

POLIZA DE VIDA INDIVIDUAL

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL220230404

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 beneficiario.

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

ARTICULO 2: COBERTURA

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 y por una causa no excluida. No habrá derecho a indemnización alguna si el asegurado sobrevive al vencimiento de la póliza establecido en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 3: DEFINICIONES Para los efectos de la presente póliza se entenderá por:

ASEGURADO: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador y que se encuentra definido como tal en las Condiciones Particulares.

BENEFICIARIOS: El que, aún sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización que se establece en las condiciones particulares en caso de siniestro, y se encuentra designado como tal de conformidad a lo indicado en el Artículo N° 7 de estas Condiciones Generales.

SITUACION O ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es cualquier enfermedad, dolencia o situación de salud que afecte al Asegurado, que haya sido estudiada o esté en etapa y/o proceso de estudio y/o sea conocida y/o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva de inicio de vigencia de la cobertura que otorga esta Póliza.

ARTICULO 4: EXCLUSIONES

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

a) Suicidio, auto mutilación o auto lesión infringida con intención por el propio asegurado.

No obstante, la compañía aseguradora pagará el monto 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 del capital asegurado, si correspondiera. En caso que hubiese habido un incremento del capital asegurado en un plazo inferior a dos años, pero la vigencia del capital asegurado anterior hubiese estado vigente por más de dos años, se considerará el pago solo de aquel capital asegurado que haya estado comprometido por más de dos años.

b) Pena de muerte o fallecimiento mientras el Asegurado participaba de cualquier acto delictivo.

c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario, o quién pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización. En el evento de existir más de un beneficiario, la compañía pagará a los restantes beneficiarios no culpables ni cómplices, no comprendidos en esta causal.

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 ley de seguridad interior del Estado.

e) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes, de acuerdo a la definición establecida en el Artículo Tercero de esta Póliza. Asimismo, no será cubierto el fallecimiento si éste ocurre como consecuencia de una Enfermedad Preexistente declarada o no por el Asegurado.

f) Participación activa del asegurado en un acto terrorista. Para estos efectos, se entiende por acto terrorista toda conducta calificada como tal por ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

g) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales voluntariamente se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

h) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

i) Conducción de cualquier vehículo por parte del Asegurado, encontrándose éste bajo la influencia del alcohol o estado de ebriedad. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

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

k) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados.

l) Que el Asegurado se encuentre bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

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

n) Epidemias o pandemias oficialmente declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

o) La realización, participación o práctica de 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: Actividades sobre 3000 MSNM, acrobacia, caza, seguridad privada, faenadores de animales, faenas de minería, faenas forestal, faenas pesqueras, manejo de explosivo, inmersión submarina, trabajos en altura o líneas de alta tensión, piloto civil, bombero, buceo, rally, jeep fun race, deportes ecuestres, deportes acuáticos a motor, bmx, ciclismo de ruta y ciclismo de montaña, deportes de nieve fuera de pista habilitada, paracaidismo, parapente, alas delta, motociclismo y automovilismo deportivo, benji, alpinismo y andinismo, y en general las actividades antes indicadas u otras riesgosas, que requieran el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica.

ARTICULO 5º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado está obligado a:

a) Declarar sinceramente y con honestidad y haciendo uso de toda la información que posea, todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar el riesgo asegurado y apreciar la extensión de los riesgos;

b) Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo riesgo.

c) Pagar la prima en la forma y en el momento pactados;

d) Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro; en caso de que el Asegurado no pueda hacerlo, y en virtud de este contrato, deberá dejar las instrucciones previsoras que sean necesarias.

e) Acreditar el Asegurado, el contratante o sus beneficiarios, la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia ni ocultamiento alguno, sus circunstancias y consecuencias.

ARTICULO 6: DECLARACION DEL ASEGURADO

En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el Asegurado, de conformidad con los requisitos y formalidades requeridas para el efecto por la normativa legal y administrativa vigente.

La veracidad y completitud de las declaraciones hechas por el Asegurado en la Propuesta constituye condición de validez de este contrato de seguro y es de su exclusiva responsabilidad hacerlas de manera íntegra y completa, con especial celo en lo que se refiere a su estado de salud. Cualquier reticencia, ocultamiento, declaración falsa o inexacta relativa a la fecha de nacimiento, estado de salud, ocupación, actividades y deportes riesgosos del Asegurado titular, que puedan influir en la apreciación del riesgo o de cualquiera circunstancia que, conocida por la Compañía, pudiera haberle hecho retraerse de la aceptación del riesgo y, por lo tanto, de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, liberará completamente a la Compañía de la obligación de pagar la cobertura y/o indemnización definida en las Condiciones Particulares, y la facultará para poner término inmediato a esta Póliza, de acuerdo al Artículo 13 de estas Condiciones Generales.

ARTICULO 7: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Contratante podrá designar como Beneficiarios para los efectos del cobro de la indemnización establecida en esta póliza cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado, a una o más personas, individualizándolas en la Declaración de Beneficiarios que la Compañía ponga a disposición del Contratante. El Contratante podrá cambiar de Beneficiario cuando lo estime conveniente, debiendo comunicar oportunamente dicho cambio a la Compañía.

Los Beneficiarios recibirán la indemnización de acuerdo a los porcentajes de distribución señalados en la Declaración de Beneficiarios. De no existir porcentajes estipulados de distribución, la indemnización correspondiente será distribuida por partes iguales entre los Beneficiarios. Si al momento del fallecimiento del Asegurado uno o más de los Beneficiarios designados hubieren fallecido, se entenderá que el porcentaje que le hubiere correspondido se distribuirá proporcionalmente entre los demás Beneficiarios designados sobrevivientes.

A falta de Beneficiarios designados por el Contratante, el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales en la forma que la ley lo establezca, situación que será acreditada con la posesión efectiva. Quienes acrediten tal calidad al momento de solicitar el pago de la indemnización que corresponda, serán considerados únicos Beneficiarios para todos los efectos del presente contrato.

La Compañía pagará la indemnización a los Beneficiarios válidamente registrados en la Declaración de Beneficiarios vigente a la fecha del siniestro. Con dicho pago la Compañía dará cumplimiento íntegro a su obligación y no le será oponible ningún cambio de Beneficiario que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro y por el propio Contratante y/o Asegurado.

En caso de no haber Beneficiarios designados en la póliza y de ser la Compañía informada de la existencia de un testamento que designe beneficiarios; la Compañía pagará de acuerdo a dicho testamento.

ARTICULO 8: PRIMAS Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La Prima es la retribución por el riesgo asumido por la Compañía, y constituye el precio del seguro, consistente en una cantidad de dinero definida.

Los montos de la Prima y los eventuales ajustes estarán indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

(a) Pago de Prima:

La Prima de este seguro se pagará en los plazos y forma establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante o Asegurado Titular deberá pagar la Prima de acuerdo al monto, condiciones y en la forma de pago que se detallan en las Condiciones Particulares, en las oficinas de la Compañía, en los lugares que ésta designe o en las formas como ésta lo defina, todo ello, sin perjuicio de otros mecanismos de pago o descuentos que la Compañía podrá poner a disposición del Contratante para facilitar el pago.

La Prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida por la Compañía. Es responsabilidad del Contratante asegurarse o verificar que el pago haya sido efectivamente recibido o percibido por la Compañía.

La Compañía no será responsable por las omisiones, fallas de sistemas o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la Prima, aunque este pago se efectúe mediante algún

cargo o descuento automático convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Contratante o Asegurado, la Prima correspondiente se considerará no pagada, generándose el efecto que se indica en el párrafo siguiente.

(b) Efecto del no pago de la Prima:

La falta de pago de la Prima por parte del Contratante o del Asegurado producirá la caducidad de este contrato en el Plazo de Gracia definido en las Condiciones Particulares, contado desde la notificación que, conforme al Artículo 13 de estas Condiciones Generales, dirija la Compañía al Asegurado y dará derecho a la Compañía para exigir que se le pague la Prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación de la Póliza, cesará de pleno derecho la responsabilidad de la Compañía por todas las indemnizaciones, eventos y gastos, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTICULO 9: VIGENCIA Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO.

La duración de esta póliza es de un año, contado desde la fecha de vigencia inicial. Sin embargo, si el Contratante no manifestare su opinión en contrario, la póliza se renovará automáticamente por períodos iguales y sucesivos.

En cada renovación, la Compañía podrá establecer nuevas condiciones en cuanto a las primas, previa comunicación por escrito u otro medio de contacto fehaciente conforme lo establecido en el Artículo 13 de estas Condiciones Generales, dirigida al Contratante con una anticipación de a lo menos treinta (30) días a la fecha de renovación, cuya aceptación expresa provocará la renovación de esta póliza de acuerdo a las nuevas condiciones. Esta nueva prima, si correspondiere, deberá ser pagada hasta el vencimiento del nuevo período y así sucesivamente.

Con todo, en las Condiciones Particulares de la Póliza se podrán establecer cuadros de modificación de Primas de acuerdo con los tramos de edad de los Asegurados de la Póliza, en cuyo caso, la Compañía no estará obligada a enviar la comunicación señalada en el párrafo anterior, dado que la aceptación de las Condiciones Particulares importa una aceptación expresa de la modificación de Primas, que irán ocurriendo en un período de tiempo conocido por el Asegurado.

Sin perjuicio de lo descrito precedentemente en este artículo, la Compañía se reserva el derecho de no renovar esta póliza, previa comunicación por escrito al Contratante con una anticipación de a lo menos treinta (30) días a la fecha de renovación.

En caso que la póliza no se renueve, la Compañía mantendrá su obligación respecto a un siniestro eventualmente cubierto ocurrido con anterioridad a la fecha de término de la póliza, de acuerdo a lo indicado en el Artículo 2 de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 10. TERMINACION ANTICIPADA. La cobertura de esta Póliza, y la de sus cláusulas adicionales, si las hubiere, terminará:

- a) Al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b) A la renovación de la póliza cuando el Asegurado haya cumplido la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- c) Por efecto del no pago de la prima, en los términos señalados en el artículo 8 de estas Condiciones Generales.

d) Por fallecimiento del Asegurado Titular y/o Contratante.

e) Por incurrir el Asegurado o Beneficiarios en el delito de fraude al seguro, tipificado en el Artículo 470 N° 10 del Código Penal.

f) Cuando el Contratante o Asegurado hubiere incurrido en errores, ocultamiento, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 6 de estas Condiciones Generales.

g) En caso de que la moneda o unidad monetaria estipulada dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía Aseguradora, según lo establecido en el Artículo 12 siguiente.

h) Por efectuarse el pago al Asegurado de la indemnización contemplada en alguna de las cláusulas adicionales que establezca el término del seguro principal.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

Asimismo, se conviene que en caso de que la presente póliza termine anticipadamente o no, los beneficios de este seguro terminan a la fecha de término del contrato, según sea el caso.

En caso de que terminada la vigencia de la póliza se denunciara un siniestro ocurrido con fecha anterior a este término de póliza, los interesados deberán acreditar fehacientemente aquello para ser considerado el pago del siniestro.

ARTICULO 11: DENUNCIA DE SINIESTRO

Los interesados en el pago de la indemnización deberán notificar a la Compañía por los medios que ésta disponga, tan pronto como sea posible y dentro del plazo máximo de noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrido el fallecimiento, debiendo acreditar la ocurrencia del mismo declarando fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

La Compañía evaluará los hechos denunciados a objeto de establecer si contractualmente el siniestro se encuentra cubierto por el seguro. Será obligación de los interesados proporcionar a la Compañía todos los antecedentes Médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios para acreditar a satisfacción de ésta los hechos denunciados. Con el mismo objeto, será obligación de los interesados requerir de Médicos Tratantes, Prestadores y/o instituciones de salud incluido el Instituto de Salud Pública (ISP), todos los antecedentes que ellos posean respecto del hecho denunciado y que sean necesarios para la acreditación. La liquidación del siniestro se sujetará a las normas impartidas por la Comisión para el Mercado Financiero referidas a dicha materia.

ARTÍCULO 12: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

Todos los valores de este contrato se expresarán en moneda extranjera, en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

El valor de la moneda extranjera, Unidad de Fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares, que se considerará para el pago de prima e indemnizaciones, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la Compañía

dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá el término anticipado de la póliza conforme lo establecido en el Artículo 10 de estas Condiciones Generales.

ARTICULO 13: COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía al Asegurado o Contratante con motivo de esta Póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico u otro medio 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, 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 al domicilio del Asegurado o Contratante 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 practicadas a contar del tercer día siguiente a su recepción en la oficina de Correos que corresponda, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO 14. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.

Cualquier dificultad que se suscite entre el Contratante o el Asegurado y la Compañía, en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta Póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Condiciones Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquiera indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro mixto, nombrado de común acuerdo por las partes. 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.

No obstante, lo estipulado precedentemente, el Contratante o el Asegurado podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la Compañía cuando el monto de los gastos 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 1931.

ARTÍCULO 15. DOMICILIO ESPECIAL

Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro, las partes fijan como domicilio especial la ciudad de Santiago y prorrogan la competencia para ante los tribunales con jurisdicción sobre dicha ciudad, en términos tales que incluso la designación del árbitro que conocerá de eventuales disputas entre las partes deberá ser también designado por tribunales ordinarios con asiento en dicha comuna.

ARTÍCULO 16. CLÁUSULAS ADICIONALES.

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta Póliza y que extiendan o amplíen o complementen las coberturas establecidas en ella, se regirán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en estas Condiciones Generales.

También podrá establecerse que, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en las cláusulas adicionales, provocará el término anticipado de la póliza o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivo.

ARTÍCULO 17: IMPUESTOS.

Los impuestos que actualmente o en el futuro se establezcan sobre las primas, intereses, capitales asegurados, indemnizaciones o sobre cualquier otra base y que afecten al presente contrato serán de cargo del Contratante, del Beneficiario o herederos según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo de la Compañía.

SEGURO PARA ENFERMEDADES GRAVES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320230406

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, y en base a la información que ha entregado la Compañía 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 tanto para el Asegurado como para la Compañía. Si el Contratante 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: COBERTURA.

En virtud de este seguro y en las condiciones y términos establecidos en las presentes Condiciones Generales, la Compañía pagará al Asegurado, por única vez, la indemnización establecida en las Condiciones Particulares si durante la vigencia de la Póliza y por causa no excluida, se le diagnostica por primera vez alguna de las Enfermedades Graves o es sometido a una Intervención Quirúrgica.

Se entenderá por Enfermedad Grave o Intervención Quirúrgica las siguientes:

a) Cáncer - excluyendo estadios poco avanzados.

Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un Especialista. A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

No están cubiertos por esta definición:

Ningún tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ (incluyendo el carcinoma ductal y lobular in situ de mama y la displasia cervical CIN-1, CIN 2 y CIN-3). Ningún cáncer de próstata al menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 o que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0. La leucemia linfocítica crónica a no ser que haya progresado, hasta al menos la etapa B de Binet. Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis. Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1N0M0. Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito

como Ta. Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial. Gammapatía monoclonal de significado indeterminado. Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del *Helicobacter Pylori*. Tumor del estroma gastrointestinal (sigla en inglés GIST) en estadio I y II de acuerdo con el Manual de estadificación del cáncer de la AJCC, séptima edición (2010). Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación. Carcinoma microinvasor de mama (histológicamente clasificado como T1mic) a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación. Carcinoma microinvasor del cuello uterino (histológicamente clasificado como estadio IA1) a menos que la enfermedad requiera histerectomía, quimioterapia o radiación.

2. Infarto de miocardio (Ataque al corazón)

Un infarto de miocardio es la muerte del tejido cardíaco debido a una obstrucción prolongada del flujo sanguíneo. Bajo esta definición, el infarto de miocardio se manifiesta por un aumento y/o caída de los biomarcadores cardíacos (troponina o CKMB) a niveles considerados como diagnóstico de infarto de miocardio, junto con al menos dos de los siguientes criterios:

Síntomas de isquemia (como angina de pecho) Cambios en el Electrocardiograma sugestivos de nueva isquemia (nuevos cambios ST-T o nuevo bloqueo de rama izquierda) Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG El diagnóstico debe ser confirmado por un cardiólogo.

No están cubiertos por esta definición:

Síndrome agudo coronario (angina de pecho estable o inestable) . Elevación de troponinas en ausencia de enfermedades cardíacas isquémicas (p.ej. miocarditis, disfunción apical, contusión cardíaca, embolia pulmonar, toxicidad de drogas). Infarto de miocardio con arterias coronarias normales o causados por vasoespasmo coronario, puentes miocárdicos o abuso de drogas. Infarto de miocardio que se produce dentro de 14 días después de angioplastia coronaria o cirugía bypass.

3. Enfermedad cerebrovascular (ACV) - con síntomas permanentes

Muerte del tejido cerebral debido a un evento cerebrovascular agudo causado por trombosis o hemorragia intracraneal (incluida la hemorragia subaracnoidea), o embolia proveniente de una fuente extracraneal con:

Aparición aguda de nuevos síntomas neurológicos, y nuevo déficit neurológico evidenciado en el examen clínico.

El déficit neurológico debe persistir por más de 3 meses siguientes a la fecha de diagnóstico. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista en neurología y apoyado con los correspondientes estudios de imagen.

No están cubiertos por esta definición:

Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND) Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica. Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa)

4. Cirugía de revascularización arterial coronaria o cirugía de bypass - para tratar la enfermedad coronaria de múltiples vasos.

Cirugía de corazón para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias con injertos (venosos o arteriales) de derivación (bypass). Cirugía cardíaca con esternotomía completa (división vertical

del esternón) y los procedimientos mínimamente invasivos (esternotomía o toracotomía parcial) están cubiertos.

La necesidad de cirugía debe ser determinada por un cardiólogo o cirujano cardíaco y apoyado por los resultados de angiografía coronaria.

No están cubiertos por esta definición:

La cirugía de bypass para tratar el estrechamiento u obstrucción de una arteria coronaria La angioplastia coronaria o implante de stent

5. Cirugía de la aorta - incluye procedimientos invasivos mínimos

Están cubiertos por esta definición la cirugía para tratar el estrechamiento, obstrucción, aneurisma o disección de la aorta, como así también los procedimientos mínimamente invasivos como la reparación endovascular. La necesidad médica de la cirugía debe ser comprobada por un especialista en cirugía en base a resultados diagnósticos por imagen.

No están cubiertos por esta definición:

Cirugía de las ramas de la aorta torácica o abdominal (incluyendo injerto aortofemoral o aortoiliaco) Cirugía de la aorta relacionada con trastornos hereditarios del tejido conectivo (por ejemplo, los síndromes de Marfan y de Ehlers-Danlos) Cirugía a consecuencia de lesión traumática de la aorta

6. Cirugía de válvula cardíaca - incluye procedimientos invasivos mínimos y basados en catéteres.

La realización actual de cirugía para reemplazar o reparar una o más válvulas cardíacas defectuosas. Las siguientes cirugías están cubiertas bajo esta definición:

Reemplazo de válvula cardíaca o reparación con esternotomía completa (división vertical del esternón), esternotomía parcial o toracotomía Procedimiento de Ross Valvuloplastia realizada en base a catéter Implante de válvula aórtica por medio de transcáteter (TAVI)

La necesidad médica de realizar la cirugía debe ser confirmada por un cardiólogo o por un cirujano del corazón y confirmada por los resultados de ecocardiograma o cateterismo cardíaco.

No están cubiertos por esta definición:

El recorte/clipping percutáneo de válvula mitral con transcáteter

7. Estadio final de enfermedad renal - requiere diálisis permanente

Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones, que como consecuencia requiere hemodiálisis o diálisis peritoneal. Las diálisis deben ser médicamente necesarias y confirmadas por un especialista en nefrología.

No están cubiertos por esta definición:

Insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporal

8. Pérdida profunda de la visión - irreversible

Pérdida profunda de la visión de ambos ojos como resultado de enfermedad o trauma que no puede ser corregido por corrección refractiva, medicamentos o cirugía. La pérdida profunda de la visión es evidenciada

por agudeza visual de 3/60 o menos (0,05 o menos en la notación decimal) en el mejor ojo después de la mejor corrección o un campo visual menor de 10 ° de diámetro en el mejor ojo después de la mejor corrección. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista en oftalmología

9. Parálisis de las extremidades - total e irreversible

Pérdida total e irreversible de la función muscular de la totalidad de cualquiera de las 2 extremidades como resultado de lesiones o enfermedades de la médula espinal o del cerebro. Las extremidades se definen como el brazo completo o la pierna completa. La parálisis debe estar presente por más de 3 meses, debe ser confirmada por un especialista en neurología y fundamentada por hallazgos clínicos y de diagnóstico.

No están cubiertos por esta definición:

Parálisis debida a trastornos psicológicos o por autolesión Síndrome de Guillain-Barré Parálisis periódica o hereditaria

10. Trasplante de órganos mayores, compuesto de tejidos o de médula ósea

Someterse como receptor a un trasplante por autoinjerto o isoinjerto de uno o más de los siguientes órganos:

Corazón Riñón Hígado (incluyendo trasplante de parte del hígado o del hígado proveniente de donante vivo) Pulmón (incluyendo el trasplante de un solo lóbulo de donante vivo o trasplante de un solo pulmón) Médula Ósea (trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas precedida por la ablación total de la médula ósea) Intestino Delgado Páncreas El trasplante parcial o total de cara, manos, brazos y piernas (trasplante de aloinjertos de tejido compuesto) se encuentran también cubiertos por esta definición. El trastorno principal que motiva el trasplante debe ser considerado como imposible de tratar por cualquier otro medio, de acuerdo a confirmación médica del especialista en la materia.

No están cubiertos por esta definición:

El trasplante de otros órganos, partes del cuerpo o tejidos (incluyendo la córnea y la piel) El trasplante de otras células (incluyendo células de los islotes y células madre que no sean las hematopoyéticas)

11. Esclerosis múltiple - con síntomas persistentes

Diagnóstico definitivo de esclerosis múltiple, que debe ser confirmado por un especialista en neurología y justificado por todos los siguientes criterios:

Deterioro clínico actual de la función motora o sensorial, que debe haber persistido por un período continuo de al menos 6 meses Resultados de resonancia magnética (IRM) que muestren al menos dos lesiones de desmielinización en el cerebro o en la médula espinal característica de la esclerosis múltiple

No están cubiertos por esta definición:

Esclerosis múltiple posible y síndromes aislados neurológica o radiológicamente sugestivos pero no confirmatorios de diagnóstico de la esclerosis múltiple Neuritis óptica y neuromielitis óptica aisladas

12. Quemaduras de tercer grado - que comprometen el 20% de la superficie corporal

Quemaduras con destrucción de todas las capas de la piel hasta el tejido subyacente (quemaduras de tercer grado) que comprometen al menos el 20% de la superficie corporal según la "Regla de los 9" o la "Tabla de Lund y Browder". El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista.

Esta definición no cubre:

Quemaduras de tercer grado debidas a lesiones auto-infligidas. Cualquier quemadura de primer o segundo grado.

Las partes acuerdan que, una vez diagnosticada una de las enfermedades o intervención quirúrgica antes señaladas, la Compañía pagará el capital establecido en las Condiciones Particulares, y se pondrá termino inmediato a esta cobertura, la cual tampoco se renovará con la Póliza principal.

ARTÍCULO 3: DEFINICIONES.

Para los efectos de esta Póliza, las siguientes expresiones tendrán el significado que se indica a continuación:

a) Asegurado: Es toda persona natural que, habiendo sido debidamente aceptada como tal por la Compañía, le transfiere a ésta el riesgo, está habilitada para requerir la cobertura otorgada por esta Póliza y se encuentra individualizada en las Condiciones Particulares.

b) Beneficiario: Es la persona que tiene derecho a la indemnización contemplada en el presente contrato en caso de siniestro cubierto.

c) Compañía: Es la entidad aseguradora cuya Póliza de seguro selecciona el Asegurado tomando de su cuenta el riesgo.

d) Contratante: Es la persona que suscribe este contrato con la Compañía, asumiendo las obligaciones que deriven del mismo y cuya individualización se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

e) Enfermedad Preexistente: Es cualquier Enfermedad, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o situaciones de salud en general que afecten al Asegurado diagnosticada, en estudio o conocida por el Asegurado, con anterioridad a la fecha de contratación de la presente cobertura

f) Médico: Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de médico cirujano otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario.

g) Período de Gracia: Es el período de tiempo, señalado en las Condiciones Particulares, durante el cual la Póliza permanecerá vigente pese a no haber pagado el Contratante la Prima convenida. Dicho plazo se contabiliza a partir del primer día del mes de cobertura no pagado.

h) Póliza: Corresponde al documento justificativo del seguro.

i) Prima: Es la retribución o precio del seguro. Su monto, periodicidad y forma de pago se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

j) Clasificación TNM es un sistema internacional de estadificación del cáncer.

k) Puntuación de Gleason es un sistema que se emplea para medir el grado de agresividad de un cáncer de próstata, basándose en la observación al microscopio de las características que presentan las células de la muestra obtenida en una biopsia del órgano.

l) Binet Sistema de estadificación de leucemia.

- m) Displasia cervical CIN-1, CIN 2 y CIN-3 neoplasia intraepitelial de cuello uterino, grado 1,2 ó 3.
- n) GIST son tumores del tejido conectivo del tubo digestivo y estructuras contiguas
- o) Manual AJCC Sistema que se usa para describir la cantidad de cáncer y su diseminación en el cuerpo de un paciente.
- p) T1mic, ca de mama se refiere al carcinoma intraductal de mama con microinvasión.
- q) IA1, cáncer de cuello uterino se refiere al cáncer de cuello uterino, en el estadio I, el cáncer se encuentra solo en el cuello uterino.
- r) Tabla de Lund y Browder es un método que se utiliza para calcular la extensión cutánea quemada en un paciente. Consiste en dividir la superficie del cuerpo en áreas equivalentes al 9% de la superficie corporal total quemada (SCTQ) o por múltiplos de 9.

ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES.

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no será exigible a la Compañía en los siguientes casos:

- a) Enfermedades o dolencias preexistentes, sus consecuencias y complicaciones, entendiéndose por tales aquéllas diagnosticadas, en proceso de estudio o conocidas por el Asegurado o Contratante antes de la contratación e inicio de vigencia del seguro.
- b) Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas.
- c) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
- d) Cirugías o enfermedades derivadas de adicciones o abusos de sustancias tales como alcohol, drogas, tabaco y sus consecuencias.
- e) Cirugía plástica o tratamientos estéticos con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin.
- f) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - o que el Asegurado sea portador del V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca el Asegurado.
- g) Enfermedades o Intervenciones Quirúrgicas causadas por:
 - (1) Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros;
 - (2) Participación activa del Asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro y fuera del país;
 - (3) Participación activa del Asegurado en acto terrorista. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno, atemorizar a la población o a cualquier segmento de ésta;

(4) Manejar bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad o encontrarse el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas o alucinógenos, de acuerdo a la legislación vigente;

(5) Participación del Asegurado en actos calificados por ley como delitos;

(6) Negligencia, imprudencia o culpa grave en que incurra el Asegurado;

(7) Hechos deliberados que cometa el Asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados;

(8) Fusión o fisión nuclear y sus consecuencias.

ARTÍCULO 5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

Sin perjuicio de las demás obligaciones legales del artículo 524 del Código de Comercio y las demás normas pertinentes, el Asegurado estará obligado a: (i) declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía para identificar y apreciar la extensión del riesgo; y (ii) pagar la Prima en la forma y época pactadas.

ARTÍCULO 6: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.

La veracidad de las declaraciones hechas por el Asegurado en la Propuesta y en la Declaración Personal de Salud y de Actividades Riesgosas si correspondiera, constituye condición de validez de este contrato de seguro y es de su exclusiva responsabilidad declarar de manera íntegra su estado de salud y de sus asegurados adicionales, cuando corresponda. Cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta relativa a la fecha de nacimiento, estado de salud, ocupación, actividades y deportes riesgosos del Asegurado titular y dependientes, que puedan influir en la apreciación del riesgo o de cualquiera circunstancia que conocida por la Compañía pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, libera a la Compañía de la obligación de pagar la cobertura y la faculta para poner término inmediato a esta Póliza, de acuerdo al Artículo Noveno numeral 2 de estas Condiciones Generales, con deducción de los gastos originados por la emisión de la Póliza.

ARTÍCULO 7: VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

La duración de esta Póliza será la establecida en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de vigencia inicial señalada en las mismas. Sin embargo, si el Contratante o Asegurado Titular no manifestare su opinión en contrario, la Póliza se renovará automáticamente por períodos iguales y sucesivos. En cada renovación, la Compañía podrá establecer nuevas condiciones, previa comunicación por escrito al Contratante o Asegurado Titular con una anticipación de a lo menos treinta (30) días a la fecha de renovación. Lo anterior salvo que se termine esta cobertura por la causal establecida en el Artículo Noveno letra g).

Con todo, en las Condiciones Particulares de la Póliza se podrán establecer cuadros de modificación de Primas de acuerdo con los tramos de edad de los Asegurados de la Póliza, en cuyo caso, la Compañía no estará obligada a enviar la comunicación señalada en el párrafo anterior, dado que la aceptación de las Condiciones Particulares importa una aceptación expresa de la modificación de Primas, que irán ocurriendo en un período de tiempo conocido por el Asegurado.

Si la Prima de renovación no es aceptada en la oportunidad correspondiente se entenderá no renovada la Póliza, terminando la responsabilidad de la Compañía en la fecha de expiración de la cobertura, debiendo restituir al Contratante o Asegurado Titular cualquier suma recibida que no corresponda a Prima por la cobertura ya otorgada.

En caso de haber comunicado un cambio en la prima, diferentes a las de tramo de edad antes mencionada, o cualquier otra modificación en las condiciones de renovación, sólo se entenderá renovada esta Póliza por un nuevo período, si éstas son aceptadas expresamente por el Contratante o el Asegurado Titular.

En caso que el Contratante o Asegurado Titular manifestare a la Compañía su decisión de no renovar o terminar anticipadamente la Póliza, la Prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido de la vigencia. Producida la terminación de la Póliza, cesará de pleno derecho la responsabilidad de la Compañía sin necesidad de declaración judicial alguna.

Sin perjuicio de lo descrito precedentemente en este artículo, la Compañía se reserva el derecho de no renovar esta Póliza, previa comunicación por escrito al Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el Artículo Décimo Primero de estas Condiciones Generales, enviada con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días a la fecha de renovación.

ARTÍCULO 8: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA.

La Prima es la retribución o precio del seguro y consiste en una cantidad de dinero. Los montos de la Prima y los eventuales ajustes estarán indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza. (a) Pago de Prima: La Prima de este seguro se pagará en los plazos y forma establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza. Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante o Asegurado Titular deberá pagar la Prima de acuerdo al monto, condiciones y en la forma de pago que se detallan en las Condiciones Particulares, en las oficinas de la Compañía o en los lugares que ésta designe, todo ello, sin perjuicio de otros mecanismos de pago o descuentos que la Compañía podrá poner a disposición del Contratante para facilitar el pago. La Prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida por la Compañía. La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la Prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Contratante o Asegurado, la Prima correspondiente se considerará no pagada, generándose el efecto que se indica en el párrafo siguiente. (b) Efecto del no pago de la Prima: La falta de pago de la Prima por parte del Contratante o del Asegurado producirá la caducidad de este contrato en el Plazo de Gracia definido en las Condiciones Particulares, contado desde la notificación que, conforme al Artículo Décimo Primero de estas Condiciones Generales, dirija la Compañía al Asegurado y dará derecho a la Compañía para exigir que se le pague la Prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación de la Póliza, cesará de pleno derecho la responsabilidad de la Compañía sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 9: TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.

1.- La cobertura de esta Póliza y la de sus cláusulas adicionales, si las hubiere, terminará para todos los Asegurados en las siguientes circunstancias:

(a) Al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la Póliza, salvo que se renueve en los términos establecidos en la Artículo Séptimo de estas Condiciones Generales.

(b) A la renovación de la póliza cuando el Asegurado haya cumplido la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

(c) Por fallecimiento del Contratante o asegurado titular.

(d) En caso de que la moneda o unidad estipulada dejare de existir y el Contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía Aseguradora, según lo establecido en el Artículo Décimo.

(e) Por efecto del no pago de la Prima, en los términos señalados en el Artículo Octavo de estas

Condiciones Generales.

(f) Por incurrir cualquiera de los Asegurados o Contratante en el delito de fraude al seguro, tipificado en el artículo 470 N° 10 del Código Penal.

(g) Por el pago del capital asegurado para esta cobertura.

En los casos anteriores, cesará la responsabilidad de la Compañía y la cobertura del seguro señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin necesidad de declaración judicial alguna.

2.- La cobertura de esta Póliza y la de sus cláusulas adicionales, si las hubiere, terminará para todos los Asegurados:

(a) Cuando el Contratante o Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo Décimo Primero de estas Condiciones Generales.

En los casos anteriores, cesará la responsabilidad de la Compañía y la cobertura del seguro señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 10: MONEDA DEL CONTRATO.

El capital asegurado y el monto de la Prima se expresarán en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, 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 señalado en las Condiciones Particulares.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la Compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 11: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía al Asegurado o Contratante con motivo de esta Póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico u otro medio 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, 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 al domicilio del Asegurado o Contratante 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 practicadas a contar del tercer día siguiente a su recepción en la oficina de Correos que corresponda, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO 12: DENUNCIA DE SINIESTROS.

Los interesados en la cobertura deberán notificar a la Compañía, tan pronto como sea posible y dentro del plazo de noventa (90) días contados de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, debiendo acreditar la ocurrencia de éste, declarando fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias presentando los documentos exigidos por la Compañía.

La Compañía evaluará los hechos denunciados a objeto de establecer si contractualmente el siniestro se encuentra cubierto por el seguro. Para ello podrá requerir de los interesados, los antecedentes que precise. La liquidación del siniestro se sujetará a las normas impartidas por la Comisión para el Mercado Financiero referidas a dicha materia.

La indemnización se pagará al Asegurado siniestrado o a quien lo represente. El pago de la indemnización se efectuará siempre y cuando se dé íntegro cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Generales y Particulares.

ARTÍCULO 13: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

Cualquier dificultad que se suscite entre el Contratante o el Asegurado y la Compañía, en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta Póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Condiciones Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquiera indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro mixto, nombrado de común acuerdo por las partes. 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. No obstante, lo estipulado precedentemente, el Contratante o el Asegurado podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la Compañía cuando el monto de los gastos 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 Nº 251, de 1931. ARTÍCULO 14: DOMICILIO. Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro, las partes fijan como domicilio especial la ciudad de Santiago y prorrogan la competencia para ante los tribunales con jurisdicción sobre dicha ciudad, en términos tales que incluso la designación del árbitro que conocerá de eventuales disputas entre las partes deberá ser también designado por tribunales ordinarios con asiento en dicha comuna.

ARTÍCULO 15. CLÁUSULAS ADICIONALES.

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta Póliza y que extiendan o amplíen o complementen las coberturas establecidas en ella, se registrarán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en estas Condiciones Generales.

También podrá establecerse que, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en las cláusulas adicionales, provocará el término anticipado de la póliza o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivo.

ARTÍCULO 16: IMPUESTOS.

Los impuestos que actualmente o en el futuro se establezcan sobre las primas, intereses, capitales asegurados, indemnizaciones o sobre cualquier otra base y que afecten al presente contrato serán de cargo del Contratante, del Beneficiario o herederos según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo de la Compañía.

CLAUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320230405

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio de la póliza principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la póliza principal, de modo que sólo será válido y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza, se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTICULO 1º: COBERTURA

El asegurador indemnizará al Asegurado en caso en que éste sufra una Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, de acuerdo a los términos, condiciones y exclusiones establecidas tanto en la póliza principal como en la presente cláusula adicional. El monto de indemnización establecido en la póliza principal para la cobertura de fallecimiento, será pagado por la Compañía Aseguradora anticipadamente al Asegurado en caso e Invalidez Total Permanente Dos Tercios, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que la Invalidez Total y Permanente 2/3 ocurra durante la vigencia de la presente cláusula adicional.
- b) Que la póliza principal esté vigente.
- c) Que la Invalidez Total y Permanente 2/3 se produzca antes que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia que se estipule en las condiciones particulares de la póliza.

Se deja expresa constancia que el Capital Asegurado para esta cláusula adicional, será igual al contratando para la cobertura principal de fallecimiento. Por consiguiente, el pago al Asegurado de la indemnización por concepto de la presente cláusula adicional producirá la terminación inmediata de la póliza, de la misma forma que si se hubiese pagado el monto de indemnización establecido en las Condiciones Generales de la Póliza principal. En consecuencia, se extinguirá el derecho al cobro de otras indemnizaciones.

ARTICULO 2º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

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. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

Enfermedad: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado. Las alteraciones o enfermedades

que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

Enfermedad Preexistente: Es cualquier Enfermedad, dolencia o situación de salud que afecte al Asegurado, estudiada o en etapa o proceso de estudio o conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva de inicio de vigencia de la cobertura que otorga esta Póliza.

Invalidez Total y Permanente 2/3: La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad y que ocasione un menoscabo irreversible de, al menos, 2/3 (dos tercios) de su capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980.

Lesión: Es un daño corporal sufrido durante la vigencia de la póliza a consecuencia de un Accidente.

Miembro: Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.

Órgano: Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

Pérdida Total: La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.

Pérdida Funcional Absoluta: La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de funciones o fisiología del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

ARTICULO 3º: EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente 2/3 que sufra el Asegurado a consecuencia de:

1. Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes, de acuerdo a la definición establecida en el Artículo Segundo de esta cláusula adicional. Asimismo, no serán cubiertas las Enfermedades Preexistentes declaradas o no por el Asegurado.
2. Suicidio e intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión infringida con intención por el propio asegurado.
3. Eventos derivados directa o indirectamente del resultado de una fisión o fusión nuclear o de radioactividad.
4. Actos de terrorismo llevados a cabo utilizando armas o materiales nucleares, biológicos y/o químicos.
5. 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.
6. Participación activa del Asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la

misma.

7. Participación del asegurado como autor o cómplice en cualquier acto delictivo.

8. Ejercicio de actividad o profesión en la cual se porten armas.

9. Práctica de deportes de manera profesional o federada.

10. Conducir cualquier medio de transporte motorizado bajo la influencia del alcohol o los efectos de cualquier estupefaciente, droga o alucinógeno. Lo anterior se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

11. Cualquier tipo o cualquier clase de enfermedad, aunque la invalidez se produzca, directa o indirectamente, como consecuencia inmediata de dicha enfermedad, tales como ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos, síncope o sonambulismo, entre otras.

12. Cuando el asegurado se encuentre cursando un proceso de declaración de invalidez al momento de suscribir la propuesta de seguros o ya haya obtenido dicha declaración.

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

14. Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados.

15. 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.

16. Lesión a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

17. Lesión a consecuencia de la realización, participación o práctica de 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: Actividades sobre 3000 MSNM, Acrobacia, Caza, Seguridad Privada, Faenadores de Animales, Faenas de Minería, Faenas Forestal, Faenas Pesqueras, Manejo de Explosivo, Inmersión submarina, Trabajos en Altura o Líneas de Alta Tensión, Piloto Civil, Bombero, Buceo, Rally, Jeep Fun Race, Deportes Ecuestres, Deportes Acuáticos a motor, BMX y Ciclismo de Montaña, Deportes de Nieve fuera de pista habilitada, Paracaidismo, Parapente, Alas Delta, Motociclismo y Automovilismo deportivo, Benji, Alpinismo y Andinismo, y en general las actividades antes indicadas u otras riesgosas, que requieran el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal de la póliza.

ARTICULO 4°: TERMINACION DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio del seguro principal de la póliza y se regirá, en todo lo

que no esté expresamente estipulado en éste, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válido y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto:

a) Por terminación anticipada del seguro principal o de la cobertura.

b) En el aniversario de la póliza en que el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización por una Invalidez Total y Permanente de 2/3 que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima será devuelta en los términos establecidos en el seguro principal.

ARTICULO 5°: PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTRO Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Producida o dictaminada la Invalidez Total y Permanente 2/3 del Asegurado, cualquier persona deberá comunicarlo por escrito a la compañía aseguradora. El denuncia de un siniestro cubierto por esta póliza deberá informarse a la compañía aseguradora dentro del plazo de noventa (90) días contado desde que el tomo conocimiento de la ocurrencia del siniestro, salvo caso fortuito o fuerza mayor. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder el derecho a la indemnización establecida en la presente cláusula adicional, salvo en caso de fuerza mayor.

Sera obligación del Asegurado, proporcionar a la compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, y dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la compañía aseguradora le solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la invalidez permanente dos tercios. El costo de estos será de cargo de la compañía aseguradora.

La compañía aseguradora sólo podrá pronunciarse de manera definitiva sobre la procedencia del pago de la indemnización establecida en esta cláusula adicional, si cuenta con todos los antecedentes que, a su juicio, acreditan suficientemente la Invalidez Total y Permanente 2/3 del Asegurado.

En el caso que el Asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones establecidas en esta póliza o las cumpla imperfectamente por su culpa o negligencia, éste perderá todo derecho a exigir indemnización con cargo a la presente cobertura. Sin perjuicio de lo anterior, en el evento que el Asegurado haya incumplido con alguna(s) de estas obligaciones por caso fortuito o fuerza mayor, la compañía aseguradora otorgará una prórroga prudencial para el cumplimiento de las mismas.

Dentro del marco de lo establecido en el Decreto Supremo N° 1055 de 2013, Reglamento sobre los Auxiliares del Comercio de Seguros, o el reglamento que lo reemplace, la denuncia de siniestros y, en general, todo el procedimiento de liquidación de siniestros se regirá por lo que dispongan las Condiciones Particulares de la póliza, en la medida que no se opongan a lo establecido en el reglamento antes citado y demás disposiciones legales y normativas vigentes.

ARTICULO 6° DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

La compañía aseguradora determinará en un plazo máximo de sesenta (60) días contados desde el denuncia de siniestro, si se ha producido la Invalidez Total y Permanente 2/3 de un Asegurado, conforme a los antecedentes que le fueren presentados y los exámenes requeridos, según sea el caso.

La declaración de Invalidez Total y Permanente 2/3 del Asegurado, emitida por algún organismo previsional o legal, será vinculante para la compañía aseguradora y para la junta médica, salvo que la causa de la invalidez se encuentre excluida de acuerdo al Artículo 3 de esta cláusula adicional.

El Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía aseguradora, podrá requerir que la Invalidez Total y Permanente 2/3 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 Total y Permanente 2/3 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 Total y Permanente 2/3.

La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados por la compañía aseguradora.