

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO MUERTE ACCIDENTAL Y SEGURO POR DECESO DE FAMILIAR DIRECTO

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° 382794-00 / POLIZA N° 382795-00

1. IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE:		RUT:	
ASEGURADOS MUERTE ACCIDENTAL: Afiliados imponentes de la CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS, que se encuentren al día con sus aportes y obligaciones contraídas con la institución. ASEGURADOS GASTOS FUNERARIOS: Son las personas que forman parte de un grupo familiar del asegurado titular entendiéndose por tales, para efectos de este contrato de seguros a los hijos, padres, cónyuges y conviviente civil y que cumplan con las condiciones de asegurabilidad establecidas.			
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO: F ☐ M ☐	
NACIONALIDAD:		PAÍS RESIDENCIA:	
PROFESIÓN, OCUPACIÓN U OFICIO:			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:			
COMUNA:		CIUDAD:	
TELÉFONO/CELULAR:		E-MAIL:	
Autorizo que toda comunicación y notificación que siga relación con el presente seguro pueda ser enviada al correo electrónico indicado.			

2. CONTRATANTE

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS
RUT: 99.026.000-1

3. ASEGURADOR

BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
RUT: 96.656.410-5

- De acuerdo a lo dispuesto por el Consejo de Autorregulación de la Asociación de Aseguradores, **BICE Vida Compañía de Seguros S.A.** se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes.
- Copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en nuestras oficinas y en www.aach.cl.
- Asimismo ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de **BICE Vida Compañía de Seguros S.A.** o a través de la página web www.ddachile.cl.

4. INTERMEDIARIO Y COMISIONES

CONO SUR CORREDORES DE SEGUROS LTDA.	RUT: 76.213.750-K	5% más I.V.A. de la prima neta recaudada mensual y neta de devoluciones y anulaciones.
--------------------------------------	-------------------	--

5. COBERTURAS	CÓDIGO COBERTURA	TASA BRUTA MENSUAL (‰)	CAPITAL ASEGURADO
MUERTE ACCIDENTAL	POL 3 2013 0351 – ALTERNATIVA A	0,0123	UF 60
DECESO FAMILIAR DIRECTO	POL 2 2021 0132	0,1496	UF 25 (Máximo)

- Este seguro considera una cobertura las 24 horas del día y durante los 365 días del año.
- La prima mensual a pagar será el resultado de multiplicar la **Tasa Mensual**, por el **Capital Asegurado** y, **dividirlo por mil**.
- Los gastos generados por Deceso de familiar directo, se definen a través de las siguientes coberturas:
 - Servicios Iniciales: Corresponden a los servicios que presta una entidad funeraria y abarcan la compra del ataúd o la urna, disposición de carroza fúnebre para el traslado del cadáver o de los restos humanos del asegurado fallecido al cementerio, disposición de un vehículo de

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO MUERTE ACCIDENTAL Y SEGURO POR DECESO DE FAMILIAR DIRECTO

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° 382794-00 / POLIZA N° 382795-00

acompañamiento para el traslado de las personas acompañantes, trámites legales, velatorio. También incluye el servicio religioso en caso de que sea cobrado.

-Servicio de Inhumación o incineración del cadáver o de los restos humanos del asegurado fallecido

-En caso de inhumación, corresponde a los gastos asociados al proceso de inhumación y en caso de incineración corresponderá a los gastos asociados a la incineración del cadáver o los restos humanos del asegurado fallecido.

-Esta Cobertura está sujeta a un límite máximo de UF 25.

6. VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA

Vigencia Inicial: 01-06-2026 a las 00:00 hrs.

Vigencia Final: 31-05-2027 a las 24:00 hrs.

7. VIGENCIA DE LAS COBERTURAS DE CADA ASEGURADO

- La vigencia de la cobertura individual será desde la fecha de incorporación a esta póliza, siempre y cuando la edad del asegurado no supere la edad máxima de cobertura, en caso contrario el seguro cesará en forma automática, liberando a la Compañía de toda responsabilidad respecto a la persona que tuvo el seguro.

8. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Cobertura	Edad Mínima Ingreso	Edad Máxima Ingreso	Edad Máxima Permanencia
ALTERNATIVA A - MUERTE ACCIDENTAL	18 Años	69 Años	70 Años
DECESO FAMILIAR DIRECTO	18 Años	69 Años	70 Años

Para la cobertura la edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia es el día en que el Asegurado cumpla la edad estipulada anteriormente.

La Compañía Aseguradora no cubrirá actividades riesgosas (carreras de cualquier tipo o deportes profesionales o no profesionales), si se requiere esta cobertura deberá ser informada y evaluada por la Compañía.

Beneficiario Muerte Accidental: Para todos los efectos, el beneficiario de esta póliza serán los Beneficiarios Designados y a falta de estos lo serán sus Herederos Legales.

Beneficiario Deceso Familiar Directo: Para todos los efectos, el beneficiario de esta póliza será el Asegurado Titular.

9. EXCLUSIONES

Las exclusiones que se contemplan son las mismas que se establecen en las condiciones generales de este seguro bajo el código **POL320130351**, la que indica en su artículo 4° ("Exclusiones"), lo siguiente:

- 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.
- Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- Suicidio, intento de suicidio, o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.
- Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- Intoxicación o 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.
- Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
- Riesgos nucleares o atómicos.
- 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.
- Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO MUERTE ACCIDENTAL Y SEGURO POR DECESO DE FAMILIAR DIRECTO

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° 382794-00 / POLIZA N° 382795-00

- l) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- ll) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- m) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.
- n) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
- ñ) Exámenes médicos de rutina.
- o) Cirugía plástica o cosmética.
- p) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- q) Curas de reposo.
- r) Una infección oportunística, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por: r.1) "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Copia de dicha definición está archivada en las oficinas principales de la Compañía en Santiago, Chile. r.2) Infección Oportunística incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por *Pneumocystis Carinii*, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada. r.3) Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida. r.4) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano).
- s) Tratamiento o cirugía dental, excepto a dientes naturales sanos, ocasionados por una lesión accidental.

Las exclusiones que se contemplan son las mismas que se establecen en las condiciones generales de este seguro bajo el código **POL220210132**, la que indica en su artículo 5° ("Exclusiones"), lo siguiente:

Este seguro no cubre los gastos por servicios funerarios derivados del fallecimiento del asegurado, cuando éste se produzca a consecuencia de algunas de las siguientes situaciones:

- a. Suicidio o muerte producida a consecuencia de lesiones auto provocadas por el asegurado. No obstante lo anterior, el riesgo de muerte por suicidio del asegurado sólo quedará cubierto a partir de haber estado vigente el contrato de seguro por el plazo de 2 años, en virtud de sucesivas renovaciones.
- b. Guerra; invasión; actos de enemigos extranjeros; hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra; guerra civil; insurrección; sublevación; rebelión, sedición; motín; o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- c. Participación activa del asegurado en acto terrorista. Se entiende 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.
- d. Participación del asegurado en actos temerarios, notoriamente imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- e. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- f. Movimientos sísmicos, inundaciones, erupciones volcánicas, aluviones u otros fenómenos de la naturaleza, siempre que ellos hayan dado lugar a la declaración de zona de catástrofe por la autoridad competente.

De ocurrir el fallecimiento del asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas implicará que no existirá cobertura de reembolso de gastos derivados del fallecimiento del asegurado en particular, y producirá el término del seguro para dicho asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía Aseguradora.

10. INTERES ASEGURABLE – CARENCIA – DEDUCIBLES

El interés asegurable es aquel que tiene el asegurado en la no ocurrencia del riesgo. El asegurado debe tener un interés asegurable, actual o futuro, respecto del bien asegurado. En todo caso es preciso que tal interés exista al momento de ocurrir el siniestro. Si el interés no llegare a existir, o cesare durante la vigencia del seguro, el contrato terminará a contar de la fecha de inicio de la inexistencia.

Este seguro **NO** considera período de carencia ni deducibles de ningún tipo.

11. INFORMACION ADICIONAL AL ASEGURADO Y CONTRATANTE

a) Término Anticipado del Contrato por parte de la Compañía

La compañía podrá poner término anticipado al seguro contratado en cualquiera de las siguientes circunstancias:

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO MUERTE ACCIDENTAL Y SEGURO POR DECESO DE FAMILIAR DIRECTO

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° 382794-00 / POLIZA N° 382795-00

1. En el caso de no pago de la prima estipulada en las Condiciones Particulares de las pólizas que ampara estos seguros y transcurridos 30 días impagos, se enviará carta certificada al último domicilio registrado en la compañía, produciéndose el término del seguro, dentro del plazo estipulado en la ley. Se entiende que una prima se encuentra impaga, si transcurre el plazo establecido en las Condiciones Generales de este seguro, denominado plazo de gracia.
2. Que la edad del asegurado haya sobrepasado la edad máxima de permanencia estipulada en las Condiciones de Asegurabilidad, que se detallan en el punto 8 de estas Condiciones Particulares.
3. En el caso de producirse un siniestro cubierto por las presentes pólizas, es decir, que la cobertura siniestrada corresponda a alguna de las detalladas en el punto 5 de estas Condiciones Particulares, y la cobertura siniestrada pertenezca a alguna de las coberturas definidas a continuación, las que determinan el término del seguro, la compañía pondrá término al mismo conjuntamente con la liquidación del siniestro correspondiente. Las coberturas que ponen término al seguro contratado son:
 - Fallecimiento accidental.
 - Deceso familiar directo.

b) Término Anticipado del Contrato por parte del Asegurado

Las pólizas comercializadas por la compañía son siempre emitidas con fechas de Vigencia Inicial o Inicio de Cobertura y Vigencia Final o Término de Cobertura específicas y limitadas. La duración de las pólizas emitidas por la compañía se encuentra limitada al período que media entre ambas fechas.

c) Procedimiento de Servicio al Cliente

La compañía pone a disposición de sus clientes, sean éstos Contratante y/o Asegurados, el número **800 20 20 22**, a través del cual un Ejecutivo de Ventas o un Ejecutivo de Atención al Cliente lo atenderá y tomará conocimiento de sus requerimientos. También podrá contactarnos a través de nuestra web www.bicevida.cl

En caso de que este requerimiento pueda ser solucionado o aclarado en forma directa y telefónica, procederá a responderlo. En caso contrario, deberá requerir los antecedentes del cliente de modo que el requerimiento pueda ser respondido en un plazo no mayor a 30 días hábiles.

d) Sello SERNAC

A la fecha, esta póliza NO cuenta con sello SERNAC vigente conforme a lo establecido en el artículo 55 de la ley N° 20.555.

12. DENUNCIA DE SINIESTROS

- Ocurrido un evento amparado en una de las coberturas de esta póliza el Contratante deberá presentar la respectiva denuncia de siniestro tan pronto como sea posible, con las limitaciones que establece la ley, para lo cual el Contratante deberá remitir a la Compañía Aseguradora una carta que incluya al menos los siguientes documentos:

Cobertura Fallecimiento Accidental

- Certificado de defunción, original, el cual indique la causa de fallecimiento.
- Parte Policial.
- Certificado Toxicológico y Alcoholemia.
- La Compañía se reserva el legítimo derecho de exigir antecedentes adicionales respecto al Fallecimiento del Asegurado para proceder a la liquidación del siniestro.

Cobertura Gastos Deceso Familiar Directo

- Certificado de defunción indicando causa de muerte.
- Certificado de Matrimonio al día.
- Libreta de familia, certificado de nacimiento u otro documento con el cual acredite su parentesco con el fallecido.
- Boletas, facturas emitido a nombre del asegurado, con que se acredite el gasto incurrido por los servicios funerarios del familiar asegurado.
- Si el gasto no fue cancelado por el beneficiario, éste deberá solicitar por escrito a la Caja de Ahorro de Empleados Públicos se gire el cheque a nombre de quien efectuó el pago de los servicios funerarios.
- La Compañía se reserva el legítimo derecho de exigir antecedentes adicionales respecto al Fallecimiento del Asegurado para proceder a la liquidación del siniestro.

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO MUERTE ACCIDENTAL Y SEGURO POR DECESO DE FAMILIAR DIRECTO

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° 382794-00 / POLIZA N° 382795-00

- Queda entendido que el plazo antes señalado para la denuncia de siniestros no rige para aquellos asegurados desaparecidos cuya muerte presunta haya sido declarada conforme a la Ley. En estos casos, el plazo indicado en el párrafo precedente se contará a partir de la fecha de la sentencia judicial que declare la muerte presunta.
- En caso de siniestro usted puede dar aviso de siniestro en las oficinas de **CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS** o en BICE Vida a través de su página web www.bicevida.cl, a través de su call center 800 20 20 22 o a través de sus sucursales a lo largo del país.

13. DIVERSIFICACIÓN DE RIESGO

- Se informa al asegurado que en cumplimiento de la Norma de Carácter General N° 50 y sus modificaciones, emanada de la Comisión del Mercado Financiero, la información sobre la diversificación de riesgos y de las garantías que se han constituido con entidades aseguradoras, se encuentra en www.conosurseguros.cl

14. INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 del 28 de noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados, surgidos con motivo de su relación con ellos.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en la casa matriz y en todas las agencias, oficinas o sucursales de las entidades en que se atienda público, personalmente, por correo postal o medios electrónicos, sin formalidades, en el horario normal de atención.

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

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada en su respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1° o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1. OBJETO DE LA LIQUIDACION

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2. FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3. DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA

En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4. INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5. PRE-INFORME DE LIQUIDACION

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6. PLAZO DE LIQUIDACION

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de **45 días** corridos desde fecha de denuncia, a excepción de:

- a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: **90 días** corridos desde fecha de denuncia;

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO MUERTE ACCIDENTAL Y SEGURO POR DECESO DE FAMILIAR DIRECTO

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS**POLIZA N° 382794-00 / POLIZA N° 382795-00**b) Sinistros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde la fecha de denuncia;**7. PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION**

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la CMF, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifique la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8. INFORME FINAL DE LIQUIDACION

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 25 a 28 del Reglamento de Auxiliares de Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9. IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.

Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

15. AUTORIZACIÓN AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Por este acto, y según lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada y sus modificaciones, doy consentimiento y autorización expresa para que **BICE Vida Compañía de Seguros S.A.** y sus representantes, sucesores y cesionarios puedan proceder a la transmisión de la información contenida en este instrumento a terceros prestadores de servicios que estuvieren ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de hacer efectivo el (los) beneficio(s) que pudieren estar asociados al seguro contratado, así como para efectos de almacenamiento de la información. Asimismo, por medio del presente instrumento, autorizo a **BICE Vida Compañía de Seguros S.A.** para solicitar a cualquier médico o institución de salud que me haya examinado, información respecto de mi historia médica y condición de salud, todo ello con el objeto de poder hacer efectivas las coberturas de que trata el presente seguro.

Asimismo, y en atención al carácter colectivo del presente seguro, autorizo a **BICE Vida Compañía de Seguros S.A.** para remitirme a través del contratante de la póliza a mí o aquellos interesados, correspondencia en la cual pueda contenerse información sobre mi estado de salud.

Se deja constancia que las primas de las pólizas suscritas a través de la presente solicitud de incorporación son 100% de cargo de CAEP, por tanto, tendrá un costo 0 para el Asegurado o Imponente.

FECHA DE DECLARACIÓN

**GERARDO LECAROS URZÚA**CAJA DE EMPLEADOS PUBLICOS
RUT: 99.026.000-1

FIRMA ASEGURADO

**P.P. BICE VIDA COMPAÑÍA DE
SEGUROS S.A.**

RUT: 96.656.410-5

**JUAN ALBERTO COVARRUBIAS F.**CONOSUR CORREDORES DE SEGUROS LIMITADA
RUT: 76.213.750-K

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO COLECTIVO DE
ACCIDENTES PERSONALES



N° de Póliza : COL - 382794 - 0 Renovaci3n
Fecha Emisi3n : 09-06-2026
P3gina : 1 de 10

Contratante

Nombre	CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PUBLICOS			R.U.T.	99.026.000-1
Dirección	P.º BULNES 176				
Comuna	SANTIAGO		Ciudad	SANTIAGO	
Teléfono	00	Fecha Inicio Cobertura	01-06-2026	Fecha Término Cobertura	31-05-2027

Coberturas

Nº	Cobertura	C3digo Condicionado	Tasa Mensual %	Edad M3xima de Ingreso (Años)	Edad M3xima de Cobertura (Años)	Capital
1	MUERTE ACCIDENTAL	POL320130351	0,0123	69	70	60 UF

Las tarifas o tasas mensuales indicadas en el recuadro Coberturas, no incluyen el impuesto al valor agregado (IVA). Para determinar la prima a cancelar mensualmente, que resulte de la multiplicaci3n de las respectivas tasas por el capital asegurado correspondiente a cada cobertura, deber3 agreg3rsele dicho impuesto, exceptuando la cobertura principal, Vida.

Periodicidad de Pago de la Prima

Periodicidad Cobranza	MENSUAL
-----------------------	---------

Comisi3n

Intermediario	CONO SUR CORREDORES DE SEG. LTDA.	R.U.T	76.213.750-K	Comision del Corredor	5.00% de la prima neta
La solicitud de seguro y la cotizaci3n forman parte integrante de la p3liza, la que se emite en funci3n de los antecedentes en ellos consignados, y de cuya veracidad es responsable el contratante del seguro.		EL CONTRATANTE ASUME LAS RESPONSABILIDADES QUE EMANEN DE SU ACTUACI3N COMO CONTRATANTE DEL SEGURO COLECTIVO			

N° de Póliza : COL - 382794 - 0 Renovación
Fecha Emisión : 09-06-2026
Página : 2 de 10

Asegurados

Se consideran asegurados para efectos de este contrato de seguro, las personas que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en estas Condiciones Particulares, sean empleados de la empresa contratante y que mantengan contrato vigente en ella, siempre y cuando se haya efectuado la notificación correspondiente y previa aceptación a la incorporación por parte de la Compañía.

Cobertura

Alternativa A: Muerte Accidental (POL 3 2013 0962)

En virtud de esta alternativa de cobertura, el monto asegurado señalado en estas Condiciones Particulares será pagado por la Compañía Aseguradora a los beneficiarios, una vez acreditado el fallecimiento del Asegurado, si éste se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente y por causa no excluida en este contrato de seguro.

El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y esta alternativa de cobertura, debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la compañía que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa e inmediata de las lesiones originadas por el accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato a consecuencia de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

Definiciones

Para efectos de este contrato de seguro se entiende por:

Accidente: Para los efectos de este contrato de seguro se entiende que accidente corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se considera como accidente aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

Prima y Efecto del No Pago de la Prima

Para determinar la prima a cancelar, será la que resulte de la multiplicación de las respectivas tasas por el capital asegurado correspondiente a cada cobertura. Deberá agregársele el impuesto IVA a cada alternativa de cobertura.

a) Pago de Primas: El contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía Aseguradora de acuerdo a la periodicidad indicada en estas condiciones particulares hasta un plazo de 30 días posteriores a emitida la factura correspondiente.

Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la Compañía Aseguradora.

N° de Póliza : COL - 382794 - 0 Renovación
Fecha Emisión : 09-06-2026
Página : 3 de 10

La Compañía Aseguradora 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 Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro, que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro, por falta de pago de prima.

b) No pago de la prima: La falta de pago de la prima en el plazo indicado anteriormente producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de 15 (quince) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo "Comunicación entre las Partes", dirija el Asegurador al Asegurado y dará derecho a aquel para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Dicha terminación no aplicará en caso que el contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho de 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.

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

Exclusiones

Se aplicarán todas las exclusiones descritas en el Artículo 4 de la POL 3 2013 0962, inscrita en el depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, por las cuales se rige el presente contrato de seguro. La POL 3 2013 0962 antes indicada, se encuentra disponible en la sucursal virtual del cliente, a la cual éste puede acceder a través de www.bicevida.cl

Designación y Cambio de Beneficiarios

En caso de fallecimiento del asegurado titular los beneficiarios corresponderán a la o las personas designadas por el Asegurado en el Formulario de Solicitud de Incorporación Seguros Colectivos.

La designación del beneficiario podrá hacerse en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador.

Si al momento de la muerte real o presunta del Asegurado no hubiere beneficiarios ni reglas para su determinación, se tendrá por tales a sus herederos de conformidad a la ley.

La indemnización es inembargable, está exenta de impuesto de herencia y no se requiere trámite de posesión efectiva para su pago, siempre y cuando se hayan declarado los beneficiarios.

Obligaciones del Asegurado

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del Asegurado son las siguientes:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
2. Pagar la prima en la forma y época pactadas;
3. No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio;
4. Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
5. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

N° de Póliza : COL - 382794 - 0 Renovación
Fecha Emisión : 09-06-2026
Página : 4 de 10

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.

Vigencia del Contrato de Seguro Colectivo

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en el cuadro "Contratante" situado en la primera hoja de estas Condiciones Particulares y podrá ser renovada por un nuevo periodo a partir de la fecha de vencimiento del contrato de seguro, bajo las nuevas condiciones de coberturas y primas pactadas con el contratante, siempre y cuando se cumpla las condiciones definidas para la renovación del contrato de seguro.

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

Incorporación y Vigencia de la Cobertura Individual

Todas las personas que quisieran ingresar al contrato de seguro colectivo deberán presentar su Solicitud de Incorporación y cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en estas Condiciones Particulares.

En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo sobre sus vidas desde la fecha de inicio de vigencia de cada asegurado.

La vigencia inicial de la cobertura para los asegurados comenzará el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la compañía de seguros.

Término del Contrato de Seguro Colectivo

El contrato de seguro colectivo terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en estas Condiciones Particulares.

Asimismo, este contrato de seguro terminará cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Por no pago de la prima y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 del condicionado general;
- b) Si la moneda o unidad estipulada de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía, conforme a lo señalado en el Artículo "Moneda o Unidad del Contrato".

En el caso de término anticipado del contrato de seguro descrito en la letra b) de este artículo, la Compañía, conforme al Artículo "Comunicación entre las Partes", notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado.

Término de las Coberturas Individuales

El contrato de seguro colectivo terminará respecto de un asegurado cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Por término del contrato de seguro colectivo;

N° de Póliza : COL - 382794 - 0 Renovación
Fecha Emisión : 09-06-2026
Página : 5 de 10

- b) Cuando el contratante informe que el asegurado ya no es parte del grupo asegurado;
- c) Por fallecimiento del asegurado;
- d) Por el pago del monto asegurado de alguna de las alternativas de cobertura de Incapacidad Total y Permanente, si fue contratada en el seguro;
- e) Por el pago del 100% del monto asegurado de la alternativa cobertura B: Desmembramiento, si fue contratada en el seguro;
- f) Pago de la indemnización contemplada en alguna cláusula adicional contratada por el asegurado, que conforme a la misma provoque el término anticipado de la cobertura principal;
- g) A las 24:00 horas del último día de vigencia del contrato de seguro colectivo en que el asegurado cumpla la edad máxima de cobertura;
- h) Por no pago de la prima y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 del condicionado general;
- i) Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo "Obligaciones del Asegurado", conforme a lo señalado en el Artículo 525 del Código de Comercio;
- j) Cuando el Asegurado no hubiere informado a la Compañía de los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado según el Artículo "Obligaciones del Asegurado", conforme a lo señalado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales; y
- k) Cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

Terminada la vigencia del contrato de seguro, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

Procedimiento de Cobranza

Altas y bajas

La fecha de cierre para incorporaciones y exclusiones es el día 5 del mes en cobro.

La vigencia a las solicitudes de incorporación recibidas hasta el día 5 del mes en cobro, será a contar del día 1 del mes en cobro.

Las exclusiones informadas hasta el día 5 del mes en cobro, se hará efectiva a contar del día 1 del mes en cobro.

La vigencia a las solicitudes de incorporación recibidas posteriormente al día 5 del mes en cobro, será el 1 del mes siguiente.

Las exclusiones informadas con posterioridad al día 5 del mes en cobro, se realizarán a contar del mes siguiente.

Emisión de Factura anticipada

El día 15 del mes en cobro.

Fecha de la UF

Valor UF del último día del mes en cobro.

Denuncia Siniestros

El fallecimiento o la ocurrencia del accidente deberán ser notificado a la Compañía Aseguradora, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento o la ocurrencia del accidente del asegurado, mediante comunicación por escrito a la Compañía, a través de la página web www.bicevida.cl, llamando al teléfono 800 20 20 22 o en cualquier sucursal de la Compañía. No obstante lo anterior, la Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía Aseguradora, hasta 30 días después desde que fue posible su notificación una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

N° de Póliza : COL - 382794 - 0 Renovación
Fecha Emisión : 09-06-2026
Página : 6 de 10

Documentos a presentar

- a) Certificado de Defunción original del asegurado;
- b) Fotocopia Cédula de Identidad del asegurado o Certificado de Nacimiento original;
- c) Informe Médico;
- d) Parte Policial y Alcoholemia (si correspondiese);
- e) Otros antecedentes tales como, ficha clínica, informes, declaraciones, certificados, dictamen de invalidez u otros documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado.

Sin perjuicio de lo requerido precedentemente, también constituyen antecedentes necesarios para la alternativa de cobertura E: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, los siguientes:

- a) La entrega oportuna por el asegurado a la compañía del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique;
- b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado;
- c) La entrega a la compañía de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el siniestro denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por este contrato de seguro y determinar el monto de la indemnización. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de las pericias y exámenes médicos. El asegurado deberá requerir de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación del siniestro denunciado o autorizar a la Compañía o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el siniestro denunciado y los gastos consecuentes.

En caso de requerirse mayores antecedentes, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N° 1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo reemplace o modifique.

Nota: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros, Circular 2106 de Superintendencia de Valores y Seguros.

Comunicación entre las Partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o al asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que éste no dispusiese 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 la póliza o en el Formulario de Solicitud de Incorporación.

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 señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en el Formulario de Solicitud de Incorporación respectivo.

N° de Póliza : COL - 382794 - 0 Renovación
Fecha Emisión : 09-06-2026
Página : 7 de 10

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 de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros.

Domicilio

Para todos los efectos legales de la presente póliza, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.

Moneda o Unidad del Contrato

El Capital Asegurado y el monto de la Prima de este contrato de seguro se expresan en Unidades de Fomento (UF).

El valor de la unidad de fomento que se considerará para el pago de primas e indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

Servicio de Atención al Cliente

BICE Vida cuenta con un servicio de atención al cliente el cual atenderá las consultas y reclamos de sus clientes. Se puede acceder a este servicio por vía telefónica de lunes a jueves de 9:00 a 17:30 horas y los viernes de 9:00 a 16:00 horas llamando al 800 20 20 22, donde un ejecutivo de servicio al cliente atenderá sus consultas y reclamos, o le informará el estado de avance de una consulta o reclamo ingresado previamente.

También puede acceder a este servicio ingresando al sitio web de BICE Vida (www.bicevida.cl), hacer clic en Centro de Ayuda y completar el formulario en la opción Reclamos.

Este servicio no corresponde al servicio de atención al cliente (SAC) que regula el reglamento sello SERNAC.

El presente contrato es un seguro que no se encuentra asociado a aquellos productos o servicios financieros enumerados en el artículo 55 de la ley de protección de los derechos de los consumidores, y conforme a ello se deja constancia que no cuenta con el sello SERNAC.

Información sobre Presentación de Consultas y Reclamos

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de Noviembre 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

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

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

Autorregulación

Bice Vida Compañía de Seguros se encuentra adherida al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros. El consejo de Autorregulación de las Compañías de seguros fue constituido para ser la entidad encargada de velar por la plena aplicación del compendio de buenas prácticas corporativas que se han comprometido a respetar las aseguradoras y de recomendar la mejor forma de satisfacer el objetivo de prestar un servicio adecuado a sus clientes, en un ambiente de sana competencia. Las normas de dicho compendio tienen por objeto perfeccionar el desempeño del mercado de seguros, como sujeción a los principios de libre competencia y de buena fe que deben existir tanto entre las empresas de seguros, como con los asegurados.

Copia del compendio se encuentra a disposición de los interesados en www.autorregulacion.cl. Asimismo, Bice Vida Compañía de Seguros se encuentra adherida al Defensor del Asegurado, aceptando la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con la Compañía. Los clientes pueden presentar sus reclamos al Defensor del Asegurado a través de la página www.ddachile.cl.

ANEXO PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACION

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA

En caso de liquidación directa por la Compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES

El liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permiten, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE- INFORME DE LIQUIDACION

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de

N° de Póliza : COL - 382794 - 0 Renovación
Fecha Emisión : 09-06-2026
Página : 9 de 10

los interesados. El asegurado o la compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACION

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncia, a excepción de;

a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya Prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia;

b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos Desde fecha denuncia;

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión para el Mercado Financiero, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para la entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACION

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055 de 2012, Diario Oficial, 29 de diciembre de 2012).

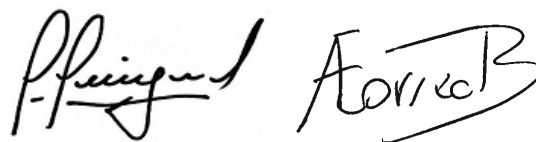
9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado. Impugnado el informe, el liquidador o la Compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

N° de Póliza : COL - 382794 - 0 RenovaciÃ³n
Fecha Emisi3n : 09-06-2026
P3gina : 10 de 10

Condiciones Especiales

- Cada asegurable titular deber3 completar la Solicitud de Incorporaci3n al Seguro Colectivo al inicio de vigencia del contrato. En caso contrario, el Contratante tendr3 que indicar a esta Compa3a, para cada asegurable titular, los siguientes campos : nombre, rut, fecha de nacimiento, actividad en la empresa y beneficiario (nombre, parentesco, rut y porcentaje de capital), designaci3n de beneficiarios, preferentemente a trav3s de medio magn3tico.



PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130351

ARTÍCULO N°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 N°2: COBERTURA

El asegurador pagará al asegurado o a sus beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por accidente, o de hospitalización a causa de enfermedad, las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la descripción de las coberturas que se indican en el artículo 3° de esta póliza. El asegurado podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares.

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.

ARTÍCULO N° 3: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

El asegurado podrá optar por una o más de las alternativas de cobertura que a continuación se indican, las que deberán expresamente consignarse 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 durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún 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 las coberturas definidas en las Alternativas B y C, en caso de haber sido contratados.

ALTERNATIVA B / DESMEMBRAMIENTO: En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia, la compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza: 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) con una mano o un brazo; 50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano; 40% por pérdida total de un pie; 50% por la sordera completa de ambos oídos; 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; 13% por la sordera completa de un oído; 50% 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; 35% por la ceguera total de un ojo; 20% por la pérdida total de un pulgar; 15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo; 5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano; 3% por la pérdida total de un dedo del pie; La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa B. Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta Alternativa B, se establece el significado de los siguientes términos:

Pérdida total: Se entiende por “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: Se entiende por “pérdida parcial” la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: Se entiende por “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: Se entiende por “miembro”, cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

ALTERNATIVA C / INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanentemente, la compañía pagará el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en la Alternativa B, a razón del uno por ciento mensual durante un período máximo de cien (100) meses mientras el asegurado esté vivo o hasta la cesación de su incapacidad.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad total y permanente el impedimento de desempeñar cualquier ocupación o trabajo remunerado para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia.

El asegurador determinará si se ha producido la incapacidad total y permanente de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos en su caso. Si el asegurador rechaza la incapacidad del asegurado, éste último, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación del asegurador, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos, elegidos por él, dentro de una nómina de cinco o más médicos propuestos por el asegurador, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por lo menos un año como médicos especialistas de las Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744 de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales o de la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y de Enfermedades Profesionales de esta misma ley. La junta médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma total y permanente conforme a la definición de incapacidad contenida en ésta Alternativa C. La junta médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios. La declaración de incapacidad o invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la junta médica un valor meramente informativo. El dictamen emitido por la junta médica será determinante y obligatorio para las partes. El costo de esta evaluación será de cargo exclusivo del asegurado. Durante el tiempo que dure esta evaluación, el asegurado deberá continuar pagando las primas de esta póliza a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza. Si el dictamen de la junta médica es favorable al asegurado, la compañía, pagará la indemnización desde la fecha del dictamen y devolverá las primas de esta cobertura pagadas después de la fecha del accidente, dentro de un plazo no superior a treinta (30) días contado desde la fecha del referido dictamen.

ALTERNATIVA D / REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE: En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un accidente, hasta el monto anual indicado en las Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguiente a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él.

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 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.

ALTERNATIVA E / REEMBOLSO DE GASTOS POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA: En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad, los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria hasta el monto máximo diario que se indica en las Condiciones Particulares de acuerdo a lo que más adelante se señala. Se reembolsarán los gastos de las atenciones prestadas desde el primer día de ingreso al Establecimiento Hospitalario y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares. Se entiende por Establecimiento Hospitalario el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipo de rayos X y quirófano atendidos por personal profesional especializado. 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 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.

CONVALECENCIA: En caso que el asegurado haya contratado esta alternativa incluida la Convalecencia, la compañía también pagará al asegurado, por concepto de convalecencia, una cantidad equivalente al 50% del monto máximo diario indicado en las Condiciones Particulares por cada día de hospitalización.

ALTERNATIVA F / BENEFICIO DE CIRUGIA POR ACCIDENTE: En virtud de esta cobertura, la compañía pagará al asegurado que incurra en gastos por una intervención quirúrgica, generada a consecuencia de enfermedad o accidente, la cantidad que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, establecidas en las Condiciones Particulares para cada tipo de operación quirúrgica, con las limitaciones que a continuación se señalan: **F.1.** La cantidad calculada por este procedimiento para el pago de la indemnización no podrá exceder el monto real de los gastos en que incurrió el asegurado. **F.2.** Cuando una intervención quirúrgica no se encuentre en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, la compañía determinará el pago comparando la intervención quirúrgica realizada con aquella de la Tabla de Operaciones Quirúrgicas que más se le asemeje, a criterio de la compañía, en cuanto a complejidad quirúrgica y tiempo de duración. En caso de que el asegurado no esté de acuerdo con el criterio de la compañía para la clasificación de la intervención, la cuestión será resuelta, sin forma de juicio, por un médico cirujano designado de común acuerdo por las partes, cuyos honorarios serán de cargo exclusivo del asegurado. **F.3.** En caso que se realice más de una intervención quirúrgica, como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad, el pago del beneficio ascenderá al monto que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de la intervención quirúrgica que tenga asignado en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas el porcentaje más alto, de las efectuadas. **F.4.** El pago de todas las intervenciones quirúrgicas producidas por un mismo accidente o enfermedad, no excederá en ningún caso el monto del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares. **F.5.** El gasto correspondiente a intervenciones quirúrgicas de los órganos de reproducción, amígdalas, adenoides, pólipos y hernias, está cubierto sólo después de 120 días contados desde el inicio de la vigencia de esta póliza.

El asegurado que a consecuencia de accidente o enfermedad, deba utilizar además servicio de ambulancia para su traslado, tendrá derecho a percibir el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares para efectos de ambulancia. 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 en 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 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.

ALTERNATIVA G / CANTIDAD DIARIA POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA: En virtud de esta cobertura, la compañía pagará al asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad, 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 desde el primer

día de ingreso al Establecimiento Hospitalario y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares. Se entiende por Establecimiento Hospitalario el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, quirófano y equipo de rayos X, atendidos por personal profesional especializado. 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.

CONVALECENCIA: El asegurado podrá contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, el beneficio adicional de convalecencia, estipulándolo expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

En este caso, la compañía pagará al asegurado por este concepto una cantidad equivalente al 50% de la suma de las indemnizaciones diarias por accidente o enfermedad que efectivamente perciba el asegurado, independientemente del número de días que permanezca en convalecencia.

Este beneficio adicional, en el evento de que se contrate, se aplicará cada vez que el asegurado se hospitalice y tenga derecho al pago de la indemnización diaria de enfermedad o accidente.

ARTÍCULO N°4: EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las cantidades establecidas en las coberturas indicadas en los artículos 2 y 3 de esta póliza, cuando el fallecimiento o lesiones del asegurado se produzca 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. **b)** Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa. **c)** Comisión de actos 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 causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente. **e)** Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo. **f)** Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado. **g)** Intoxicación o 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. **h)** Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que exprese y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador. **i)** Riesgos nucleares o atómicos. **j)** 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. **k)** Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas. **l)** Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. **ll)** Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan. **m)** Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza. **n)** Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo. **ñ)** Exámenes médicos de rutina. **o)** Cirugía plástica o cosmética. **p)** Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa. **q)** Curas de reposo. **r)** Una infección oportunistica, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por: **r.1)** "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Copia de dicha definición está archivada en las oficinas principales de la Compañía en Santiago, Chile. **r.2)** Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada. **r.3)** Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida. **r.4)** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano). **s)** Tratamiento o cirugía dental, excepto a dientes naturales sanos, ocasionados por una lesión accidental.

ARTÍCULO N°5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme dispone el artículo 524 del Código de Comercio, el asegurado estará obligado a: **a)** Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos; **b)** Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto; **c)** Pagar la prima en la forma y época pactadas; **d)** Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro; **e)** No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que agraven sustancialmente el riesgo. **f)** En caso de siniestro, tomar todas las providencias necesarias para salvar la cosa asegurada o para conservar sus restos. **g)** Notificar al asegurador la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro **h)** Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias; y **i)** Las demás obligaciones contempladas en la póliza.

ARTÍCULO N°6: LÍMITE DE COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza puede ser renovada con el consentimiento de la compañía, al término de cada período de cobertura, mediante el pago por adelantado de la prima especificada por la compañía, siendo dicha prima calculada a la tasa que ésta tuviere en vigencia al momento de la renovación y según lo establecido en las Condiciones Particulares y hasta una edad máxima del asegurado indicada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO N°7: 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. La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en la Solicitud de Seguro, en sus documentos accesorios y complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen condición de validez de este contrato de seguro.

En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información solicitada por la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no fueron determinantes del riesgo asegurado, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, el asegurador tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Sin perjuicio de lo anterior, transcurridos dos años contados desde la vigencia de la póliza, o desde la incorporación del asegurado, o desde la última rehabilitación o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiesen sido dolosas.

Cuando se pague una prima menor de la que correspondía, se reducirá proporcionalmente el capital asegurado, es decir, la obligación de la compañía aseguradora se reducirá a la cobertura que hubiere correspondido a la prima pagada. Si a consecuencia de la inexacta declaración de edad se estuviere pagando una prima más elevada que la que corresponde a la edad real, la compañía aseguradora estará obligada a devolver al asegurado el setenta por ciento (70%) del exceso de prima que hubiere pagado en el último año de vigencia de la póliza, manteniéndose el capital asegurado sin variaciones.

ARTÍCULO N°8: BENEFICIARIOS

Se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio asegurado. En caso de fallecimiento de éste se tendrá como beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres figuren con tal carácter en las Condiciones Particulares. El asegurado podrá instituir como beneficiario a cualquier persona.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario establecida en las Condiciones Particulares. Si no se designa a una persona determinada, se entenderá que instituye como tal a sus herederos. La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en el testamento. La compañía aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado por escrito con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

El contratante podrá revocar la designación de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que hubiese renunciado a esta facultad por escrito, de la cual deberá dejarse constancia en las Condiciones Particulares del póliza. Cuando la designación se hubiere hecho en calidad de irrevocable, para cambiar al beneficiario designado en tal carácter, se deberá contar con su consentimiento.

ARTÍCULO N°9: CAMBIO DE LA PÓLIZA

Ninguna declaración hecha por el proponente de un seguro, no incluida bajo esta póliza, anulará ésta o será utilizada en cualquier acción legal bajo la misma. Ningún agente del asegurado tiene autorización para modificar esta póliza o renunciar a cualquiera de sus estipulaciones.

ARTÍCULO N°10: CONSIDERACIÓN

Esta póliza es emitida en consideración al pago por adelantado de la prima especificada en las Condiciones Particulares, y entra en vigor en la fecha de vigencia declarada en dichas Condiciones Particulares. Después de haber entrado en vigor, esta póliza continuará su efectividad hasta la fecha en que el período de cobertura expire. Todos los períodos de cobertura comenzarán y terminarán a las 00:01 horas de la localidad donde se emite la presente póliza.

ARTÍCULO N°11: REAJUSTE DE VALORES

El capital asegurado y el monto de las primas correspondientes a esta póliza, se expresarán en Unidades de Fomento o en otras unidades reajustables autorizadas por la Superintendencia de Valores y Seguros. El valor de la Unidad de Fomento o de la Unidad Reajutable señalada en las Condiciones Particulares, que deberá considerarse para el pago de las primas o indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

ARTÍCULO N°12: PRIMAS Y EFECTO DE NO PAGO DE PRIMA

a) Pago de Primas: El pago de las primas se hará en la oficina principal del asegurador o en los lugares que éste designe, dentro de los plazos estipulados para el efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

b) Plazo de gracia: Efectuado el pago de la primera prima inicial de la póliza, el asegurador concede un plazo de gracia establecido en las Condiciones Particulares para el pago de las primas siguientes, cualquiera sea la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

c) Término del contrato por falta de pago de prima: Si al vencimiento del plazo de gracia antes señalado, el asegurado no ha pagado la prima, se producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 días contados desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado 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.

ARTÍCULO N°13: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

De conformidad al artículo 526 de Código de Comercio, el asegurado o contratante en su caso, deberá informar al asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado y sobrevengan con

posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los cinco días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador.

Se presume que el asegurado conoce las agravaciones de riesgo que provienen de hechos ocurridos con su directa participación. Si el siniestro no se ha producido, el asegurador, dentro del plazo de 30 días a contar del momento en que hubiere tomado conocimiento de la agravación de los riesgos, deberá comunicar al asegurado su decisión de rescindir el contrato o proponer una modificación a los términos del mismo para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura de la póliza. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá dar por rescindido el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido sin que el asegurado o el contratante en su caso, hubieren efectuado declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el primer párrafo de este artículo, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización respecto de las coberturas del seguro afectadas por el agravamiento. No obstante, en caso que la agravación del riesgo hubiera conducido al asegurador a celebrar el contrato en condiciones más onerosas para el asegurado, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, por la naturaleza de los riesgos hubiere debido conocerlos y los hubiere aceptado expresa o tácitamente.

Salvo en caso de agravación dolosa de los riesgos, en todas las situaciones en que de acuerdo a los párrafos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al asegurado, la proporción de prima correspondiente al periodo en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

Se considerará que agrava el riesgo el cambio que hace el asegurado de una ocupación a otra, clasificada por la compañía aseguradora como más riesgosa que la declarada al contratar esta póliza, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, en cuyo caso se aplicarán las normas anteriores sobre agravación o alteración de riesgo.

Si el asegurado cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la señalada en esta póliza, la compañía al recibo de la prueba de dicho cambio reducirá la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio de ocupación, o a la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente al recibo de dicha prueba, en caso que este aniversario hubiese ocurrido con posterioridad al cambio de ocupación. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima, serán las vigentes a la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

ARTÍCULO N°14: DENUNCIA DE SINIESTRO

JUSTIFICACIÓN: Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la cantidad reclamada y deberán proporcionar las pruebas necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente o enfermedad que requiere hospitalización, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de dicho accidente o enfermedad. En caso de no cumplirse con este requisito, la responsabilidad del asegurador con respecto del asegurado o beneficiarios emanada de esta póliza, cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo.

La compañía se reserva el derecho a solicitar a las autoridades competentes, y a su costa, que efectúe una autopsia en caso de muerte del asegurado. Si el beneficiario se negare a permitir dicha autopsia o la retardase en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.

NOTIFICACION Y PLAZO: Cuando se produzca un accidente o enfermedad que requiere hospitalización, éste se deberá poner en conocimiento del asegurador por escrito dentro del plazo de treinta (30) días contado desde su ocurrencia, para lo cual se deberá llenar además un formulario proporcionado por el asegurador, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

ARTÍCULO N°15: TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO

Las partes podrán convenir que el asegurador pueda poner término anticipadamente al contrato, con expresión

de las causas que lo justifiquen, salvo las excepciones legales, en cuyo caso devolverá al asegurado la prima efectivamente pagada y no devengada correspondiente al tiempo que falta por transcurrir desde la fecha en que opera la terminación del contrato.

El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador, pero en este caso la compañía le devolverá la diferencia entre la prima pagada y la prima consumida conforme a la tarifa para seguros de plazos cortos, cuya tabla se inserta en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO N°16: REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso que a la póliza se le haya puesto término anticipado, el contratante podrá solicitar personalmente su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, el asegurador podrá exigir del asegurado que acredite, a su satisfacción, que reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal.

ARTÍCULO N°17: IMPUESTOS

Los impuestos que en el futuro se establezcan sobre las primas, intereses, capitales asegurados 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 del asegurador.

ARTÍCULO N°18: ARBITRAJE

Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro el del domicilio del beneficiario.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o los Asegurados, 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 Aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931, o en la disposición equivalente que se encuentre vigente a la fecha en que se presente la solicitud de arbitraje.

ARTÍCULO N°19: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o 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 esta 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.