

PÓLIZA DE SEGURO

Materia asegurada

Se otorga cobertura durante **24 horas** a Jugadores de rugby amateur Licenciados en la Asociación de Rugby de Santiago, siempre se encuentren realizando la actividad asegurada.

Actividades

Jugadores de Rugby amateur. Se excluyen deportistas profesionales

Beneficiarios

Herederos legales

Ámbito Territorial

Chile, incluyendo viajes al extranjero con exclusión de países bélicos y/o de países sancionados económicamente por mandato de las Naciones Unidas.

Coberturas

Según Condiciones Generales de Póliza de Seguro de **Accidentes Personales** aprobadas por la CMF el detalle de la cobertura es el siguiente:

Cuadro de Coberturas

Concepto	Monto UF	Prima
PLAN A Muerte Accidental	500	256,000
PLAN B Invalidez total o permanente 2/3 por accidente	500	256,000
PLAN C Desmembramiento	500	0,000
PLAN D Reembolso de gastos médicos por accidente	75	128,000
PLAN F Gastos Funerarios	35	0,000
Terremoto	0	0,000
Motines y tumultos	0	0,000
Vuelo no regular	0	0,000
Negligencias	0	0,000
Insolación y congelamiento	0	0,000
Mal de altura	0	0,000
Avalanchas de nieve y rodados	0	0,000
Asalto y Homicidio	0	0,000
Motociclismo	0	0,000

Motines y tumultos

Las consecuencias derivadas de motines o tumultos, sin perjuicio de lo estipulado respecto de la intervención del asegurado en dichos motines o tumultos, que queda excluida absolutamente del seguro.

Motociclismo

Motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgoneta o vehículos similares, solo como medio de transporte.

Vuelo no regular

Están cubiertos los vuelos en aeronaves privadas/corporativas con ala fija para transporte ejecutivo, siempre que hayan sido fabricados en los últimos 20 años. Los vuelos deberán ser realizados entre aeropuertos terrestres legalmente establecidos. Quedan excluidos los vuelos en helicópteros o similares (rotor craft), vehículos aéreos de prueba, naves industriales para auxilio y rescate, militares o similares, y la utilización de cualquier medio de transporte aéreo que no esté registrado para realizar el transporte comercial de pasajeros. Pilotos y tripulación no estarán cubiertos y deben tener, el máximo de 65 años de edad, caso contrario los pasajeros no estarán cubiertos. Los cúmulos por evento y por año quedarán reducidos a 2 vidas en caso de un accidente en consecuencia de un vuelo no regular.

Negligencia

Negligencia o imprudencia grave o, en otras palabras, la falta de aquel cuidado que aún las personas negligentes y de poca prudencia suelen emplear en sus propios negocios.

Insolación y congelamiento

Se otorga cobertura de Insolación y Congelamiento a los asegurados que ocasionalmente queden expuestos a un factor climático adverso a consecuencia de un accidente.

Mal de altura

Accidentes que se ocasionen a consecuencia directa del mal de altura, excluyéndose la muerte a causa de enfermedades preexistentes que se manifiesten por mal de altura.

Avalanchas de nieve y rodados

Masa grande de nieve y Rodados que cae por la ladera de una montaña con gran violencia y estrépito, arrasando todo lo que encuentra a su paso.

Asalto y homicidio

Se refiere a un ataque y/o una acción contra una persona con la intención de **robar**, mientras que **homicidio** se refiere al delito que consiste en matar a una persona sin que exista una premeditación u otra circunstancia agravante.

Exclusiones

- De acuerdo a Título II, señalado en la POL 320160196

No es Ámbito de Cobertura

- Manejo y porte de armas de fuego y/o armas blancas, durante el período asegurado
- Práctica de deportes o actividades de alto riesgo y notoriamente peligrosas tales como: Parapente, polo, andinismo, box, benji, rafting, equitación, paperchase, steeplechase, rodeo, jockey, snowbord, y otros similares
- Deportistas profesionales y/o Escuelas o campeonatos de Fútbol.
- Guardias de seguridad y personal de las F.F. A.A, que porten armas, Militares en Servicio.
- Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.
- 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.
- Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.

- Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones cubiertas por esta póliza, incluyendo:
 - Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
 - Exámenes médicos de rutina.
 - Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras o el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
 - Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
 - Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza.
- Bomberos y Rescatistas.
- Piloto de avión, Personal de barco, avión y similares.
- Trabajos en condiciones extremas de temperatura, cámaras de congelación o frigoríficas, en fundiciones, entre otros
- Trabajos en altura
- Trabajos en zonas subterráneas
- Manejo y/o uso de explosivos
- Alta tensión

Condiciones Particulares

- Edad mínima para la contratación de este seguro: 18 años.
- Edad máxima de ingreso, desde los 69 años y 364 días. Edad máxima de permanencia 79 años y 364 días.
- En caso de siniestro se deberá demostrar la relación entre la persona afectada y la empresa contratante.
- Inclusiones y Exclusiones Automáticas: Cualquier persona que ingrese a la nómina de deportistas licenciados con seguro complementario por la Asociación de Rugby de Santiago (el asegurado) quedará automáticamente cubierta bajo este seguro a partir de la fecha del respectivo contrato. Así mismo, se excluirá de esta póliza las personas que dejen de pertenecer a la dotación del asegurado al momento del término de la Temporada 2019. Para cumplir los efectos mencionados en el párrafo anterior, se deberá informar de los movimientos de inclusión o exclusión de los asegurados en un plazo no mayor a 30 días corridos, desde el momento que se realice el movimiento.
- Se deja expresamente establecido que los asegurados deberán contar con todas las protecciones y seguridad que exigen las autoridades competentes y facultadas para el tipo de actividad.
- Se deja constancia que las ubicaciones de riesgos corresponden a las señaladas en las condiciones particulares, las que serán modificadas sólo mediante información entregada con la debida anticipación a la Compañía.
- En caso de accidente, se debe informar a la compañía inmediatamente de haber tenido conocimiento del hecho.
- En caso de muerte esta debe ser constatada y certificada por las Autoridades competentes. Se entiende por autoridad competente la policial, marítima, médica o judicial, en su caso, de la jurisdicción respectiva en que el suceso se haya producido.
- La compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes.

- **Cláusula OFAC:** Esta póliza no otorga ninguna cobertura en aquellos casos en que el tomador, asegurado, beneficiario o afianzado, o sus empleados o personas relacionadas, tenga alguna relación o se encuentre incluido en actividades relacionadas directa o indirectamente con actividades terroristas, lavado de activos o de similar naturaleza, incluyendo, pero sin estar limitadas, a las listas o sanciones dispuestas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC, según sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los EEUU. Se excluyen de cobertura, expresamente, aquellos siniestros y toda y cualquier pérdida relacionada directa o indirectamente con operaciones, negocios, contratos o vínculos de cualquier naturaleza con países o personas incluidas en dichas listas, o cuyo pago deba ser efectuado a personas o países designados.

Anexo 1

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

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 LIQUIDACIÓN

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 OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN 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) INFORMACIÓN 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 LIQUIDACIÓN

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 LIQUIDACIÓN

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 UF 100: 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 LIQUIDACIÓN

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 Superintendencia, 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 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 LIQUIDACIÓN

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 Nº 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012),

9) IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN

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.

Se incluye anexo nº 1 de la circular 2131 de la SVS que imparte instrucciones sobre atención de clientes y tramitación de consultas y reclamos, que reemplaza y deroga las circulares 1487, de 2000, y 1760, de 2005.

ANEXO CIRCULAR 2131

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular Nº2131 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 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 Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1º, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320160196

PRIMERO: REGLAS APLICABLES

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.

SEGUNDO: DEFINICIONES

Para los efectos del presente contrato, se entenderá por:

1. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del asegurado ocasionándole la muerte o provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y la asfixia, torceduras 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.
2. **Beneficiario:** Persona designada por el asegurado para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.
3. **Certificado de cobertura o certificado definitivo:** documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo o flotante.
4. **Deducible:** La estipulación por la que asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado.
5. **Garantías:** Los requisitos destinados a circunscribir o disminuir el riesgo, estipulados en un contrato de seguro como condiciones que deben cumplirse para que haya lugar a la indemnización en caso de siniestro.
6. **Gastos razonables y acostumbrados:** El monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de lesiones causadas por accidentes; característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
7. **Hospital o clínica:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación de enfermos mentales o tratamiento psiquiátrico, adictos a drogas o alcohólicos.
8. **Hospitalización:** Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.
9. **Incapacidad Temporal:** Es aquella que a consecuencia de un accidente, impide al asegurado en forma transitoria el desarrollo normal de sus actividades de trabajo u ocupación habitual.
10. **Invalidez Total y Permanente 2/3:** La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente 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. Nº 3.500 de 1980.
11. **Período de carencia para hospitalización:** Número de días para cada hospitalización, durante los cuales el asegurado no tiene derecho a percibir los beneficios de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de Accidente.
12. **Siniestro:** La ocurrencia del riesgo o evento dañoso contemplado en el contrato.

TÍTULO PRIMERO: COBERTURA

La Compañía se obliga, conforme a las modalidades estipuladas en este condicionado y en las condiciones particulares de este seguro, a indemnizar al asegurado o a sus beneficiarios, las lesiones corporales, la incapacidad o la muerte que éste sufra a consecuencias de un accidente.

La cobertura contenida en este seguro, se sujeta a las condiciones y límites de cada plan específico contratado, y a los términos de las condiciones particulares.

PRIMERO: DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

Este seguro contempla una Plan A para muerte accidental; un Plan B para invalidez total o permanente 2/3 por accidente; una Plan C por desmembramiento; un Plan D por reembolso de gastos médicos por accidente; un Plan E por indemnización por hospitalización a causa de accidente; y un Plan F por gastos funerarios.

Sólo el Plan A podrá contratarse de modo individual. Las coberturas contenidas en los Planes B, C, D y E sólo podrán contratarse en conjunto con al Plan A.

La contratación del Plan A para muerte accidental, requiere el consentimiento escrito del asegurado, con indicación del monto asegurado y la persona del beneficiario, según lo establece el artículo 589 inciso 2º del código de Comercio. Considerando el carácter consensual del seguro, el consentimiento del asegurado que se exige en este párrafo podrá constar en cualquier antecedente o medio de prueba en los términos del artículo 515 inciso 1º del citado Código.

1. COBERTURA PLAN A PARA MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura la compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en las condiciones particulares de este seguro, 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 consecuencia de una lesión accidental ocurrida durante la vigencia de la póliza y que a consecuencia de la misma, el asegurado fallezca a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) 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 los Planes B.-, C.-, y D.- en caso de haber sido contratadas.

Para la cobertura de muerte accidental el monto asegurado se encuentra limitado de acuerdo a los siguientes tramos de edad:

Hasta los 69 años y 364 días, Se otorga el 100% del Monto asegurado.

Desde los 70 años hasta los 79 años y 364 días, se reduce en un 50% el Monto asegurado.

Desde los 80 años hasta los 84 años y 364 días, se reduce en un 25% el Monto asegurado.

2. COBERTURA PLAN B PARA INVALIDEZ TOTAL O PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE

En el evento que el Asegurado resulte con una invalidez total y permanente de 2/3, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro, la Compañía pagará el capital asegurado estipulado en las condiciones particulares de este seguro.

Para la cobertura de invalidez total y permanente de 2/3 por accidente el monto asegurado se encuentra limitado de acuerdo a los siguientes tramos de edad:

Hasta los 69 años y 364 días, Se otorga el 100% del Monto asegurado.

Desde los 70 años hasta los 79 años y 364 días, se reduce en un 50% el Monto asegurado.

Desde los 80 años hasta los 84 años y 364 días, se reduce en un 25% el Monto asegurado.

En aquellos casos que la invalidez total y permanente 2/3, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza, se manifieste en forma progresiva o no, esta deberá ser establecida a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

3. COBERTURA PLAN C POR 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 ciento ochenta (180) días contado desde su ocurrencia, la compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado, en las condiciones particulares de este seguro:

100 % En caso de pérdida total de la visión de ambos 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, o de un pie, o por la sordera completa de ambos oídos, o por la pérdida del habla;

50 % Por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

35 % Por la pérdida total de la visión de un ojo;

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;

20 % Por la pérdida total del pulgar de una mano;

15 % Por la sordera total completa de un oído;

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 indemnización por la pérdida total de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por:

1. 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.

2. 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.

3. 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.

La pérdida funcional total de cualquier miembro, cuando sea permanente e irreversible, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de este seguro, 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 este Plan C.

4. COBERTURA PLAN D POR REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura la compañía reembolsará al asegurado, hasta el monto máximo señalado en las condiciones particulares de este seguro por los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios, razonables y acostumbrados, incurridos por el asegurado que sean consecuencia inmediata y directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro, siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas o medicamentos adquiridos dentro de un plazo de ciento ochenta (180) días, contado desde la fecha de ocurrencia de cada accidente. Para todo efecto, por cada accidente ocurrido, cualquier reembolso será posterior al pago del monto del deducible que se indica en las Condiciones Particulares.

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

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada y/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.

Además de las exclusiones antes mencionadas, la presente cobertura no reembolsará los gastos anteriormente indicados, cuando ellos provengan o se originen por:

1. Lesión causada por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
2. Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.
3. La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado.
4. La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
5. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.

5. COBERTURA PLAN E POR INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía pagará al asegurado hospitalizado a causa de accidente, una indemnización diaria establecida en las condiciones particulares de este seguro. Se pagará la indemnización diaria por hospitalización desde el término del período de carencia de tres (3) días y hasta por el máximo de días señalados en las mismas Condiciones Particulares. El período de carencia se aplicará, tantas veces el asegurado se hospitalice durante la vigencia de la cobertura siempre y cuando el ingreso, no sea consecuencia de un accidente que previamente haya causado la hospitalización.

Será condición necesaria para proceder al pago de la indemnización diaria, la presentación por parte del asegurado de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Hospital o Clínica.

6. COBERTURA PLAN F POR GASTOS FUNERARIOS

En virtud de esta cobertura la compañía pagará a los beneficiarios del asegurado los gastos funerarios en que debería incurrir como consecuencia de fallecimiento accidental de éste.

Para los efectos de esta cobertura, se entenderá por gastos funerarios el de la compra de la urna, ataúd, ánfora o cofre; el servicio de transporte de los restos; la publicación del fallecimiento en un diario del domicilio del asegurado fallecido; gastos de sepultura y los del servicio religioso.

Sólo se pagará tales gastos si la muerte ocurre dentro del territorio nacional y, en todo caso hasta el monto máximo indicado en las condiciones particulares de este seguro.

SEGUNDO: RIESGOS EXCLUIDOS

Queda excluido de este seguro, los daños que tengan su origen en el fallecimiento o lesiones del asegurado, que se produzcan directa o indirectamente, total o parcialmente a consecuencia de:

1. 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

2. La participación en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

3. Participación activa del asegurado en Guerra, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, operaciones militares para la obtención o mantención de la paz, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
4. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por quien pudiere verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada.
5. Suicidio o intento del mismo, auto mutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
6. Desempeñarse como deportista de alto rendimiento o profesional según lo establecido en el artículo 8º de la Ley del Deporte N° 19.712 de enero de 2001 y en el DFL 1 de 1970, respectivamente.
7. Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
8. Ataques cardíacos, parálisis; ni los que ocurran estando el asegurado en estado de embriaguez, cuyo grado sea superior a 0.8 gramos de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente, o bajo la influencia de drogas, somníferos, alucinógenos o desinhibitorios, aun cuando ella sea parcial o en estado de sonambulismo
9. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
10. El uso, la liberación o el escape de los materiales nucleares que directa o indirectamente resulte en una reacción nuclear, radiación o contaminación radiactiva. Además, están excluidas las consecuencias de dispersión, utilización o escape de materiales biológicos y químicos patogénicos o venenosos. Sin embargo, lo mencionado anteriormente se aplica solamente si 50 o más personas resultan muertas o sufren lesión física seria, dentro del plazo de 90 días de la ocurrencia del incidente y que cause la muerte o lesión física seria. Para los propósitos de esta disposición, lesión física seria significa: (a) Lesión física que implica un riesgo substancial de la muerte; o (b) desfiguración física prolongada y obvia; o (c) pérdida prolongada o debilitación de la función de un miembro corporal u órgano.
11. Cirugía plástica o cosmética.
12. Infecciones bacterianas, siempre y cuando éstas no sean a consecuencia de una lesión accidental cubierta por este seguro.
13. Este seguro no otorga cobertura en aquellos casos en que el tomador, asegurado, beneficiario o afianzado, o sus empleados o personas relacionadas, tenga alguna relación o se encuentre incluido en actividades relacionadas directa o indirectamente con actividades terroristas, lavado de activos o de similar naturaleza, incluyendo, pero sin estar limitadas, a las listas o sanciones dispuestas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC, según sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los EEUU.

Se excluyen de cobertura, expresamente, aquellos siniestros y toda y cualquier pérdida relacionada directa o indirectamente con operaciones, negocios, contratos o vínculos de cualquier naturaleza con países o personas incluidas en dichas listas, o cuyo pago deba ser efectuado a personas o países designados (Specially Designated Nationals List, SDN).

TERCERO: FORMA DE INDEMNIZAR

La forma de indemnizar se ajustará a las normas contenidas en el presente condicionado y, a los términos pactados en los condicionados particulares de este Seguro. Todo según lo dispuesto en el artículo 563 del Código de Comercio.

La obligación del asegurador de indemnizar ocurrido el riesgo asegurado, será exigible una vez determinada la pérdida o concluido el proceso de liquidación de siniestros, regulado en los artículos 61 y siguientes del Decreto con Fuerza de Ley número 251 y en el Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros o las normas que los reemplacen.

CUARTO: SUMA ASEGURADA Y LÍMITE DE LA INDEMNIZACIÓN

La suma asegurada constituye el límite máximo de la indemnización que se obliga a pagar el asegurador en caso de siniestro, y será determinada según las reglas contenidas en este condicionado y en las condiciones particulares de este seguro.