÓN DEL PLAZO DE TREINTA DÍAS CONTADO DESDE LA FECHA DE ENVÍO DE LA RESPECTIVA COMUNICACIÓN. SI EL SINIESTRO SE HA PRODUCIDO SIN QUE EL ASEGURADO, O EL CONTRATANTE EN SU CASO, HUBIEREN EFECTUADO LA DECLARACIÓN SOBRE LA AGRAVACIÓN DE LOS RIESGOS SEÑALADA EN EL INCISO PRIMERO, EL ASEGURADOR QUEDARÁ EXONERADO DE SU OBLIGACIÓN DE PAGAR LA INDEMNIZACIÓN RESPECTO DE LAS COBERTURAS DEL SEGURO AFECTADAS POR EL AGRAVAMIENTO.

NO OBSTANTE, EN CASO QUE LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO HUBIERA CONDUcido AL ASEGURADOR A CELEBRAR EL CONTRATO EN CONDICIONES MÁS ONEROSAS PARA EL ASEGURADO, LA INDEMNIZACIÓN SE REDUCIRÁ PROPORCIONALMENTE A LA DIFERENCIA ENTRE LA PRIMA CONVENIDA Y LA QUE SE HUBIERA APLICADO DE HABERSE CONOCIDO LA VERDADERA ENTIDAD DEL RIESGO.

ESTAS SANCIONES NO SE APLICARÁN SI EL ASEGURADOR, POR LA NATURALEZA DE LOS RIESGOS, HUBIERE DEBIDO CONOCERLOS Y LOS HUBIERE ACEPTADO EXPRESA O TÁCITAMENTE. SALVO EN CASO DE AGRAVACIÓN DOLOSA DE LOS RIESGOS, EN TODAS LAS SITUACIONES EN QUE, DE ACUERDO A LOS INCISOS ANTERIORES, HAYA LUGAR A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, EL ASEGURADOR DEBERÁ DEVOLVER AL ASEGURADO LA PROPORCIÓN DE PRIMA CORRESPONDIENTE AL PERÍODO EN QUE, COMO

CONSECUENCIA DE ELLA, QUEDE LIBERADO DE LOS RIESGOS. PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE CLÁUSULA, EL ASEGURADOR DEBERÁ COMUNICAR AL ASEGURADO LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, LA QUE SE PRODUCIRÁ DENTRO DE LOS PLAZOS INDICADOS EN EL ARTÍCULO 526 INCISO SEGUNDO DEL CÓDIGO DE COMERCIO, ESTO ES, A LA EXPIRACIÓN DEL PLAZO DE TREINTA DÍAS CONTADOS DESDE EL ENVÍO DE LA RESPECTIVA COMUNICACIÓN DE TÉRMINO DEL SEGURO. PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE CLÁUSULA, EL ASEGURADOR DEBERÁ COMUNICAR AL ASEGURADO LA OPCIÓN DE CAMBIO DE CONDICIONES DE COBERTURA O ADECUACIÓN DE LA PRIMA.

TERCERO: DECLARACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

EL PRESENTE CONTRATO FUE CELEBRADO EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES COMPLETADAS POR EL ASEGURADO, CONTRATANTE O TOMADOR, EN EL CUESTIONARIO SOBRE EL RIESGO ASEGURADO, Y EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 524 NÚMERO 1º Y 525 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. EL INCUMPLIMIENTO CULPOSO O INEXCUSABLE DEL DEBER DE RESPONDER DEL ASEGURADO, CONTRATANTE O TOMADOR, DEJARÁ SIN EFECTO DEL CONTRATO EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 525 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

EN EL CASO DE DOLO O MALA FE EN LA DECLARACIÓN O RESPUESTAS AL CUESTIONARIO SOBRE EL RIESGO ASEGURADO PROCEDERÁ LA SANCIÓN PREVISTA EN EL ARTÍCULO 539 DEL REFERIDO CÓDIGO.

NO OBSTANTE, LO SEÑALADO, EN EL CASO DE INCUMPLIR EL ASEGURADO, CONTRATANTE O TOMADOR EL DEBER DE RESPONDER EL CUESTIONARIO SIN CULPA EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 524 NÚMERO 1º Y 525 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, PODRÁ EL ASEGURADOR PROPONER UNA MANTENCIÓN DEL CONTRATO MEDIANTE UNA ADAPTACIÓN DE LA PRIMA O DE LAS CONDICIONES DE COBERTURA INICIALMENTE PACTADAS.

SÍ HA OCURRIDO EL SINIESTRO, EL ASEGURADO, CONTRATANTE O TOMADOR, TENDRÁ DERECHO A UNA REBAJA DE LA INDEMNIZACIÓN EN PROPORCIÓN A LA DIFERENCIA ENTRE LA PRIMA PACTADA Y LA QUE SE HUBIESE CONVENIDO EN EL CASO DE CONOCER EL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL INCISO 40 DEL ARTÍCULO 525 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE CLÁUSULA, EL ASEGURADOR DEBERÁ COMUNICAR AL ASEGURADO LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, LA QUE SE PRODUCIRÁ DENTRO DE LOS PLAZOS INDICADOS EN EL ARTÍCULO 525 INCISO TERCERO DEL CÓDIGO DE COMERCIO, ESTO ES, A LA EXPIRACIÓN DEL PLAZO DE TREINTA DÍAS CONTADOS DESDE EL ENVÍO DE LA RESPECTIVA COMUNICACIÓN DE TÉRMINO DEL SEGURO, SALVO PARA EL CASO DE LA SANCIÓN DE NULIDAD PREVISTA EN EL ARTÍCULO 539 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, QUE REQUIERE DECLARACIÓN JUDICIAL. PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE CLÁUSULA, EL ASEGURADOR DEBERÁ COMUNICAR AL ASEGURADO LA OPCIÓN DE CAMBIO DE CONDICIONES DE COBERTURA O ADECUACIÓN DE LA PRIMA.

CUARTO: TERMINACIÓN POR NO PAGO DE PRIMA

LA FALTA O SIMPLE RETARDO EN EL 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 Y DARÁ DERECHO A AQUEL PARA EXIGIR QUE SE LE PAGUE LA PRIMA

DEVENGADA HASTA LA FECHA DE TERMINACIÓN Y LOS GASTOS DE FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO, SEGÚN LO DISPONE EL ARTÍCULO 528 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

NO TERMINARÁ EL CONTRATO, SI DENTRO DEL PLAZO INDICADO, EL ASEGURADO ENTERA O PAGA EL SALDO INSOLUTO DE LA PRIMA. PRODUCIDA LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR POR LOS SINIESTROS POSTERIORES CESARÁ DE PLENO DERECHO, SIN NECESIDAD DE DECLARACIÓN JUDICIAL ALGUNA.

QUINTO: DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

EN EL CASO DE SINIESTRO, EL ASEGURADO, CONTRATANTE O TOMADOR, SEGÚN LOS CASOS, DEBE:

A) EN EL CASO DE UN SINIESTRO QUE AFECTE LA COBERTURA DE "RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CASOS DE MUERTE" DAR AVISO A LA COMPAÑÍA EN TIEMPO RAZONABLE DE TODO RECLAMO INDEMNIZATORIO DE TERCEROS.

B) EN EL CASO DE UN SINIESTRO QUE AFECTE LA COBERTURA DE "ACCIDENTES PERSONALES" NOTIFICAR AL ASEGURADOR, DENTRO DEL PLAZO DE 180 DÍAS O TAN PRONTO SEA POSIBLE UNA VEZ TOMADO CONOCIMIENTO, DE LA OCURRENCIA DE CUALQUIER HECHO QUE PUEDA CONSTITUIR O CONSTITUYA UN SINIESTRO, ESTO ES, UN HECHO DAÑOSO CONTEMPLADO Y CUBIERTO EN ESTA PÓLIZA.

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

– LAS DEMÁS QUE INDIQUE LA LEY.

SEXTO: TERMINACIÓN ANTICIPADA

EL ASEGURADOR PODRÁ PONER TÉRMINO ANTICIPADAMENTE AL CONTRATO, EN LOS TÉRMINOS DISPUESTOS EN EL ARTÍCULO 537 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. LA COMPAÑÍA DEBERÁ EXPRESAR EN LA RESPECTIVA COMUNICACIÓN ENVIADA AL ASEGURADO, CONTRATANTE O TOMADOR, SEGÚN EL CASO, LAS CAUSAS QUE MOTIVEN O JUSTIFICAN EL TÉRMINO DEL SEGURO.

ADEMÁS DE LAS CAUSALES LEGALES DE TÉRMINO ANTICIPADO, Y SÓLO A MODO EJEMPLAR, Y SIN QUE LA SIGUIENTE ENUNCIACIÓN SEA CONSIDERADA COMO TAXATIVA O EXCLUYENTE DE OTRAS CAUSALES, LA COMPAÑÍA PODRÁ PONER TÉRMINO ANTICIPADO A ESTE SEGURO EN RAZÓN DE CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DEL RIESGO CUBIERTO. LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO SE PRODUCIRÁ A LA EXPIRACIÓN DEL PLAZO DE TREINTA DÍAS CONTADO DESDE LA FECHA DE ENVÍO DE LA RESPECTIVA COMUNICACIÓN AL ASEGURADO, CONTRATANTE O TOMADOR.

EL ASEGURADO PODRÁ PONER FIN ANTICIPADO AL CONTRATO, SALVO LAS EXCEPCIONES LEGALES, COMUNICÁNDOLO AL ASEGURADOR. PRODUCIDA LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, LA PRIMA SE REDUCIRÁ EN FORMA PROPORCIONAL AL PLAZO CORRIDO, Y EL ASEGURADOR DEBERÁ PONER EL IMPORTE DE PRIMA NO DEVENGADA, A DISPOSICIÓN DEL QUIEN CORRESPONDA, DE INMEDIATO.

NO SE PROCEDERÁ A LA RESTITUCIÓN DE PRIMA, EN CASO DE HABER OCURRIDO UN SINIESTRO DE PÉRDIDA TOTAL, SEGÚN LO DISPONE EL INCISO FINAL DEL ARTÍCULO 537 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

SÉPTIMO: COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

LAS COMUNICACIONES DEL ASEGURADOR AL CONTRATANTE, TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, PODRÁN ENVIARSE POR MEDIOS ELECTRÓNICOS O TECNOLÓGICOS, GARANTIZANDO SU RECEPCIÓN Y LA POSIBILIDAD DE ALMACENAMIENTO O IMPRESIÓN.

PARA LOS EFECTOS SEÑALADOS EN EL PÁRRAFO ANTERIOR EL CONTRATANTE, TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO DEBERÁ INFORMAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SOBRE SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. A SU FALTA, EL ASEGURADOR DEBERÁ COMUNICAR POR ESCRITO, MEDIANTE CARTA ENVIADA AL DOMICILIO DEL CONTRATANTE, TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

EL ASEGURADO DEBE COMUNICAR AL ASEGURADOR DE CUALQUIER MODIFICACIÓN DE SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO O DOMICILIO CONVENCIONAL INFORMADO AL CONTRATAR ESTE SEGURO. LAS COMUNICACIONES QUE ENVÍE EL CONTRATANTE, TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO DEBERÁN SER POR ESCRITO, Y REMITIDAS AL DOMICILIO DEL ASEGURADOR INDICADO EN LA PÓLIZA.

OCTAVO: SUBROGACIÓN

POR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, EL ASEGURADOR SE SUBROGA DE PLENO DERECHO EN LOS DERECHOS Y ACCIONES QUE EL ASEGURADO TENGA EN CONTRA DE TERCEROS EN RAZÓN DEL SINIESTRO, SEGÚN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN ESTE CONDICIONADO Y EN EL ARTÍCULO 534 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

NOVENO: REAJUSTE DE VALORES

EL CAPITAL ASEGURADO Y EL MONTO DE LA PRIMA SE EXPRESARÁN EN MONEDA EXTRANJERA, EN UNIDADES DE FOMENTO U OTRA UNIDAD REAJUSTABLE AUTORIZADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS, QUE SE ESTABLEZCA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO. EL VALOR DE LA UNIDAD DE FOMENTO O DE LA UNIDAD REAJUSTABLE SEÑALADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, QUE SE CONSIDERARÁ PARA EL PAGO DE PRIMA Y BENEFICIOS, SERÁ EL VIGENTE AL MOMENTO DE SU PAGO EFECTIVO. SI LA MONEDA O UNIDAD ESTIPULADA DEJARE DE EXISTIR, SE APLICARÁ EN SU LUGAR AQUELLA QUE OFICIALMENTE LA REEMPLACE, A MENOS QUE EL CONTRATANTE NO ACEPTARE LA NUEVA UNIDAD Y LO COMUNICARE ASÍ A LA COMPAÑÍA DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN QUE ÉSTA LE HICIERE SOBRE EL CAMBIO DE UNIDAD, EN CUYO CASO SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

DÉCIMO: EXONERACIÓN DEL ASEGURADOR DE SU OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR

SALVO LOS CASOS EXPRESAMENTE REGULADOS EN ESTE CONDICIONADO, CUALQUIER INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO, CONTRATANTE O TOMADOR DEL SEGURO DE LAS OBLIGACIONES, CARGAS O DEBERES CONTENIDAS EN ESTE CONTRATO, PROVOCARÁ LA EXONERACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR EN EL CASO DE OCURRENCIA DE UN SINIESTRO. NO OBSTANTE, LA COMPAÑÍA PODRÁ ADEMÁS, PONER TÉRMINO ANTICIPADO AL CONTRATO SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULO 537 Y 539 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

DÉCIMO PRIMERO: EFECTOS DE LA PLURALIDAD DE SEGUROS

SI AL MOMENTO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO QUE CAUSE PÉRDIDAS O DAÑOS

AMPARADOS POR ESTE SEGURO Y EXISTIEREN OTRO U OTROS SEGUROS SOBRE LA MISMA MATERIA, INTERÉS Y RIESGO, EL ASEGURADO PODRÁ RECLAMAR A CUALQUIERA DE LOS ASEGURADORES EL PAGO DEL SINIESTRO, SEGÚN EL RESPECTIVO CONTRATO, Y A CUALQUIERA DE LOS DEMÁS, EL SALDO NO CUBIERTO. EL CONJUNTO DE LAS INDEMNIZACIONES RECIBIDAS POR EL ASEGURADO, NO PODRÁ EXCEDER DEL INTERÉS ASEGURADO.

DÉCIMO SEGUNDO: 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 POR UN ÁRBITRO ARBITRADOR, NOMBRADO DE COMÚN ACUERDO POR LAS PARTES CUANDO SURJA LA DISPUTA.

SI LOS INTERESADOS NO SE PUSIEREN DE ACUERDO EN LA PERSONA DEL ÁRBITRO, ÉSTE SERÁ DESIGNADO POR LA JUSTICIA ORDINARIA Y, EN TAL CASO, EL ÁRBITRO TENDRÁ LAS FACULTADES DE ARBITRADOR EN CUANTO AL PROCEDIMIENTO, DEBIENDO DICTAR SENTENCIA CONFORME A DERECHO.
EN NINGÚN CASO PODRÁ DESIGNARSE EN EL CONTRATO DE SEGURO, DE ANTEMANO, A LA PERSONA DEL ÁRBITRO.

EN LAS DISPUTAS ENTRE EL ASEGURADO Y EL ASEGURADOR QUE SURJAN CON MOTIVO DE UN SINIESTRO CUYO MONTO SEA INFERIOR A 10.000 UNIDADES DE FOMENTO, EL ASEGURADO PODRÁ OPTAR POR EJERCER SU ACCIÓN ANTE LA JUSTICIA ORDINARIA, EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 543 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. NO SERÁN APLICABLES AL CONTRATO DE SEGURO LAS REGLAS SOBRE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTENIDAS EN LA LEY 19.496.

DÉCIMO TERCERO: DOMICILIO
PARA LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGURO, LAS PARTES FIJAN COMO DOMICILIO EL INDICADO POR EL ASEGURADO, CONTRATANTE, TOMADOR O BENEFICIARIO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 543 INCISO 5O DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

NOTA
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.

CONDICIONES DE PAGO
02 CUOTAS.

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 (CMF). 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 Superintendencia de Valores y Seguros (CMF) 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 (CMF)

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 PETICION DE ANTECEDENTES

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo 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 de Valores y Seguros (CMF), 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 N° 2131 Superintendencia de Valores y Seguros (CMF)

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 atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

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

El interesado, en caso de disconformidad respecto de los informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros (CMF), Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.