

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y ASISTENCIA EN VIAJES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130985

ARTICULO 1°: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

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

ARTICULO 2°: COBERTURA

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

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

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

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

Cobertura adicional: Adicionalmente, la compañía se obliga a pagar las indemnizaciones, reembolsos y a efectuar las prestaciones que esta póliza contempla en favor de las personas aseguradas, respecto de una o varias contingencias que puedan sufrir durante un viaje y que se describen en los 28 numerales de la Alternativa F. de este artículo. El asegurado podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares, adicionalmente a alguna de las coberturas principales descritas de la letra A. a la letra E. del presente número, no siendo posible su contratación sin la contratación simultánea de alguna de estas últimas.

Las coberturas que podrán contratarse en virtud de la presente póliza, y que deberán quedar expresamente especificadas en las Condiciones Particulares, son las siguientes:

A. MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura la compañía aseguradora pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares de la póliza, en la forma, tiempo, periodicidad y condiciones estipuladas en las mismas, una vez recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del Asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura o dentro de algún periodo temporal de cobertura o dentro de la zona geográfica definida en caso de haberlo así solicitado el Tomador, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

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

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

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

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

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

B. DESMEMBRAMIENTO

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

1) 100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) y de una mano o un brazo;

2) 50% por la pérdida de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano o por la sordera completa de ambos oídos, por la ceguera total de un ojo en caso de que el Asegurado ya hubiera tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

- 3) 40% por pérdida de un pie;
- 4) 35% por la ceguera total de un ojo;
- 5) 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;
- 6) 20% por la pérdida de un pulgar;
- 7) 15% por la pérdida total del índice derecho e izquierdo.
- 8) 13% por la sordera completa de un oído;
- 9) 5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
- 10) 3% por la pérdida total de un dedo del pie;

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

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

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

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

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

En caso que la Compañía Aseguradora determine el rechazo de la indemnización por no concurrir los requisitos necesarios para calificar la incapacidad como total y permanente dos tercios (2/3) por accidente, el Asegurado podrá, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a dicha comunicación, requerir que la incapacidad sea evaluada por una Junta Médica compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por el Asegurado, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que

deberán encontrarse ejerciendo, o que haber ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de que la Compañía Aseguradora determine el rechazo de la indemnización por no concurrir los requisitos necesarios para calificar la incapacidad como total y permanente ochenta por ciento (80%) por

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

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

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

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

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

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

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

E. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

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

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

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

F. ASISTENCIA EN VIAJE.

El Contratante o Tomador podrá optar por una o más de las siguientes alternativas adicionales de coberturas de asistencia en viajes que a continuación se indican, las que deberán expresamente consignarse en las Condiciones Particulares, estableciéndose el monto máximo a cubrir para cada una de ellas:

Alternativa F1.- Asistencia médica por accidente o enfermedad del asegurado.

En el caso de lesión o enfermedad del asegurado la compañía sufragará los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, los honorarios médicos y los productos farmacéuticos prescritos por el facultativo que le atienda.

El límite máximo de esta prestación por asegurado, por todos los anteriores conceptos, y por viaje, será el indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Bajo ninguna circunstancia podrá contratarse esta cobertura con la descrita en la Alternativa E de la presente Póliza sobre "Reembolso de Gastos Médicos por Accidente" cuando se trate de viajes dentro del territorio nacional.

Alternativa F2.- Traslado o repatriación en caso de accidente ó enfermedad del asegurado.

La compañía financiará los gastos de traslado del asegurado, en ambulancia o en el medio que considere más idóneo el facultativo que lo atienda, hasta el Centro Hospitalario adecuado o hasta su domicilio habitual, hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Será requisito esencial para que opere esta cobertura, que el asegurado tenga una prescripción médica del facultativo respectivo señalando la gravedad y consecuente necesidad de trasladarlo a un centro hospitalario o a su domicilio.

Esta cobertura será otorgada en el medio más económico de traslado dentro de las alternativas idóneas según el estado y circunstancias del asegurado, asumiendo la compañía los gastos hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

La compañía mantendrá los contactos necesarios con el Centro Hospitalario o facultativo que atienda al asegurado para supervisar que el transporte o repatriación sea el adecuado.

Alternativa F3.- Traslado o repatriación del asegurado fallecido y de los demás acompañantes asegurados.

En caso de fallecimiento de una de las personas aseguradas durante el viaje, la compañía efectuará los trámites necesarios para el transporte o repatriación del cadáver y asumirá los gastos de traslado para su inhumación en el país de origen, hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

En el mismo evento, la compañía sufragará los gastos de traslado de los restantes acompañantes asegurados hasta su respectivo domicilio o hasta el lugar de inhumación, siempre que no le fuera posible emplear el mismo medio de transporte utilizado para el viaje, y hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. Adicionalmente los restantes acompañantes asegurados deberán viajar en vuelos regulares en clase "económica", "turista" o su equivalente.

Si alguno de dichos acompañantes asegurados fuera menor de 15 años y no tuviera quién le acompañase, la compañía proporcionará la persona adecuada para que le atienda durante el traslado.

Alternativa F4.- Traslado o repatriación de los acompañantes asegurados.

Cuando la lesión o enfermedad de uno de los asegurados impida la continuación del viaje, la compañía sufragará los gastos de traslado de las restantes personas aseguradas que le acompañen hasta su domicilio habitual o hasta el lugar donde aquél se encuentre hospitalizado, hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. Adicionalmente los restantes acompañantes asegurados deberán viajar en vuelos regulares en clase "económica", "turista" o su equivalente.

Alternativa F5.- Traslado de un familiar del asegurado.

En caso de que la hospitalización del asegurado en el extranjero fuese superior a lo especificado en las Condiciones Particulares de la póliza y este se encontrase solo, la Compañía cubrirá los gastos para el traslado de un familiar, entendiéndose por estos, los costos del viaje de ida y vuelta al lugar de hospitalización de acuerdo a la disponibilidad de los vuelos regulares y siempre en clase "económica", "turista" o su equivalente.

Este beneficio se otorgará únicamente en la medida que todo el período de hospitalización previsto este comprendido dentro de la vigencia de la póliza y hasta un plazo máximo de siete días posteriores al término de vigencia de la misma, y de acuerdo al límite máximo definido en las Condiciones Particulares de la póliza. Este servicio esta sujeto a limitaciones que varían según el tipo de plan contratado y de acuerdo a las Condiciones Particulares definidas en la póliza.

Alternativa F6.- Estadía de un familiar del asegurado.

En caso de que la hospitalización del asegurado en el extranjero fuese superior a lo especificado en las Condiciones Particulares de la póliza y este se encontrase solo, la Compañía cubrirá los gastos para la estadía de un familiar, entendiéndose por estos, los costos de alojamiento con un límite máximo por día definido en el plan adquirido.

Este beneficio se otorgará únicamente en la medida que todo el período de hospitalización previsto este comprendido dentro de la vigencia de la póliza y hasta un plazo máximo de siete días posteriores al término de vigencia de la misma, y de acuerdo al límite máximo definido en las Condiciones Particulares de la póliza. Este servicio esta sujeto a limitaciones que varían según el tipo de plan contratado y de acuerdo a las Condiciones Particulares definidas en la póliza.

Alternativa F7.- Traslado de ejecutivos por emergencia.

En el caso que el asegurado se encontrara en viaje de negocios en el exterior y fuera hospitalizado por consecuencia de una enfermedad grave o accidente que le impida proseguir con el objetivo de su viaje, la compañía sufragará el costo del pasaje de una persona que la empresa del asegurado designe a fin de reemplazar al asegurado hospitalizado. Será requisito esencial para que opere esta cobertura que el período de hospitalización del asegurado en el extranjero sea superior a lo especificado en las Condiciones Particulares de la póliza. Este pasaje será adquirido por la compañía, y estará sujeto a disponibilidad de los vuelos regulares de las líneas aéreas, siempre en clase "económica", "turista" o su equivalente y hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

La persona que viaje en reemplazo del asegurado hospitalizado deberá contratar el mismo seguro que el asegurado a reemplazar.

Alternativa F8.- Estadía de ejecutivos por emergencia.

En el caso que el asegurado se encontrara en viaje de negocios en el exterior y fuera hospitalizado por consecuencia de una enfermedad grave o accidente que le impida proseguir con el objetivo de su viaje, la compañía sufragará los gastos para la estadía de una persona que la empresa del asegurado designe a fin de reemplazar al asegurado hospitalizado. Será requisito esencial para que opere esta cobertura que el período de hospitalización del asegurado en el extranjero sea superior a lo especificado en las Condiciones Particulares de la póliza. La Compañía cubrirá los gastos de alojamiento con un límite máximo por día definido en el plan adquirido y estará sujeto a disponibilidad de los hoteles o similares en el lugar de destino y hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

La persona que viaje en reemplazo del asegurado hospitalizado deberá contratar el mismo seguro que el asegurado a reemplazar.

Este servicio esta sujeto a limitaciones que varían según el tipo de plan contratado y de acuerdo a las Condiciones Particulares definidas en la póliza.

Alternativa F9.- Prolongación de la estadía del asegurado en el extranjero por accidente o enfermedad.

La compañía satisfará los gastos de hotel del asegurado cuando por lesión o enfermedad haya estado hospitalizado por un período superior al especificado en las Condiciones Particulares de la póliza y por prescripción médica dispuesta por el facultativo que lo atienda, precise prolongar la estancia en el extranjero

para su asistencia sanitaria. Dichos gastos no podrán exceder del valor por día y del máximo que se especifica en las Condiciones Particulares de la póliza.

Alternativa F10.- Traslado del asegurado por interrupción del viaje debido al fallecimiento de un familiar o enfermedad del asegurado.

La compañía abonará la diferencia de los gastos de desplazamiento anticipado respecto del traslado de regreso vigente del asegurado, cuando tenga que interrumpir el viaje por alguna de las siguientes causas:

- a) Fallecimiento en el país de origen del cónyuge o un familiar hasta el 1º grado de parentesco y hasta el lugar de inhumación.,
- b) Por enfermedad del Asegurado, hasta su domicilio, siempre que la enfermedad que ocasiona la interrupción del viaje no sea de aquellas cubiertas en la alternativa F2 sobre "Transporte o repatriación en caso de accidente o enfermedad del asegurado".

Esta cobertura operará para cualquiera de las dos causas anteriores, siempre que no pueda efectuar razonablemente dicho desplazamiento en el mismo medio de transporte utilizado en el viaje, en vuelos regulares clase "económica", "turista" o su equivalente, y hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Alternativa F11.- Traslado urgente por la ocurrencia de siniestro en el domicilio del asegurado.

La compañía sufragará la diferencia de los gastos, hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, de desplazamiento anticipado respecto del traslado de regreso vigente del asegurado, hasta el país de origen, en vuelos regulares clase "económica", "turista" o su equivalente, debido a la ocurrencia de un siniestro de robo, incendio o explosión en su residencia habitual que la hiciera inhabitable o con grave riesgo de que se produzcan mayores daños que justifiquen de forma imprescindible e inmediata su presencia y la necesidad de su regreso.

Alternativa F12.- Reembolso de gastos por vuelo demorado por más de seis horas.

Si el vuelo fuera demorado por más de seis horas desde la hora de partida programada originalmente en su itinerario habitual y la línea aérea respectiva no hubiese proporcionado otra alternativa de traslado al asegurado, por tanto el asegurado no tuviera ninguna otra opción de transporte durante esas seis horas, la compañía aseguradora reintegrará los gastos que haya realizado el asegurado con el límite máximo señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, por lo siguientes conceptos: pago de hotel, comidas y comunicaciones realizados durante el tiempo de demora. El reembolso se efectuará contra presentación de comprobantes originales y una constancia de la compañía aérea certificando la demora sufrida. Para poder gozar de este reintegro el asegurado deberá contactarse con el asegurador desde el aeropuerto donde ocurrió el hecho.

Esta cobertura sólo se aplicará con posterioridad a cualquier reintegro que haya efectuado la respectiva línea aérea, por estos conceptos, cubriendo la compañía aseguradora, sólo la diferencia no cubierta por la línea aérea y hasta el tope máximo establecido en las Condiciones Particulares.

Esta cobertura no se brindará si el asegurado titular viajará con un pasaje sujeto a disponibilidad de espacio, o a algún destino ubicado dentro del mismo país de origen.

No se brindará esta prestación si el vuelo fuera demorado por problemas climáticos, catástrofes naturales o huelgas o el asegurado no se comunica con el asegurador al momento de sufrir la demora del vuelo. Al comunicarse el asegurado con el asegurador, este último le indicará las opciones de alojamiento a las que puede acceder el asegurado para que operen los reembolsos respectivos, estas opciones estarán sujetas a la disponibilidad de los respectivos hoteles.

Alternativa F13.- Reembolso de gastos por demora de equipaje en vuelo regular.

La compañía reembolsará al asegurado los gastos derivados de la compra de artículos de primera necesidad hecha en el lapso de la demora en la localización de su equipaje y únicamente si éste no es localizado dentro de las treinta y seis (36) horas contadas a partir del momento en que la Compañía reciba la notificación de la falta de dicho equipaje, hasta el monto máximo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Alternativa F14.- Indemnización por pérdida del equipaje en vuelo regular.

En caso que el equipaje del asegurado se extraviara durante el viaje en vuelo regular y no fuese recuperado totalmente dentro de los diez (10) días siguientes a la llegada a destino, la compañía indemnizará al asegurado la cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, restándole las sumas reembolsadas por concepto de reembolso por demora de equipaje superior a treinta y seis (36) horas en caso de tener contratada la cobertura establecida en la alternativa F13 anterior sobre "Reembolso de gastos por demora de equipaje en vuelo regular". El extravío del equipaje deberá acreditarse con un documento emitido por la Línea Aérea correspondiente mediante el respectivo PIR (Property Irregular Report) o su equivalente.

La Compañía indemnizará al asegurado Titular por kilogramo despachado, y bulto completo perdido, hasta el monto máximo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Alternativa F15.- Localización y transporte de los equipajes y efectos personales.

La Compañía, prestará al Asegurado el servicio de asesoría para la denuncia del robo o extravío de su equipaje y efectos personales, y para la colaboración en las gestiones tendientes a localizarlos, siempre y cuando hayan sido despachados en la bodega del mismo vuelo internacional en el que viaja el Asegurado.

Alternativa F16.- Indemnización por cancelación o interrupción de viaje.

La Compañía indemnizará al asegurado Titular o beneficiarios el monto estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza por concepto de Cancelación o Interrupción de Viaje Internacional bajo los siguientes conceptos:

- a) Muerte o enfermedad grave del Titular, que tenga carácter de urgencia y que motive la internación o inhiba la de ambulación, generando un estado de postración en el Titular y por lo tanto imposibilite la iniciación y/o prosecución del viaje del Titular.
- b) Muerte o internación hospitalaria por más de cinco (5) días por accidente o Enfermedad Repentina del cónyuge, padre(s), hermano(s) o hijo(s) del Titular. La enumeración es taxativa y no enunciativa.
- c) Cuando el Titular recibiese notificación fehaciente para comparecer ante la justicia, debiendo haber recibido dicha notificación con posterioridad a la contratación del Viaje.
- d) Cuando el Titular haya sido declarado en cuarentena por autoridad sanitaria competente con posterioridad a la contratación del viaje.

Bajo ninguna circunstancia podrá contratarse esta cobertura con la descrita en el numeral F17 siguiente sobre "Indemnización por cancelación o interrupción de viaje sin indicación de causa".

Alternativa F17.- Indemnización por cancelación o interrupción de viaje sin indicación de causa.

La Compañía indemnizará al asegurado titular el monto estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza por concepto de Cancelación o Interrupción de Viaje Internacional por cualquier causa ocurrida con posterioridad a la contratación del viaje. Será requisito esencial para que proceda esta indemnización la compra de los pasajes aéreos respectivos se haya realizado con al menos quince (15) días de anticipación al inicio del viaje y que la contratación del seguro se haya realizado hasta setenta y dos (72) horas después de la compra de los pasajes respectivos. Adicionalmente, para hacer efectiva esta indemnización el asegurado titular deberá cancelar el viaje y dar el aviso respectivo al asegurador con al menos setenta y dos (72) horas antes de la iniciación del viaje.

Bajo ninguna circunstancia podrá contratarse esta cobertura con la descrita en el numeral F16 anterior sobre "Indemnización por cancelación o interrupción de viaje".

Alternativa F18.- Asistencia al menor o al incapacitado acompañante por accidente o enfermedad.

Cuando la lesión o enfermedad de uno de los asegurados acompañantes que sea menor de 15 años o asegurados acompañantes con discapacidad mental impida la continuación de su viaje, y no tuviera quién le acompañase de regreso al país de origen, la compañía proporcionará la persona adecuada para que le atienda durante el viaje hasta su domicilio o lugar de hospitalización.

Alternativa F19.- Asistencia al mayor.

Cuando la lesión o enfermedad de uno de los asegurados acompañantes que sea mayor de 75 años impida la continuación de su viaje, y no tuviera quién le acompañase de regreso al país de origen, la compañía proporcionará la persona adecuada para que le atienda durante el viaje hasta su domicilio o lugar de hospitalización.

Alternativa F20.- Asistencia integral al menor asegurado por accidente o enfermedad del titular.

Cuando el titular de la póliza presenta una lesión o enfermedad y tiene como acompañante asegurado a un menor de 15 años, y no tuviera quién le acompañase durante el resto del viaje o de regreso al país de origen, la compañía proporcionará la persona adecuada para que atienda al menor durante el período de viaje o hasta su domicilio al país de origen.

Alternativa F21.- Anticipo de fondo para asistencia legal.

El asegurado podrá solicitar la transferencia de una suma de dinero hasta el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares, para efectos de defensa legal, en aquellos casos que se inicie contra el asegurado algún proceso judicial, civil o criminal, en el cual se le impute su responsabilidad por algún accidente de tránsito.

Alternativa F22.- Anticipo de fondos para fianzas.

En aquellos casos que se inicie contra el asegurado algún proceso judicial, civil o criminal, en el cual se le impute su responsabilidad por algún accidente de tránsito, la compañía aseguradora adelantará ante el tribunal correspondiente los gastos de fianza si el asegurado fuere detenido, y a efectos de lograr su libertad condicional, con el límite establecido en las Condiciones Particulares de la póliza para esta cobertura. Se entenderá por adelanto de fondos, un préstamo realizado por la compañía aseguradora al asegurado titular a efectos de lograr su libertad condicional. El asegurado se obliga a devolver el monto adelantado a la compañía aseguradora lo antes posible y siempre dentro de los treinta (30) días de otorgada la prestación.

Alternativa F23.- Anticipo de fondos por urgencia ante extravío, robo o hurto de documentos.

En caso que el Asegurado fuera víctima de hurto, robo o extravío de todos los medios de pago que portare durante el viaje, y si así se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, la Compañía aseguradora hará entrega de un adelanto de fondos, por el medio más idóneo, de una suma de dinero hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. Se entenderá por adelanto de fondos, un préstamo realizado por la compañía aseguradora al asegurado titular. El asegurado se obliga a devolver el monto adelantado a la compañía aseguradora lo antes posible y siempre dentro de los treinta (30) días de otorgada la prestación.

Alternativa F24.- Servicio de transmisión de mensajes urgentes.

En caso que así se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza la compañía se encargará de transmitir los mensajes urgentes y justificados del asegurado, relativos a cualquiera de los eventos que dan origen a las prestaciones otorgadas por ésta póliza.

Alternativa F25.- Envío de medicamentos fuera de Chile.

La compañía se encargará de la localización de medicamentos indispensables, de uso habitual del asegurado, siempre que no sea posible obtenerlos localmente o substituirlos por otros.

Serán de costo del asegurado el valor de los medicamentos y los gastos, impuestos y derechos de aduana relativos a su importación.

Será obligación del asegurado proporcionar a la compañía, en caso de ser necesarios, las recetas o indicaciones médicas requeridas para conseguir los respectivos medicamentos.

Alternativa F26.- Asistencia en caso de extravío de documentos.

En caso que así se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, la Compañía aseguradora asesorará al asegurado en caso que haya extraviado sus documentos y/o sus tarjetas de crédito e indicará los procedimientos correspondientes a realizar en el destino que el titular se encuentre.

Alternativa F27.- Reembolso de gastos por arriendo en caso de robo o hurto de computadora personal portátil.

En caso de que el asegurado estando de viaje sufriera el robo o hurto de su computadora personal portátil (notebook o laptop) y la misma fuera necesaria para la actividad laboral por la que viaja, la Compañía reembolsará los gastos de alquiler de una computadora de reemplazo, hasta la suma indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, para que pueda cumplir con sus responsabilidades laborales. El servicio funcionará exclusivamente por reintegro siempre que la compañía lo haya autorizado previamente y mediante la presentación de los correspondientes comprobantes, luego del regreso del asegurado a su país de origen.

Este beneficio se otorgará únicamente cuando el asegurado presente la denuncia policial correspondiente.

Alternativa F28.- Asistencia para la traducción de documentos.

En caso que así se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza la compañía otorgará la asistencia de contacto de un traductor profesional del lugar en que se encuentra si el asegurado requiriese realizar la traducción de algún documento del idioma inglés al español o viceversa durante su estadía en un país distinto al de origen.

ARTICULO 3º: DEFINICIONES

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

Pérdida Total: referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

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

Pérdida Funcional Total: la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no, estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

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

Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios (2/3): la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de un accidente, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluada conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", reguladas por el D.L. Nº 3.500 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social de fecha 13 de noviembre de 1980 y sus modificaciones. En todo caso, se considerará como Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios (2/3) por Accidente los siguientes casos:

La pérdida total a consecuencia de un accidente de:

- la visión de ambos ojos, o
- ambos brazos, o
- ambas manos, o
- ambas piernas, o
- ambos pies, o

- una mano y un pie.

Incapacidad Total y Permanente ochenta por ciento (80%): la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de un accidente, de a lo menos el 80% de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social de fecha 13 de noviembre de 1980 y sus modificaciones.

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

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

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

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

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

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

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

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

Domicilio: Lugar de residencia habitual del asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Equipaje: Para los efectos del seguro, será considerado equipaje todo volumen acondicionado en compartimiento cerrado, despachado comprobadamente bajo responsabilidad del Transporte Público Autorizado.

Transporte Público Autorizado: Es cualquier medio de transporte terrestre, marítimo o aéreo operado bajo

licencia válida para el transporte remunerado de pasajeros. No se incluyen en esta definición el transporte individual de pasajeros, tales como taxi, vehículos de alquiler y medios de transporte sin fiscalización, cualquiera sea su naturaleza.

Viaje: Desplazamiento que realiza un asegurado al exterior de su domicilio, cualquiera que sea el medio de transporte, durante el período de vigencia y dentro del ámbito territorial definidos en la presente póliza.

Central de Asistencia: Corresponde al operador telefónico dónde debe llamar el asegurado para requerir las prestaciones del seguro.

Enfermedad Repentina: Toda enfermedad que no haya sido conocida con anterioridad a la contratación de la póliza, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un Médico, con posterioridad a la iniciación del viaje.

ARTÍCULO 4º: EXCLUSIONES

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

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

meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.

k) Realización de una actividad o deporte que las partes hayan acordado excluir de la cobertura, al no aceptar el asegurado un recargo en las primas y el correspondiente aumento de los costos de cobertura asociados. De dicha exclusión deberá dejarse constancia detallada en las condiciones particulares de la póliza.

l) Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones comerciales a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la compañía aseguradora.

m) Riesgos nucleares o atómicos.

n) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive en la escala de Mercalli, determinado por el Centro Sismológico Nacional o del servicio que en el futuro lo reemplace.

o) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.

p) Enfermedades, dolencias o situaciones preexistentes, entendiéndose por tal aquellas que fueron diagnosticadas previo al inicio de vigencia del asegurado en la póliza.

q) La asistencia por servicios que el asegurado haya contratado sin previa autorización de la Central de Asistencia, salvo se acredite a satisfacción de la compañía que por causa de fuerza mayor ha sido imposible requerir la previa autorización.

r) Los gastos de asistencia médica, hospitalaria o sanitaria en que se haya incurrido fuera del territorio de cobertura según lo determinado en las Condiciones Particulares de la póliza.

s) La asistencia por enfermedades mentales o estados patológicos producidos durante el viaje por ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.

t) La asistencia que consista en el suministro de prótesis, anteojos y lentes de contacto, aun cuando obedezcan a eventos ocurridos durante el viaje.

u) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia de un viaje en, a, o a través de cualquiera de los siguientes países: Afganistán, Cuba, Republica Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria.

v) La asistencia por cualquier pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que sufra directa o indirectamente una persona terrorista o miembro de una organización terrorista, traficante de drogas, o proveedor de armas nucleares, químicas o biológicas.

w) La asistencia que tenga lugar en Afganistán, Cuba, Republica Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, cualquiera que sea el medio de transporte utilizado, siempre que la permanencia del asegurado fuera de su residencia habitual con motivo del viaje no sea superior a 60 días, o al plazo señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 5º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

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

ARTICULO 6°: AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

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

ARTICULO 7°: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en el artículo 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTICULO 8°: PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

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

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

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

ARTICULO 9°: DENUNCIA DE SINIESTROS

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

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

a) Certificado de Defunción del Asegurado;

b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado;

c) Copia del parte policial;

d) Otros antecedentes tales como, informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora.

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

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

3. Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a alguna de las prestaciones otorgadas en virtud de la letra F del artículo N° 2 de estas Condiciones Generales, el asegurado solicitará por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la póliza, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa, en los términos establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

La compañía reintegrará el importe de las llamadas realizadas para contacto con la central de asistencia, previa justificación.

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

ARTÍCULO 10º: TERMINACIÓN

La póliza terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el Contratante o el Asegurado no pague la prima, en los términos señalados en el artículo 8º.

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

ARTÍCULO 11º: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO 12º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

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

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

ARTÍCULO 13º: CLAUSULAS ADICIONALES

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