

**SEGURO ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES
COLEGIO BAUTISTA
PROCEDIMIENTO PARA COBRO DE REEMBOLSOS DE GASTOS
MEDICOS**

El presente tiene por objeto informar a los padres y apoderados de **Fundación Educacional Colegio Bautista de Temuco**, sobre procedimiento en caso de atención por accidente, según coberturas contratada en póliza **Col-10533-8** de Accidentes Personales, **vigencia 01/03/2023 al 29/02/2024**.

Atención Convenio Urgencia:

En caso de que un asegurado sufra un accidente dentro del establecimiento educacional debe considerar lo siguiente:

- Solicitar a encargado del colegio, Orden de atención para ser presentado en el prestador en convenio al momento de la atención. (Clínica Alemana de Temuco y Mutual de Seguridad).
- En caso de que el monto total del gasto por atención médica de urgencia, recibida por el asegurado de parte del prestador en convenio sea menor o igual a UF 12, este será facturado directamente por el Prestador en convenio BiceVida, sin necesidad que el asegurado solicite cobertura o reembolso en su institución de salud previsional (Isapre/Fonasa u otro)
- En caso de que el monto total del gasto por la atención médica de urgencia recibida por el asegurado sea mayor a UF 12, será responsabilidad de éste realizar el pago de estas atenciones al Prestador para posteriormente solicitar la cobertura o reembolsos en su institución de salud previsional (Isapre/Fonasa u otro).

El trámite ante la institución de salud previsional del asegurado es obligatorio, por lo que sólo una vez realizado éste, podrá solicitar reembolso en la Compañía de Seguros.

Lo anterior también aplica a todos los gastos médicos derivados de controles médicos por convalecencia del accidente que originó la atención de urgencia

- En caso de que el gasto incurrido no tenga bonificación de la institución de salud (Isapre/Fonasa u otros) la Compañía reembolsará el 50% del total de gastos reclamados. La Institución de Salud de Salud deberá colocar timbre "No Bonificable" o similar.
- En caso de que el asegurado no pertenezca a ningún sistema previsional, Isapre o Fonasa, la Compañía reembolsará el 50% del total de los gastos reclamados.

Atención Libre Elección:

- Si el asegurado sufre un accidente en días festivos, fines de semana o en período de vacaciones, queda a criterio del asegurado la elección del establecimiento donde solicitará la atención médica (modalidad libre elección) y será responsabilidad de éste realizar el pago de estas atenciones al Prestador, para posteriormente solicitar la cobertura o reembolsos en su institución de salud previsional (Isapre/Fonasa u otro).

El plazo máximo de presentación de gastos en la compañía es de 90 días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto.

En caso de que el asegurado no pertenezca a ningún sistema previsional, Isapre o Fonasa, la Compañía reembolsará el 50% del total de los gastos reclamados.

En caso de que el gasto incurrido no tenga bonificación de la institución de salud (Isapre/Fonasa u otros) la Compañía reembolsará el 50% del total de los gastos reclamados.

Este seguro opera las 24 horas del día los 365 días del año.

Este seguro cubre actividades deportivas escolares como Rugby y Equitación.

Para solicitar reembolso de gastos médicos a la Compañía, el asegurado debe presentar siempre los originales de cada uno de los documentos emitidos por la institución de salud (Isapre o Fonasa) o el prestador médico según corresponda, los cuales deberá adjuntar al respectivo formulario “Solicitud de gastos médicos por Accidente” debidamente completado.

Es importante señalar que la cobertura de gastos médicos por accidente sólo considera reembolso por atenciones realizadas durante la vigencia del asegurado en la póliza.

El monto máximo de cobertura es de UF 200, según vigencia de póliza

EL PLAN CONTRATADO NO CONSIDERA DEDUCIBLE

COBERTURAS CONTRATADAS

- **PLAN B: DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE (UF 200)**
- **PLAN C: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3 (UF 200)**
- **PLAN E: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE (UF 200)**

ALTERNATIVA B: DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE

En virtud de esta alternativa de 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 y siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los sesenta (60) días contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, 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;

50% por la sordera completa de ambos oídos;

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

40% por pérdida total de un pie;

35% por la ceguera total 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 de un pulgar

15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo

13% por la sordera 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 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.

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.

En el caso de ocurrir más de un siniestro dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia de los siniestros, 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 no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa de cobertura.

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta alternativa de cobertura, 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 DOS TERCIOS POR ACCIDENTE

En virtud de esta alternativa de cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanente dos tercios, la compañía pagará el monto asegurado 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 de cobertura B, a razón del diez por ciento anual, durante un período máximo de diez (10) años mientras el asegurado esté vivo. Sin perjuicio de lo anterior, el pago del monto asegurado podrá realizarse mediante un pago único y total, lo que deberá dejarse establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para los efectos de esta alternativa de cobertura, se entiende por "incapacidad total y permanente dos tercios", al menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente. Para efectos de esta alternativa de cobertura en este contrato de seguro, el menoscabo deberá ser evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980. (Las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de pensiones", son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial.

Según lo señalado en el párrafo anterior, y conforme a los antecedentes médicos presentados, la compañía de seguros determinará si se ha producido la Incapacidad Total y Permanente 2/3 de un asegurado.

La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta.

Esta alternativa de cobertura no podrá ser contratada en conjunto con la alternativa de cobertura D.

ALTERNATIVA E: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía reembolsará al asegurado el porcentaje expresado en las Condiciones Particulares de la póliza, de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra como consecuencia de un accidente, hasta el monto anual indicado en las mismas Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de noventa (90) días, u otro plazo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él. 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.

Esta alternativa de cobertura contará con un deducible por cada accidente cuyo monto será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se entiende por deducible por cada accidente, el monto de los gastos amparados por esta alternativa de cobertura que será siempre de cargo del asegurado.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación al asegurado, por la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N°18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, los Seguros Colectivos Complementarios de Salud contratados por el empleador del Asegurado u otras instituciones similares, públicas o privadas y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al asegurado.

Sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las indemnizaciones que correspondan a las distintas alternativas de cobertura de este contrato de seguro, cuando el fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, cirugía, hospitalización o gastos médicos incurridos del asegurado provengan o se originen por:

a) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del Estado.

b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente por sentencia ejecutoriada que se ha tratado de legítima defensa.

Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonada, motín, conmoción civil, subversión incluidos los actos terroristas 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 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.

c) Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

d) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose la muerte del asegurado como consecuencia de la conducción de vehículos motorizados en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

e) La conducción de cualquier vehículo o medio de transporte y la operación de cualquier tipo de maquinaria ejecutados en estado de ebriedad de acuerdo a la graduación establecida en legislación vigente a la fecha de fallecimiento del Asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente, y/o bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas.

f) La práctica o el desempeño de cualquier deporte que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, salvo que sea previamente aceptada por el asegurador, tales como: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bumpee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las condiciones particulares de la póliza.

g) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia, tales como lo son las siguientes:

- i. La manipulación de explosivos o sustancias químicas corrosivas.
- ii. La manipulación de sierras mecánicas, de vaivén, banda o circulares utilizadas en industrias o fábricas.
- iii. La manipulación de máquinas de soldar utilizadas en industrias o fábricas.
- iv. Trabajar en la carga o descarga de vehículos, buques o aviones.
- v. Matar ganado.

- h) Motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, motofurgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
- i) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo.
- j) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados y empresas de seguridad ciudadana.
- k) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- l) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- m) Siniestro causado dolosamente por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización, respecto de dicho beneficiario.
- n) 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.
- o) Infecciones debidas a gérmenes, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- p) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de siniestros cubiertos por esta póliza, tales como: Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo; enfermedad mental o nerviosa, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento; exámenes médicos de rutina.
- q) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- r) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.
- s) La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado y las hospitalizaciones domiciliarias de cualquier tipo.
- t) La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
- u) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- v) Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos traslados por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.
- w) Atenciones médicas siquiátricas y/o psicológicas.
- x) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- y) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por accidentes ocurridos anteriores a la fecha de vigencia del asegurado en el contrato de seguro.

- z) Todo tipo de tratamientos por obesidad, salvo en aquellos casos calificados como "obesidad mórbida", de acuerdo con los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- aa) Epidemias oficialmente declaradas.
- bb) Enfermedades o Dolencias Preexistentes, entendiendo que éstas corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en el Certificado de Cobertura se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas.

SEGURO DE ESCOLARIDAD

El presente tiene por objeto informar a los padres y apoderados de **Colegio Bautista de Temuco**, las coberturas contratadas en póliza COL-10226-8 de Seguro de Escolaridad, **vigencia 01/12/22 al 30/11/2023**.

El seguro cubre aquella parte de la colegiatura que no ha sido cancelada al momento del fallecimiento o invalidez del sostenedor. También se entenderá como escolaridad cancelada los pagos anticipados efectuados hasta la ocurrencia del siniestro.

CAPITAL ASEGURADO: El capital asegurado es una renta anual, de 100 UF por cada hijo que se encuentre estudiando en el Colegio, pagadera desde **Pre-Kinder a 6° Año de Enseñanza Superior**, siempre y cuando el alumno sea un alumno regular y complete los años de estudios que le restan.

ASEGURADOS: Será asegurado en esta póliza el sostenedor (padre, madre o tutor del alumno), debidamente identificado como tal ante la compañía de seguros, para esto deberá completar el formulario Incorporación de Asegurados que incluye una Declaración Personal de Salud, la cual deberá ser informada a nuestra Compañía a través del Colegio.

Se entregará continuidad de cobertura a los asegurados de Póliza Vigente, que ya entregaron su Declaración Personal de Salud y fue aceptada por nuestra Compañía.

En el caso de los sostenedores nuevos y de los pendientes, deberán también llenar la Declaración de Salud (no se cubren preexistencias)

CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD INCORPORACIONES: Podrán ingresar a la póliza, todos los apoderados registrados como tal en la entidad contratante, siempre que cumplan con las siguientes edades y se encuentren en buen estado de salud:

	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Fallecimiento	64 años	75 años
Invalidez Total y Permanente 80%	64 años	75 años

CONDICIONES ESPECIALES:

Esta póliza contempla un año de repetición durante el período de cobertura del seguro.

Cobertura las 24 horas, dentro o fuera del territorio nacional.

En caso de que un alumno se encuentre percibiendo los beneficios de este seguro se cambie de institución educacional, la Compañía seguirá cumpliendo su compromiso de pago de la colegiatura anual hasta que se complete el período de pagos de beneficios.

En caso de que ocurra un siniestro de un apoderado durante el transcurso del período de estudios, la renta correspondiente a dicho año se calculará proporcionalmente a los meses que falten para el término de dicho período, comenzando a generarse a partir del siguiente de ocurrido el siniestro.

En caso de suicidio, se deberá considerar la vigencia del asegurado en la Compañía anterior, para evaluar la cobertura del siniestro, vigencia que deberá acreditar con un certificado que indique período de cobertura otorgado por la otra compañía.

Si la ocurrencia del siniestro se produce entre enero y febrero, la Compañía pagará la totalidad del monto anual pactado. Si el siniestro se produce durante los restantes meses, se dividirá el monto anual del beneficio por 10 y se multiplicará por los meses que restan de escolaridad en ese año calendario. Las restantes cuotas anuales, se pagarán cada año en el mes de marzo.

La cobertura contratada corresponde a Modalidad Simple: Se identifica como asegurado a un sostenedor económico, sea padre, madre o un tercero. Se paga el 100% del capital asegurado (renta anual) al fallecimiento de la persona asegurada.

Para el denuncia de siniestro se debe presentar: Formulario de Denuncio de Siniestro, Certificado de Defunción original con causa de muerte, Cuestionario Medico por Fallecimiento. Si se trata de una muerte por accidente se debe adjuntar Parte Policial e Informe de Alcoholemia cuando corresponda.

El contratante debe además hacernos llegar un Certificado de alumno regular de el o los hijos del sostenedor económico siniestrado, en el cual se debe señalar el nivel que cursa. Una vez aprobado el siniestro y régimen de pago, cada año se debe enviar dicho certificado para que se genere la liquidación.

DENUNCIA DE SINIESTROS:

El fallecimiento del asegurado deberá ser notificado a la Compañía Aseguradora, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento del asegurado, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

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 fallecimiento del asegurado.

PROCEDIMIENTO PAGO DE SINIESTRO:

Para el denuncia de siniestro se debe presentar: Formulario de Denuncio de Siniestro, Certificado de Defunción original con causa de muerte, Cuestionario Medico por Fallecimiento. Si se trata de una muerte por accidente se debe adjuntar Parte Policial e Informe de Alcoholemia cuando corresponda (se adjunta formularios)

El contratante debe además hacernos llegar un Certificado de alumno regular de el o los hijos del sostenedor económico siniestrado, en el cual se debe señalar el nivel que cursa. Una vez aprobado el siniestro y régimen de pago, cada año se debe enviar dicho certificado para que se genere la liquidación.

COBERTURAS CONTRATADAS

Fallecimiento: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

Bajo los términos del presente contrato de seguro, el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza será pagado por la Compañía Aseguradora a los beneficiarios, una vez acreditado el fallecimiento del asegurado, titular o dependiente, si éste ocurre durante la vigencia del contrato de seguro y por causa no excluida en este contrato de seguro. Si el asegurado sobrevive a la fecha de término de su cobertura individual en el contrato de seguro colectivo, no tendrá derecho a indemnización alguna.

La prima respecto de cada asegurado se devengará hasta la fecha de término de su cobertura individual en el contrato de seguro colectivo, establecida en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, o hasta la fecha de fallecimiento del asegurado titular, si est ocurre antes.

Invalidez Total y Permanente 80%: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

Bajo los términos de la presente cláusula adicional, la Compañía Aseguradora pagará al Asegurado el Capital Asegurado que está establecido en las Condiciones Particulares de la póliza principal para el caso de fallecimiento, en caso de acreditarse la "Invalidez Total y Permanente 80%" del Asegurado, en adelante "Invalidez", siempre que se cumplan, copulativamente, las siguientes condiciones:

- a) Que la "Invalidez" se produzca como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional; o que la "Invalidez" se produzca como consecuencia de una enfermedad diagnosticada o conocida por el Asegurado durante la vigencia de esta cláusula adicional.
- b) Que, a la fecha del accidente del asegurado, o a la fecha del diagnóstico o conocimiento de la enfermedad por el asegurado, que originan -según corresponda- el menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos ochenta por ciento (80%) de su capacidad de trabajo, la póliza principal se encuentre vigente.
- c) Que la "Invalidez" se produzca antes que el Asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de la póliza.
- d) Que la "Invalidez" se produzca por causa no excluida en esta cláusula adicional.

Se entiende por "Invalidez" al menoscabo permanente, definitivo e irreversible, ocurrido durante la vigencia de la cláusula adicional, de al menos ochenta por ciento (80%) de la capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente, de una o más enfermedades o por el debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales.

Para efectos de esta cláusula adicional, el menoscabo deberá ser evaluado y determinado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980 y sus modificaciones.

En todo caso, siempre se considerará como "Invalidez" los siguientes casos:

La pérdida total de:

- la visión de ambos ojos, o
- ambos brazos, o
- ambas manos, o
- ambas piernas, o - ambos pies, o - una mano y un pie.

Para los efectos de este adicional, la fecha de invalidez corresponderá a la fecha de denuncia del siniestro a la compañía de seguros.

Se deja expresa constancia que el monto del capital asegurado a pagar por esta cláusula adicional, será siempre igual al monto que se debiera indemnizar por el seguro principal, en caso de fallecimiento, a la fecha de la invalidez.

Por consiguiente, el pago al asegurado de la indemnización por concepto de la presente cláusula adicional producirá la terminación inmediata de la póliza principal y de todas las demás cláusulas adicionales, de la misma forma que si se hubiese pagado el capital asegurado por fallecimiento en la póliza principal.

EXCLUSIONES

Este contrato de seguro no cubre el riesgo de muerte cuando el fallecimiento del asegurado se produzca a consecuencia de algunas de las siguientes situaciones:

- a) Suicidio o muerte producida a consecuencia de lesiones auto inferidas. No obstante respecto de la cobertura que otorga este contrato de seguro, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de incorporación del asegurado a este contrato de seguro o desde el aumento de capital asegurado. En este último caso si ya se ha cumplido el plazo antes referido, el plazo volvera computarse, pero sólo respecto del incremento del capital asegurado.
- b) Pena de muerte.
- c) Participación del asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor, cómplice o encubridor.
- d) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose la muerte tanto del asegurado a causa de su estado de ebriedad, como a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados en estado de ebriedad, de acuerdo con la graduación alcohólica establecida en la legislación vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
- e) Siniestro causado dolosamente por el beneficiario o quien pudiera reclamar el capital asegurado, respecto de dicho beneficiario.
- f) 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.
- g) 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, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno, atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma.
- h) Participación del asegurado en actos temerarios, notoriamente imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- i) Realización de una actividad o deporte riesgoso, aun cuando se practique en forma esporádica, que pueda influir en la apreciación del riesgo, entendiéndose como tal aquellas en que se pone en grave peligro la vida o integridad física de las personas, que no haya sido declarado por el contratante o por el asegurado, al momento de la suscripción de la solicitud de ingreso, o si hubiere sido declarada, que no haya sido debidamente aprobada por el asegurador en forma expresa.
- j) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- k) Enfermedades y dolencias preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en el Certificado de Cobertura se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas.

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente ochenta por ciento (80%), que ocurra a consecuencia de lesiones o enfermedades originadas por, o que provengan de:

- a) Cualquiera de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza principal a la que accede.
- b) Accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de esta cláusula adicional.
- c) Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- d) Realización o participación de una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades o deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichas actividades o deportes no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva, sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión y, como deportes riesgosos, el buceo o inmersión submarina, montañismo o escalada, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, de automóviles, de motocicletas y de lanchas, parapente, benji, canopy, rappel, rafting, kayak, trekking, boxeo, rodeo, equitación.
- e) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- f) Enfermedades y Dolencias Preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en las Condiciones Particulares de la póliza se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas.