

SEGURO DE VIDA SIN VALORES GARANTIZADOS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 220131805

ARTÍCULO 1° - REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el 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.

La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la compañía aseguradora o asegurador, y en base a la información que le ha entregado la compañía aseguradora al asegurado respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente póliza. La presente póliza genera derechos y obligaciones para el asegurado y asegurador.

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

ARTÍCULO 2° - TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas por esta póliza y que no pertenecen a la compañía aseguradora, estarán reservados al contratante, salvo que en las condiciones particulares se hubiere convenido lo contrario.

ARTÍCULO 3° - INTERÉS ASEGURABLE

Es aquel que tiene el asegurado en la no realización del riesgo. El asegurado debe tener un interés asegurable, actual o futuro, respecto al asegurado. En todo caso es preciso que tal interés exista al momento de ocurrir el siniestro. Si el interés no llegare a existir, o cesare durante la vigencia del seguro, el contrato terminará a contar de fecha de inicio de la inexistencia del interés asegurable, cesando así cualquier responsabilidad de la compañía aseguradora sobre el asegurado y, así mismo, el asegurado tendrá derecho a la restitución de la parte de la prima no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no cubierto.

ARTÍCULO 4° - DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

El contratante podrá instituir, para cobrar el importe de este seguro en caso de fallecimiento del asegurado, a una o más personas, individualizándolas en las condiciones particulares de esta póliza. Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo mención en contrario. A falta de beneficiarios instituidos por el contratante, el monto de la indemnización se pagará a los herederos testamentarios del asegurado, en los porcentajes establecidos en el testamento o la ley, o, a falta de herederos testamentarios, al cónyuge sobreviviente y a los herederos intestados del asegurado, por partes iguales. El cónyuge y los herederos, en estos casos, serán considerados beneficiarios para todos los efectos del presente contrato.

El contratante podrá cambiar de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso, deberá contar con su consentimiento, manifestado por escrito a la compañía aseguradora. La compañía aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, o a los designados en testamento, el que fuera de fecha posterior conforme al artículo 593 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 5° - COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

En los términos de la presente póliza, el capital asegurado señalado en las condiciones particulares será pagado por la compañía aseguradora a los beneficiarios después del fallecimiento del asegurado, si ocurre durante la vigencia de la póliza. Si el asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de la póliza, no habrá derecho a indemnización alguna. La prima se devengará hasta la fecha de vencimiento de la póliza o hasta la fecha de fallecimiento del asegurado, si éste ocurre antes.

La duración de ésta póliza es de 1 año, contado desde la fecha inicial de vigencia. Sin embargo, si el asegurado no manifestare su opinión en contrario, la póliza se renovará automáticamente por igual período y la compañía aseguradora establecerá las primas de acuerdo con el capital asegurado señalado en las condiciones particulares de la póliza y la edad alcanzada por el asegurado, las que deberán ser pagadas hasta el vencimiento del nuevo período de pago de primas y así sucesivamente.

ARTÍCULO 6° - CLÁUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO 7° - DERECHO DE CONVERSIÓN

Estando esta póliza vigente, sólo el contratante tendrá derecho a cambiar la cobertura, cuando lo estime conveniente, sin requisitos de asegurabilidad, siempre que no lo haga a una de mayor capital asegurado o plazo distinto, y pague la diferencia de prima que corresponda a la nueva cobertura, incluido el monto requerido para completar la reserva matemática que corresponda.

ARTÍCULO 8° - EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado fuere causado por:

a) Suicidio, automutilación, o autolesión. No obstante, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que, hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro, desde su rehabilitación o desde el aumento de capital asegurado. En éste último caso el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital asegurado.

b) Pena de muerte o por participación en cualquier acto delictivo.

c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización

d) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.

g) Realización o participación en una actividad riesgosa, considerándose como tales aquellas que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo y/o se requiera de medidas de protección y/o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin ser restrictivos en su enumeración, se considera riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajo, deporte o actividad en altura superior a 20 metros o líneas de alta tensión, inmersión submarina a más de 30 metros de profundidad, paracaidismo, alas delta, benji, parapente, andar en cuatrimoto o motocicleta, como conductor o pasajero, carreras de auto, montañismo sobre 3.000 metros del nivel del mar, vuelos no regulares como conductor o pasajero, carreras de caballo, ski fuera de canchas habilitadas, etc.

i) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

j) Conducción de algún vehículo motorizado cuando el asegurado se encuentre bajo la influencia de cualquier droga que produzca efectos desinhibidores, alucinógenos, somníferos o en estado de ebriedad. Para efectos de esta exclusión se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad cuando posea un resultado igual o superior a 0.8 gramos de alcohol por mil gramos de sangre al momento del accidente. Para estos efectos se establece que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende 0.11 gramos por mil cada hora.

ARTÍCULO 9° - PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima será pagada en forma anticipada en la oficina principal de la compañía aseguradora o en los lugares que ésta designe y mensualmente, salvo que en las condiciones particulares se establezca una modalidad diferente. La compañía aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días, salvo que en las condiciones particulares se establezca un plazo diferente, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si el asegurado fallece durante dicho plazo de gracia, se deducirá del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

Si al vencimiento del plazo de gracia, no ha sido pagada la prima vencida, se producirá la terminación del contrato, la cual, se hará efectiva a contar del plazo de 15 días, contados desde la fecha de envío de la comunicación que, con este objeto, haya enviado la compañía aseguradora al contratante y dará el derecho a la compañía aseguradora, para exigir que se le pague la prima devengada hasta la terminación y los gastos de formalización del contrato que se definan en las condiciones particulares conforme lo establecido en el artículo 528 del Código de Comercio.

Producida la terminación, la responsabilidad de la compañía aseguradora por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna. La prima del presente seguro por concepto de indemnización en caso de fallecimiento como el capital mismo asegurado indicado para ese caso en las condiciones particulares de esta póliza, se expresan en la unidad reajutable que se señala en dichas condiciones, y se reajustarán conforme la variación que experimente dicha unidad y según sea la edad alcanzada de cada asegurado, según tabla de ajuste indicada en las condiciones particulares.

ARTÍCULO 10° - MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato se expresarán en moneda extranjera, en unidades de fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las condiciones particulares. El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajutable señalada en las condiciones particulares, que se considerará para el pago de prima y beneficios, será el vigente al momento de su pago efectivo. La misma regla será aplicable a la devolución de prima que correspondiere. Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la compañía aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 11° - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado conforme al artículo 524 del Código de Comercio estará obligado a:

- 1° Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador o compañía aseguradora para identificar los riesgos a que se encuentra expuesto el asegurado y apreciar la extensión de los mismos;
- 2° Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen al mismo asegurado;
- 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 o compañía aseguradora sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio;
- 6° Notificar a la compañía aseguradora, 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 o contratante y el asegurado son personas distintas, corresponde al tomador o contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del tomador o contratante podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 12° - DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la compañía aseguradora para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la compañía aseguradora para estos fines. La veracidad de las declaraciones hechas por los asegurados en la propuesta o solicitud de Seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de Seguro.

En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información solicitada por la compañía aseguradora, ésta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no fueron determinantes del riesgo asegurado, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas.

Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, el asegurador tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo. La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en base a circunstancias por él conocidas y consultadas por la compañía aseguradora en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro.

La compañía aseguradora se obliga a proporcionar los medios para efectuar estas declaraciones y comunicaciones por parte del asegurado.

ARTÍCULO 13° - AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Tanto el asegurado como el contratante deberán entregar a la compañía de seguros, información confidencial o no de cualquier Médico, Enfermera, Psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros o a cualquier otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud para la correcta liquidación del siniestro. Para lo anterior, la compañía aseguradora desde ya está facultada para solicitar tales documentos.

ARTÍCULO 14° - DENUNCIA DE SINIESTROS

JUSTIFICACIÓN: Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la cantidad reclamada y deberán proporcionar las pruebas necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente o enfermedad que requiere hospitalización, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de dicho accidente o enfermedad. En caso de no cumplirse con este requisito, la responsabilidad del asegurador con respecto del asegurado o beneficiarios emanada de esta póliza, cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo. La compañía aseguradora se reserva el derecho a solicitar a las autoridades competentes, y a su costa, que efectúe una autopsia en caso de muerte del asegurado. Si el beneficiario se negare a permitir dicha autopsia o la retardase en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.

NOTIFICACIÓN Y PLAZO: Cuando se produzca un accidente o enfermedad que requiere hospitalización, éste se deberá poner en conocimiento del asegurador por escrito dentro del plazo de treinta (30) días contado desde su ocurrencia, para lo cual se deberá llenar además un formulario proporcionado por el asegurador, 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.

ARTÍCULO 15° - PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO

La obligación de pagar el Capital Asegurado deberá ser cumplida por la compañía aseguradora en un sólo acto, por su valor total y en dinero, a menos que los beneficiarios, o el asegurado en su caso, opten porque ese valor se destine, total o parcialmente, al pago de una prima única de un seguro de renta vitalicia, temporal u otro seguro que se contrate para este efecto, los que deben estar registrados en la Superintendencia de Valores y Seguros. La opción establecida en este artículo podrá ser ejercida por el contratante al designar o cambiar beneficiarios, en cuyo caso éstos carecerán de la facultad de optar. En todo caso, de la liquidación de esta póliza será deducida cualquier deuda que con la compañía aseguradora tuvieren el contratante o el asegurado.

ARTÍCULO 16° - LIQUIDACIÓN DE LA PÓLIZA

Al fallecimiento del asegurado, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago del capital asegurado presentando los siguientes antecedentes:

- a) Certificado de Defunción del asegurado;
- b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado, y
- c) Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad del asegurador.

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 5° precedente, si la edad del asegurado fuese mayor a la declarada o a la señalada en las condiciones particulares, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado reducido en proporción al monto de la prima recibida. Si, además, el asegurado hubiere tenido más de sesenta y cinco (65) años de edad al momento de contratarse el seguro, la compañía aseguradora sólo devolverá al contratante la prima recibida, sin intereses y descontando el valor de las comisiones y gastos. Si la edad fuese menor que la declarada, se pagará el capital asegurado y se devolverá el exceso de prima recibida, sin intereses.

ARTÍCULO 17° - TERMINACIÓN

El inicio de vigencia de este seguro, será el indicado en las condiciones particulares de la póliza. Este seguro terminará, en el momento que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Fallecimiento del asegurado.

- b) Si el contratante falleciere estando esta póliza en vigencia, se producirá la terminación del contrato, a menos que el asegurado, si fuese persona distinta, se hiciera cargo de sus obligaciones antes del término del período de gracia conferido para el pago de la prima, y en tal caso ejercerá también los derechos, facultades y opciones que esta póliza reconoce al contratante, ocupando su lugar para todos los efectos del contrato.
- c) Solicitud por parte del asegurado del término del contrato.
- d) Cuando se cumpla el plazo de vigencia o cuando el asegurado cumpla la edad estipulada en las condiciones particulares de la póliza.
- e) A partir del momento en que no se cancele la prima en la forma establecida en las condiciones particulares. En ese caso, se concederá un período de gracia estipulado en las condiciones particulares de la póliza, durante el cual la póliza permanecerá vigente. Si transcurrido dicho período de gracia el asegurado no ha abonado la prima estipulada en las condiciones particulares de la póliza y si no ha pagado a la compañía aseguradora lo adeudado por concepto de costo de coberturas, costo incremental de coberturas y gastos de la compañía aseguradora, la compañía aseguradora enviará carta de terminación del seguro al asegurado, produciéndose el término del seguro 15 días después de enviada dicha carta.
- f) En caso que el asegurado no aceptare la nueva moneda o unidad de contrato de acuerdo a lo establecido en el artículo 10 del presente condicionado.
- g) Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso el asegurado tendrá derecho a la restitución de la parte de la prima pagada no ganada por la compañía aseguradora correspondiente al tiempo no corrido.

ARTÍCULO 18° - REHABILITACIÓN

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de dicha terminación anticipada. A tal efecto, deberá acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la compañía aseguradora y pagar toda la prima vencida y reserva matemática cuando corresponda, los gastos que origine la rehabilitación y demás cantidades que adeudare a la compañía. La sola entrega a la compañía aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar la póliza si previamente no ha habido aceptación escrita de la compañía a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante.

El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la compañía de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 19° - NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS

El contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador información sustancialmente falsa al prestar la declaración a que se refiere el número 1° del artículo 11 del presente condicionado y se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro.

En dichos casos, pronunciada la nulidad o la resolución del seguro, el asegurador podrá retener la prima o demandar su pago y cobrar los gastos que le haya demandado acreditarlo, aunque no haya corrido riesgo alguno, sin perjuicio de la acción criminal. Esta póliza se encuentra sujeta al artículo 470 del Código Penal, que en su punto 10° establece que a los que maliciosamente obtuvieren para sí, o para un tercero, el pago total o parcialmente indebido de un seguro, sea simulando la existencia de un siniestro, provocándolo intencionalmente, presentándolo ante el asegurador como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando la cosa asegurada o aumentando fraudulentamente las pérdidas efectivamente sufridas. Si no se verifica el pago indebido por causas independientes de su voluntad, se aplicará el mínimo o, en su caso, el grado mínimo de la pena. La pena se determinará de acuerdo con el monto de lo indebidamente solicitado.

ARTÍCULO 20° - COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía aseguradora y el contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá realizarse por correo electrónico u otro medio electrónico o no, registrado para estos efectos en las condiciones particulares o certificados correspondientes, según sea el caso, la cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante, asegurado o beneficiario haya dado lectura al mismo.

Asimismo el contratante, asegurado y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo de su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.

Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la compañía aseguradora podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio de la compañía aseguradora o al último domicilio del contratante, registrado en las condiciones particulares de la póliza.

Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo. Las comunicaciones dirigidas a la compañía aseguradora deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la compañía aseguradora.

ARTÍCULO 21° - ARBITRAJE Y 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. Sin embargo, el asegurado o el beneficiario podrán por sí solos someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros, las resoluciones de las dificultades que se produzcan con la compañía aseguradora cuando el monto de la indemnización reclamada no sea superior a 120 Unidades de Fomento.

ARTÍCULO 22° - DOMICILIO

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro el del domicilio del beneficiario conforme al artículo 543 del Código de Comercio.

CLAÚSULA ADICIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 3 2021 0003

ARTÍCULO 1° - COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables y acostumbrados efectivamente incurridos por el asegurado, en los términos y condiciones establecidas en ésta cláusula adicional.

Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a las coberturas contratadas, las cuales estarán expresamente señaladas en las condiciones particulares de esta cláusula adicional, de acuerdo a los porcentajes y límites allí expresados.

Las coberturas descritas en el artículo segundo de estas condiciones generales, podrán ser ofrecidas por la compañía aseguradora en forma conjunta, o bien, por separado.

El asegurado podrá solicitar los reembolsos de los gastos médicos que correspondan por las prestaciones en que incurra durante el período en que se encuentre amparado por esta cláusula adicional, y siempre que ésta se encuentre vigente a esa fecha.

ARTÍCULO 2° - DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Se otorgará cobertura a los gastos médicos y hospitalarios incurridos por el asegurado, tanto dentro como fuera del país, conforme se señale en las condiciones particulares.

Se entenderá que tienen cobertura todos aquellos beneficios que tengan asignado un monto o porcentaje de reembolso en el cuadro de beneficios de salud, el cual forma parte de las condiciones particulares de esta póliza.

Los beneficios o prestaciones cubiertas o contratadas, los porcentajes de reembolso, el monto máximo de reembolso, el deducible, las carencias y el período de acumulación, los cuales pueden o no estar restringidos a una o más personas, se detallan expresamente en el cuadro de beneficios de salud, el cual forma parte de las condiciones particulares de la póliza.

Si en las condiciones particulares de esta cláusula adicional se hubiese estipulado un deducible, la compañía aseguradora reembolsará los gastos que excedan del deducible.

En virtud de esta cláusula adicional las coberturas que otorga la compañía aseguradora, son las que se indican a continuación:

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN:

Gastos provenientes de prestaciones realizadas durante una hospitalización mayor a veinticuatro (24) horas, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

- a) Días cama de hospitalización: Gasto por habitación, alimentación y atención en general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.
- b) Servicios hospitalarios: Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos especiales; equipos; insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento médico.
- c) Honorarios médicos quirúrgicos: Los honorarios de profesionales médicos y arsenaleras que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.
- d) Cirugía dental por accidente: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que esta se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y este beneficio esté vigente. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
- e) Servicio de ambulancia terrestre para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio de cincuenta (50) kilómetros.

B) BENEFICIO AMBULATORIO:

Gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente a continuación y que se relacionan con un mismo evento:

- a) Cirugía Ambulatoria;
- b) Consultas médicas;

- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluye tratamiento ambulatorio relacionado con cáncer y diálisis;
- d) Exámenes de Laboratorio;
- e) Radiografías;
- f) Radioterapia;
- g) Quimioterapia Ambulatoria.

C) BENEFICIO EN EL EXTRANJERO:

Este beneficio cubre los gastos efectivamente incurridos en el extranjero, siempre que el asegurado esté afiliado a una Isapre, y que dicha institución le otorgue cobertura en el extranjero. La bonificación para los gastos se regirá de acuerdo a lo siguiente:

- a) De no existir tratamiento o experiencia suficiente para tratar la condición en Chile.
- b) De presentarse una situación de emergencia o enfermedad aguda mientras el asegurado se encuentre fuera del país.
- c) Para ambas condiciones (puntos 1 y 2), la póliza no cubre condiciones preexistentes.

Estas coberturas podrán ser contratadas como un todo o selectivamente cada una de ellas, lo que deberá quedar expresamente señalado en las condiciones particulares de esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 3° - EXCLUSIONES

Este adicional no cubre los gastos médicos señalados en el artículo anterior, cuando ellos provengan o se originen por:

- a) La hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos.
- b) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.
- c) Los tratamientos estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones.
- d) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por esta cláusula adicional.
- e) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida - SIDA -, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- f) Lesión o enfermedad causada por:
 - i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
 - ii. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
 - iii. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
 - iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.
 - v. Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.
 - vi. Fusión y fisión nuclear.
- g) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general que no sean a causa de lesiones provenientes de un accidente.
También se excluirán los tratamientos maxilofaciales que no sean consecuencia de lesiones provenientes de un accidente.
- h) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos.
- i) Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los otorgados en el punto A) del artículo 2, beneficios de hospitalización.
- j) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad.
- k) La atención particular y o privada de enfermería, dentro o fuera del recinto hospitalario.
- l) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- m) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- n) Embarazos, partos y sus consecuencias y complicaciones, de acuerdo a lo señalado en la letra t) de este artículo 3.
- o) Epidemias o pandemias. No está cubierto el gasto médico asociado al tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica, así como tampoco están cubiertas los gastos médicos relacionados con las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados

con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica. Se entenderá por enfermedad pandémica una nueva enfermedad infecciosa o una alteración de alguna anterior para la que la mayoría de las personas no tiene inmunidad y cuya propagación es de carácter mundial. Cuando la nueva enfermedad infecciosa o alteración de una anterior, para la que la mayoría de las personas no tiene inmunidad, se propaga en una región o en una población determinada, entonces se trata de una enfermedad epidémica.

- p) Tratamientos de esterilidad y fertilidad.
- q) La práctica de actividades, profesiones, oficios o deportes riesgosos que pongan en peligro la vida y/o la integridad física de las personas como, por ejemplo, automovilismo, aviación civil, paracaidismo, alas delta, parapente, buceo, motociclismo, montañismo, etc. hayan sido declarados o no por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.
- r) Las actividades deportivas profesionales.
- s) Obesidad mórbida, trastornos de la talla o de crecimiento y/o delgadez.
- t) Tratamiento, práctica quirúrgica y medicación experimental.
- u) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general, que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de contratación de la cobertura de esta cláusula adicional. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación, la compañía aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza. Este consentimiento no se aplicará a los seguros contratados a favor de los trabajadores o de afiliados a servicios de bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por estos.
- v) Cualquier prestación relacionada con Estética.

ARTÍCULO 4° - GASTOS EFECTIVAMENTE INCURRIDOS

Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta cláusula adicional, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones.

El asegurado tendrá obligación de informar a la compañía aseguradora, al momento de contratar la póliza o al tiempo que le sean conferidos si es posterior, la existencia de otros beneficios convencionales o legales que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por la presente cláusula adicional, como asimismo, de su afiliación a alguna institución de salud previsional, Isapre o Fonasa.

Los beneficios de esta cláusula adicional no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta cláusula adicional no cubrirá los gastos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTÍCULO 5° - MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO

El monto máximo de reembolso será el indicado en las condiciones particulares. Este monto máximo será único, no renovable y tendrá una vigencia equivalente a la vigencia de esta cláusula adicional. Durante esta vigencia, se cubrirán todos los siniestros ocurridos durante la misma, hasta agotar dicho monto máximo. Así, en el caso de que un único siniestro ascienda precisamente a una suma equivalente al monto máximo de reembolso, no podrán ser cubiertos los siniestros posteriores, pero si el gasto cubierto no agota el monto asegurado, los siniestros siguientes se cubrirán en la medida del monto que resta.

La compañía aseguradora sólo reembolsará el porcentaje y límite señalado en las condiciones particulares de esta cláusula adicional, por los gastos efectivamente incurridos por el asegurado por una o más prestaciones cubiertas por esta póliza, en la medida que tales gastos excedan el deducible que se hubiere estipulado.

Se entenderá que el inciso anterior será aplicable a cada evento que ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

ARTÍCULO 6° - CARENCIA

Esta cobertura tendrá una carencia de tres (3) meses contados desde su vigencia inicial o desde su rehabilitación.

ARTÍCULO 7° - DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

1. **Accidente:**
Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más incapacidades.
2. **Asegurado:**
 - El titular de la póliza, individualizado en las condiciones particulares.
 - El cónyuge, el conviviente civil y los hijos del titular, que sean solteros mayores de catorce (14) días hasta los dieciocho (18) años de edad, que habiendo solicitado su incorporación, hayan sido aceptados por la compañía aseguradora y se encuentren individualizados, en las condiciones particulares de esta cláusula adicional.
 - Los hijos solteros mayores de dieciocho (18) años y hasta los veinticuatro (24) años, siempre y cuando sean estudiantes de tiempo completo en un establecimiento educacional legalmente constituido, que habiendo solicitado su incorporación, hayan sido aceptados por la compañía aseguradora y se encuentren individualizados en las condiciones particulares de esta cláusula adicional.
3. **Deducible:**
Es el monto de los gastos cubiertos por esta cláusula adicional que serán siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto se establece en las condiciones particulares de esta cláusula adicional.
4. **Enfermedad:**
Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente reconocido.
5. **Evento:**
Todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal.
6. **Gastos Ambulatorios:**
Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento, es decir haya estado en un hospital por un período menor o igual a veinticuatro (24) horas.
7. **Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados:**
Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando, además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
8. **Hospital:**
Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las veinticuatro (24) horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.
9. **Hospitalización:**
Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.
10. **Incapacidad:**
 - Toda enfermedad o dolencia, y además toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requiera tratamiento médico.
 - Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola incapacidad.
 - Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad.

11. Situaciones o enfermedades preexistentes:

Cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la contratación de la cobertura de esta cláusula adicional.

12. Médico:

Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.

13. Carencia:

Período de espera, medido desde el inicio de la cobertura o rehabilitación de esta cláusula adicional, durante el cual el asegurado no tiene derecho a bonificación, indemnización o reembolso de parte de la compañía aseguradora, con excepción de los gastos médicos que sean consecuencia de un accidente ocurrido después de iniciada o rehabilitada la cobertura de esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 8° - DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Conforme lo dispone la ley, el asegurado del seguro debe declarar sinceramente todas las circunstancias necesarias para apreciar la extensión de los riesgos y de someterse a los reconocimientos médicos que correspondan. Consiguientemente, toda reticencia, falsedad o inexactitud en que incurra el asegurado en su declaración, tendrá como efecto el término anticipado del contrato y el rechazo del pago de los beneficios reclamados, si la evaluación del riesgo ha sido errónea por causa directa de tales reticencias, falsedades o inexactitudes.

ARTÍCULO 9° - REAJUSTE DE LA PRIMA

La prima de este adicional será ajustada anualmente, de acuerdo a la tarifa vigente y a la edad del asegurado al momento de la renovación del contrato.

ARTÍCULO 10° - DURACIÓN

Esta cláusula adicional, tendrá una duración de un año, contado desde su fecha de vigencia inicial.

Su renovación será automática al final del período de duración anual a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de carta certificada, y por lo menos con un mes de anticipación a la fecha de vencimiento anual.

En caso que algún asegurado se encuentre hospitalizado a la fecha de término de esta cláusula adicional, la compañía aseguradora seguirá cubriendo solamente aquellos gastos relacionados directamente con esa hospitalización y hasta un plazo máximo de sesenta (60) días, contados desde la fecha de término de este seguro.

ARTÍCULO 11° - AVISO DE SINIESTROS

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente cláusula adicional, el asegurado deberá informarlo a la compañía aseguradora, dentro de un plazo de sesenta (60) días, contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, independiente de la fecha de la prestación que lo origina, a través de formulario especial que la compañía aseguradora facilitará para tal efecto.

El cumplimiento extemporáneo de ésta obligación, hará perder los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, liberando a la compañía aseguradora del pago de la indemnización que habría correspondido.

ARTÍCULO 12° - REQUISITOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS

Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto por parte de la compañía aseguradora:

a) La entrega oportuna del asegurado a la compañía aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.

b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.

c) La entrega a la compañía aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación, como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

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

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

ARTÍCULO 13° - PAGO DE SINIESTROS

Denunciado un siniestro y cuantificada la pérdida, la compañía aseguradora efectuará el pago de la indemnización inmediatamente después de concluido el análisis de los antecedentes respectivos. En caso de requerirse mayores antecedentes sobre la procedencia y monto a reembolsar, se procederá conforme al procedimiento de liquidación establecido en el Título IV del D.S. N° 1.055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

El pago de la indemnización, se efectuará en las oficinas principales de la compañía aseguradora al respectivo asegurado o quién lo represente.

En caso que los gastos cuya devolución se esté solicitando se hubieran efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio oficial vendedor que exista a la fecha de pago, conforme el procedimiento establecido en el Título II de la Ley N° 18.010.

ARTÍCULO 14° - TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

Encontrándose la presente cláusula vigente, la cobertura terminará anticipadamente cuando el asegurado hubiese omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la compañía aseguradora, o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 15° - TÉRMINO DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las condiciones generales de la misma, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto:

- a) Por terminación anticipada del seguro principal.
- b) Cuando el asegurado titular comience a percibir los beneficios de algún adicional de invalidez que hubiere contratado, y que contemple la exoneración de pago de primas o el pago anticipado del capital del seguro principal.
- c) A partir de la fecha en que el asegurado titular cumpla sesenta y seis (66) años de edad, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización cubierta por esta cláusula adicional.

Terminada la vigencia de esta cláusula adicional, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.