

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE DEPORTES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320180011

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.

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES.

Los siguientes conceptos, ya sea en el presente documento, en las cláusulas que accedan a éste, en las condiciones particulares y en general en cualquier texto que forme parte del presente contrato, tendrán el significado que se les asigna a continuación:

- **Accidente:** Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.
- **Incapacidad Permanente dos Tercios por Accidente:** La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980.
- **Deducible:** La estipulación por la que asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado.
- **Monto Máximo:** Es el máximo de cobertura de esta póliza por los gastos provenientes de todos los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, en conjunto. Dicho monto máximo, el cual deberá establecerse en el Condicionado Particular de la póliza, operará respecto de cada renovación de la misma.
- **Deporte Asegurado:** Corresponde a la especialidad deportiva respecto de la cual se ha contratado este seguro específicamente, el cual debe ser declarado y singulariza en las Condiciones Particulares de la póliza.
- **Copago:** Corresponde a aquella parte del costo de la prestación médica derivada de un hecho cubierto por la póliza, el cual debe ser soportado por el asegurado y respecto del cual opera la cobertura contemplada en este instrumento.

ARTICULO 3: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA.

En virtud de este seguro y en las condiciones y términos establecidos en las presentes condiciones generales, la Compañía pagará al asegurado o a sus beneficiarios la indemnización que corresponda, de acuerdo a la definición de las coberturas que se indican a continuación en este artículo. El asegurado podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares.

Alternativa A. Muerte Accidental.

En virtud de esta cobertura la compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante el desempeño o práctica del Deporte Asegurado y que haya ocurrido durante la vigencia de esta cobertura. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro del plazo de días siguientes de ocurrido el accidente, plazo que será definido en las Condiciones Particulares. Si el asegurado falleciera como consecuencia de aquel Accidente, la compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en la Alternativa B, en caso de haber sido contratada.

Alternativa B. Incapacidad Total Y Permanente Dos Tercios Por Accidente.

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de un accidente ocurrido durante la práctica del Deporte Asegurado el asegurado sufriera incapacidad total y permanente dos tercios, la compañía pagará el monto indicado en las Condiciones Particulares. Para operar esta cobertura, la Incapacidad Total y Permanente deberá ser decretada dentro del plazo señalado para estos efectos en las Condiciones Particulares.

El asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la invalidez total y permanente dos tercios sea evaluada por una junta compuesta por tres (3) médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de cinco (5) o más médicos propuestos por la compañía aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la invalidez permanente dos tercios del asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha invalidez permanente dos tercios.

La Junta Médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados por la compañía aseguradora.

La declaración de invalidez del asegurado, emitida por algún organismo previsional o legal, será vinculante para la compañía aseguradora y para la Junta Médica.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la compañía, el asegurado deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza.

Si procede el pago de la indemnización, la compañía pagará el beneficio desde la fecha de la notificación de la invalidez a la compañía y devolverá las primas de esta cobertura pagadas desde el mes siguiente de la referida fecha de notificación de la invalidez.

Alternativa C. Reembolso De Gastos Médicos Por Accidente.

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado el porcentaje expresado en las condiciones particulares de los gastos médicos, incluyendo medicamentos, remedios y drogas que sean suministrados al asegurado durante su hospitalización o atención ambulatoria y que hayan sido debidamente prescritos por el Médico tratante como necesario para el tratamiento de la lesión, en que éste incurra a consecuencia de un accidente ocurrido durante la práctica del Deporte Asegurado, hasta el monto indicado en las Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de las atenciones señaladas en esta Alternativa de cobertura y que sean prestadas dentro del plazo dentro del plazo señalado para estos

efectos en las Condiciones Particulares.

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

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

Esta cobertura podrá contar con deducibles, límite de eventos, copago mínimo y topes indemnizatorios los cuales, en caso de existir, serán los indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Esta cobertura operará exclusivamente respecto de las siguientes prestaciones médicas:

- Fracturas traumáticas de cualquier hueso.
- Amputaciones traumáticas.
- TEC abierto.
- Quemadura de una superficie mayor al 20%.
- TEC Cerrado.
- Heridas que requieran sutura.
- Esguinces de Grado III.
- Desgarro Grado III.
- Luxaciones o Dislocaciones graves.

Alternativa D. Cantidad Diaria por Hospitalización a Causa de Accidente.

En virtud de esta cobertura, la compañía pagará al asegurado hospitalizado a causa de accidente, la cantidad diaria que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el asegurado.

Se pagará la cantidad diaria a contar del número de días de hospitalización señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el máximo de días señalados en dichas Condiciones Particulares.

Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario.

ARTÍCULO 4: BENEFICIARIOS.

Se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio asegurado. En caso de fallecimiento de éste se tendrá como beneficiario a los designados por el contratante o el asegurado en las Condiciones Particulares de esta póliza, a falta de designación los beneficiarios serán sus herederos legales por partes iguales.

ARTICULO 5: EXCLUSIONES.

Las coberturas otorgadas en virtud de esta póliza no serán exigibles a la compañía en los siguientes casos:

a) Participación del Asegurado o Beneficiario en cualquier acto calificado como delito según la ley, en cualquier grado de participación.

b) Accidentes relacionados directamente o indirectamente con:

1. Cualquier evento nuclear, atómico, radioactivo, biológico o químico.
2. Ataques o intromisiones deliberadas en predios y en todo tipo de instalaciones nucleares, biológicas o químicas.

c) Accidentes producto de peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

d) Encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

e) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico del Departamento de Geofísica de la Universidad de Chile, o del servicio que en el futuro lo reemplace.

f) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.

ARTICULO 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

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

ARTICULO 8: AGRAVACIÓN O ALTERACIÓN DEL RIESGO.

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.

ARTICULO 9: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.

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

ARTICULO 10: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA.

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

Si el obligado al pago incurre en mora o simple retardo en el pago del todo o parte de la prima, reajustes o intereses, se declarará terminado el contrato mediante comunicación enviada de acuerdo a lo establecido en el artículo 15.

El término del contrato operará al vencimiento del plazo de 15 días corridos, contados desde la fecha del envío de la comunicación, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo sea pagada toda la parte de la prima, reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de 15 días recién señalado, recayere en día sábado, domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

Mientras la terminación no haya operado, la compañía aseguradora podrá desistirse de ella mediante una nueva comunicación en que así lo informe a la persona que contrató el seguro.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, y de sus reajustes o intereses, o de haber desistido de la resolución, no significará que la compañía aseguradora renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

ARTICULO 11: DENUNCIA DE SINIESTROS.

Producido un siniestro, el Asegurado o (los) beneficiario(s) deberá(n) comunicarlo por escrito a la Compañía dentro del plazo máximo señalado en las Condiciones Particulares. A falta de estipulación en las Condiciones Particulares, el plazo máximo de denuncia será de treinta (30) días corridos contados desde la

fecha del siniestro.

Los documentos que se deban presentar para la liquidación del siniestro se individualizarán en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar cualquier otro que estime necesario para realizar esta liquidación, de conformidad a la normativa vigente.

ARTICULO 12: OBLIGACIÓN DE PRUEBA DEL SINIESTRO.

El siniestro se presume ocurrido por un evento que hace responsable al asegurador. Sin perjuicio de lo anterior, el asegurador puede acreditar que el siniestro ha ocurrido por un hecho que no lo constituye en responsable de sus consecuencias, según el contrato o la ley.

El asegurado deberá acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

ARTICULO 13: VIGENCIA.

La vigencia de la póliza será señalada en las Condiciones Particulares. En las mismas las partes podrán acordar la renovación automática de la vigencia por los plazos que allí se definan si ninguna de las partes comunica a la otra su intención de no renovar la póliza con una anticipación mínima de treinta (30) días a la fecha de vencimiento de la póliza.

Cumplida la vigencia de la póliza esta terminará automáticamente sin necesidad de aviso al asegurado.

ARTICULO 14: TERMINACIÓN.

a) El Asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato de seguro en caso de concurrir una cualquiera de las siguientes causales:

a.1) Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso el asegurado tendrá derecho a restitución de la parte de la prima pagada no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no corrido.

a.2) Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo 10 de las presentes Condiciones Generales.

a.3) Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia definida en las Condiciones Particulares.

b) A su turno, el asegurado podrá poner término anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador en la forma establecida en el artículo 15.

La terminación del contrato por alguna causal en que el Asegurador ponga término anticipado, distinto al no pago de la prima, se producirá a la expiración del plazo de 30 días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación de acuerdo a lo establecido en el artículo 15.

ARTICULO 15: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito, mediante correo electrónico, carta cuyo despacho sea debidamente certificado u otro medio de contacto fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al domicilio o dirección de correo electrónico que el Contratante, Asegurado o Beneficiario haya informado para estos efectos a la Compañía, en caso que corresponda, ya sea en la propuesta de seguro, en las Condiciones Particulares o en el denuncia de siniestro si procede.

ARTÍCULO 16: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y

la Compañía, sea en relación con la validez o ineficiencia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la Justicia Ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En las disputas entre el Asegurado y la Compañía que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 Unidades de Fomento, el Asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o el Asegurado, según corresponda, podrán, por sí solos 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 lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTICULO 17: DOMICILIO.

Para todos los efectos derivados del presente contrato de seguro las partes fijan como domicilio especial el que se establece en las Condiciones Particulares de esta póliza.