

PLAN: PROTECCION FINANCIERA PARA EMPLEADORES
 MONEDA: UNIDAD DE FOMENTO
 SUCURSAL: SANTIAGO CENTRO

31/12/2022	31/12/2023	PÓLIZA	22/12/2022	1284489-1	15761991-1
DESDE(12 Hrs.)	vigencia HASTA (12 Hrs.)	DOCUMENTO	FECHA EMISIÓN	PÓLIZA - ÍTEM	N° COTIZACION
Intermediario: DEL PINO SALAS CARLOS ALBERTO - Comisión: 26.00 %					

ASEGURA A	FED. DEPORTIVA NAC. DE CICLISMO DE CHILE	R.U.T.	65.196.975-1
DIRECCION	RAMON CRUZ 1176, NUNOA	FONO :	+56997466695
CONTRATANTE	FED. DEPORTIVA NAC. DE CICLISMO DE CHILE	R.U.T.	65.196.975-1
DIRECCION	RAMON CRUZ 1176, NUNOA	FONO	+56997466695

REGISTRO DE POLIZAS CODIGO POL 320140195 C.M.F.

COBERTURAS	MONTO ASEGURADO	PRIMA NETA
PLAN I - MUERTE ACCIDENTAL	58.400,00	400,00
PLAN II - INCAPACIDAD PERMANENTE	58.400,00	0,00
PLAN III - LESIONES CORPORALES	5.840,00	0,00
	PRIMA AFECTA	400,00
	IVA	76,00
	PRIMA BRUTA	476,00

MATERIA ASEGURADA

MATERIA ASEGURADA

 TRABAJADORES 400 ASEGURADOS PARA REALIZAR ACTIVIDAD DE CICLISMO

COBERTURA

 SEGUN CONDICIONES GENERALES DE POLIZA DE PROTECCION FINANCIERA PARA EMPLEADORES, INSCRITA BAJO EL CODIGO POL 3.2014.0195.- DE LA COMISION PARA EL MERCADO FINANCIERO.

PLAN COBERTURA MONTO ASEGURADO POR PERSONA

 - PLAN I MUERTE ACCIDENTAL UF 146.-
 - PLAN II INCAPACIDAD PERMANENTE UF 146.-
 - PLAN III LESIONES CORPORALES UF 146.-
 - REEMBOLSOS DE GASTOS MEDICOS UF 70.-
 - GASTOS FUNERARIOS UF 30.-

TARIFICACION

PRIMA POR PERSONA UF 1,00+ IVA

CONDICIONES PARTICULARES

 ACCIDENTE: TODO AQUEL QUE AFECTE CON RESULTADO DE LESIONES CORPORALES O MUERTE, A UN TRABAJADOR DEL ASEGURADO, A CAUSA O CON OCAISION DEL TRABAJO QUE LLEVA A CABO PARA EL ASEGURADO

MODALIDAD POLIZA INNOMINADA

 EN CASO DE SINIESTRO SE DEBERA DEMOSTRAR EL NEXO VIGENTE ENTRE EL AFECTADO Y LA EMPRESA CONTRATANTE, O SUS CONTRATISTAS.
 DOC[D]1284489.1EGH20221222165125 | Pág. 1 de 20



FIRMA APODERADO

ADEMÁS SE EXTIENDE A CUBRIR A TRABAJADORES DEL MANDANTE, Y DE CUALQUIER PERSONA QUE PRESTE SERVICIOS, INDEPENDIENTE QUIEN SEA SU EMPLEADOR EN LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE. PARA LA ACREDITACION DE LA EXISTENCIA DEL NEXO VIGENTE, SE ESTARA A LO QUE ESTABLECE LA LEY LABORAL.

MONTO TOTAL EXPUESTO UF. 58.400.-

LIMITE MAXIMO DE INDEMNIZACION UF 25.000.-

- NO OBSTANTE EL MONTO TOTAL EXPUESTO INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA, QUE ES LA BASE DE CALCULO PARA LA PRIMA DE ESTE SEGURO, EN CASO DE SINIESTRO, RIGE UN LIMITE MAXIMO DE INDEMNIZACION DE UF 25.000.- Y ACUMULADO PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

REEMBOLSO GASTOS MEDICOS (RGM)

SE CUBRE EL REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS EN EXCESO DE ISAPRE/ FONASA. DE NO CONTAR CON SISTEMA PREVISIONAL SE APLICA DEDUCIBLE DEL 50% DE LOS GASTOS RECLAMADOS DE CARGO DEL ASEGURADO.

GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL

MEDIANTE ESTE AMPARO, LA COMPANIA INDEMNIZARA A LOS HEREDEROS LEGALES, EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE (SEGUN SE DEFINE EN ESTA CLAUSULA), LOS GASTOS INCURRIDOS POR CONCEPTO DE SEPELIO.
DEMOSTRADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO EN LAS CONDICIONES MENCIONADAS, LA COMPANIA PAGARA, DE ACUERDO A LA OPCION CONTRATADA, LA SUMA ASEGURADA CONSIGNADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

I. COBERTURAS

EL ASEGURADO PODRA CONTRATAR UNA O MAS DE ESTAS COBERTURAS, LAS QUE DEBERAN ESTAR EXPRESAMENTE CONSIGNADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN LA PROPUESTA O SOLICITUD DE INCORPORACION, SEGUN CORRESPONDA.

PRODUCIDO UN ACCIDENTE CUBIERTO POR EL PRESENTE SEGURO Y SIEMPRE QUE LAS CONSECUENCIAS DE LAS LESIONES CORPORALES SUFRIDAS SE MANIFIESTEN A MAS TARDAR DENTRO DE UN AÑO DE PRODUCIDO EL ACCIDENTE, LA COMPANIA PAGARA AL ASEGURADO O BENEFICIARIO, SEGUN CORRESPONDA:

PLAN A: EN CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE, AL BENEFICIARIO INDICADO EN LA POLIZA, LA SUMA QUE SE ESTABLEZCA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES. SI NO EXISTIERE BENEFICIARIO DETERMINADO, LA INDEMNIZACION SERA PAGADA POR LA COMPANIA A LOS HEREDEROS LEGALES DEL ASEGURADO. LA POLIZA CUBRE EL RIESGO DE MUERTE, HASTA POR UN AÑO A CONTAR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

PLAN B: EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE, SE PAGARAN AL ASEGURADO LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DE LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES:

100% EN CASO DE PERDIDA 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) Y DE UNA MANO.


FIRMA APODERADO

50% POR LA PERDIDA DE UNO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZO).

50% POR LA PERDIDA DE UNA MANO O DE UN MIEMBRO INFERIOR (PIERNA).

40% POR LA PERDIDA DE UN PIE.

50% POR SORDERA COMPLETA DE AMBOS OIDOS.

13% POR SORDERA COMPLETA DE UN OIDO.

25% POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OIDO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERE TENIDO SORDERA COMPLETA DEL OTRO.

35% POR LA CEGUERA TOTAL DE UN OJO.

50% POR LA CEGUERA TOTAL DE UN OJO, TRATANDOSE DE UN ASEGURADO QUE SUFRIRIA DE CEGUERA TOTAL DEL OTRO.

20% POR LA PERDIDA TOTAL DE UN PULGAR.

15% POR LA PERDIDA TOTAL DEL INDICE DERECHO.

15% POR LA PERDIDA TOTAL DEL INDICE IZQUIERDO.

5% POR LA PERDIDA TOTAL DE CUALQUIERA DE LOS DEMAS DEDOS DE LA MANO.

3% POR LA PERDIDA TOTAL DE UN DEDO DEL PIE.

LA PERDIDA DE CADA FALANGE SE CALCULARA EN FORMA PROPORCIONAL, EN RELACION A LA PERDIDA DEL DEDO COMPLETO CORRESPONDIENTE.

LA INDEMNIZACION POR LA PERDIDA TOTAL O PARCIAL (AMPUTACION) DE VARIOS DEDOS, SE DETERMINARA SUMANDO EL PORCENTAJE ASIGNADO A CADA UNO DE LOS DEDOS O FALANGE PERDIDOS. IGUAL PROCEDIMIENTO SE SEGUIRA PARA AVALUAR LA PERDIDA DE VARIOS MIEMBROS, PERO EN NINGUN CASO LA INDEMNIZACION PODRA SER MAYOR DEL 100% DEL CAPITAL ASEGURADO EN PLAN B.

LA PERDIDA FUNCIONAL TOTAL Y ABSOLUTA DE CUALQUIER MIEMBRO SERA CONSIDERADA COMO PERDIDA EFECTIVA DEL MISMO.

LA PERDIDA DE LAS FALANGES DE LOS DEDOS DE LA MANO O DEL PIE, SERA CONSIDERADA COMO INVALIDEZ UNICAMENTE CUANDO SE HAYA PRODUCIDO SU SEPARACION.

LA INCAPACIDAD FUNCIONAL PARCIAL DE ALGUNO O DE ALGUNOS DE LOS ORGANOS O MIEMBROS ANTERIORMENTE SENALADOS DARA DERECHO A INDEMNIZACION CUANDO PRODUZCA INCAPACIDAD PARA EL DESEMPEÑO DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA POR EL ASEGURADO, SIENDO SU MONTO IGUAL AL SENALADO PARA LA INCAPACIDAD PERMANENTE DEL ORGANNO O MIEMBRO AFECTADO.

EN CASO DE INCAPACIDAD NO CLASIFICADA, PERO QUE PRODUZCA INCAPACIDAD TOTAL PARA EL DESEMPEÑO DE LOS NEGOCIOS U OCUPACION NORMAL DEL ASEGURADO, LA COMPANIA PAGARA A ESTE EL PORCENTAJE SENALADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, DEL VALOR DEL SEGURO EN EL MOMENTO DE SER ACEPTADA LA INCAPACIDAD, Y EL SALDO, MIENTRAS EL ASEGURADO ESTE VIVO, EN LAS MENSUALIDADES IGUALES Y VENCIDAS QUE


FIRMA APODERADO

SE SENALAN EN TALES CONDICIONES PARTICULARES. ES INDISPENSABLE EN ESTE CASO QUE LA INCAPACIDAD TOTAL SEA PERMANENTE Y LA COMPANIA TENDRA DERECHO A REVISAR EL ASUNTO CON LOS FACULTATIVOS DE SU ELECCION, QUIENES PODRAN EN TODO MOMENTO REVISAR AL ASEGURADO.

II. EXCLUSIONES

NO SE CONSIDERAN ACCIDENTES INDEMNIZABLES BAJO ESTA POLIZA LAS ENFERMEDADES DE CUALQUIER ESPECIE, SEAN ELLAS CORPORALES O SIQUICAS, AUNQUE SEAN UNA CONSECUENCIA DE INTOXICACIONES, DE PICADURAS O MORDEDURAS DE INSECTOS, DE IMPRESIONES NI DE LAS DOLENCIAS PROVENIENTES DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION U OFICIO DETERMINADO, QUE SE CONOCE CON EL NOMBRE DE ENFERMEDADES PROFESIONALES.

EN ESPECIAL, LA POLIZA NO CUBRE LOS ACCIDENTES O CONSECUENCIAS SUFRIDOS CON MOTIVO DE:

- PELEAS O RINAS, SALVO EN AQUELLOS CASOS EN QUE SE ESTABLEZCA JUDICIALMENTE QUE SE HA TRATADO DE LEGITIMA DEFENSA.

- HABER PARTICIPADO O HABERSE VISTO ENVUELTO EL ASEGURADO EN ACCIONES O ACTOS DELICTUOSOS, INFRACCIONES A LAS LEYES, ORDENANZAS Y REGLAMENTOS PUBLICOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE LAS PERSONAS.

- DUELOS, SUICIDIOS, TENTATIVAS DE SUICIDIOS FRUSTRADOS.

- LA INTERVENCION DEL ASEGURADO EN MOTINES O TUMULTOS QUE TENGAN O NO EL CARACTER DE GUERRA CIVIL, SEA QUE LA INTERVENCION FUERE PERSONAL O COMO MIEMBRO DE UNA INSTITUCION DE CARACTER CIVIL O MILITAR.

- HERNIAS Y SUS CONSECUENCIAS, SEA CUAL FUERE LA CAUSA DE QUE PROVENGAN.

- PARTICIPACION ACTIVA EN CARRERAS, EJERCICIOS O JUEGOS ATLETICOS QUE NO SEAN CONTROLADOS POR ALGUNA INSTITUCION DEPORTIVA, ACROBACIA, PARTICIPACION EN COMPETENCIAS PROFESIONALES; REMUNERADAS EN CUALQUIERA FORMA, U OTRAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS SIMILARES.

- ATAQUES CARDIACOS, VERTIGOS, CONVULSIONES, DESMAYOS, TRASTORNOS MENTALES O PARALISIS; NI LOS QUE LE OCURRAN ESTANDO EL ASEGURADO EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ, AUN CUANDO ELLA SEA PARCIAL O BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS, EN ESTADO DE SONAMBULISMO, INSOLACION O CONGELACION.

- CARRERAS DE VEHICULOS MOTORIZADOS, YA SEA EN CALIDAD DE CONDUCTOR O PASAJERO.

- INTERVENCIONES QUIRURGICAS O DE CUALQUIER MEDIDA MEDICA, SIEMPRE QUE NO SE HAYAN HECHO NECESARIAS A RAIZ DE UN ACCIDENTE SUJETO A INDEMNIZACION.

- DESEMPEÑARSE EL ASEGURADO COMO PILOTO, TRIPULANTE DE AVIONES CIVILES O DE EMPRESAS DE AERONAVEGACION Y ASIMISMO COMO EMPLEADO DE LAS REFERIDAS LINEAS QUE EN CALIDAD DE PASAJERO Y EN RAZON DE SU OCUPACION HAGA USO DE LAS MISMAS LINEAS EN QUE PRESTA SUS SERVICIOS.

- DANOS Y PERDIDAS OCASIONADAS POR EXPERIMENTOS DE ENERGIA ATOMICA O NUCLEAR O DE CUALQUIER RIESGO ATOMICO.


FIRMA APODERADO

- CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD RELACIONADA CON COVID U OTRAS DECLARADAS PANDEMIAS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

III. DEFINICIONES

PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA, LA NORMATIVA SE ENTENDERA POR DEFINICIONES LAS ESTABLECIDAS EN EL ART. 513 DEL CODIGO DE COMERCIO, ADEMAS DE LA QUE SE DETALLA A CONTINUACION:

1. ACCIDENTE: SE ENTIENDE POR ACCIDENTE PARA LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, TODO SUCESO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE AFECTEN EN SU ORGANISMO AL ASEGURADO, TALES COMO LESIONES CORPORALES DETERMINADAS POR CAIDAS, FRACTURAS, HERIDAS POR ARMAS DE FUEGO, LUXACIONES, DISLACERACIONES, CORTADURAS, GOLPES, QUEMADURAS DE CUALQUIERA ESPECIE, INCLUYENDOSE ASIMISMO EL AHOGAMIENTO Y LA ASFIXIA, TORCEDURA Y DESGARRAMIENTO PRODUCIDOS POR ESFUERZOS REPENTINOS, COMO TAMBIEN ESTADOS SEPTICEMICOS 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. ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO: SE ENTIENDE POR ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO EL HOSPITAL, CLINICA O ESTABLECIMIENTO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA SUMINISTRAR LOS SERVICIOS GENERALES DE LA MEDICINA QUE DISPONGA Y UTILICE REGULARMENTE LABORATORIO, EQUIPO DE RAYOS X Y QUIROFANO ATENDIDOS POR PERSONAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO.

3. MEDICO CALIFICADO: PERSONA QUE POSEE EL TITULO UNIVERSITARIO DE MEDICO CIRUJANO, LEGALMENTE AUTORIZADA PARA EJERCER LA MEDICINA EN CHILE Y CALIFICADA PARA APLICAR EL TRATAMIENTO MEDICO CORRESPONDIENTE, Y QUE NO ES:

- A) LA PERSONA ASEGURADA;
- B) CONYUGE DE LA PERSONA ASEGURADA;
- C) HIJO, PADRE O HERMANO DEL ASEGURADO O DE SU CONYUGE.

4. MONTO MAXIMO: ES EL MAXIMO DE COBERTURA DE ESTA POLIZA POR LOS GASTOS E INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, EN CONJUNTO. DICHOS MONTOS MAXIMO, LOS CUALES DEBERAN ESTABLECERSE EN EL CONDICIONADO PARTICULAR DE LA POLIZA, OPERARAN RESPECTO DE CADA RENOVACION ANUAL DE LA POLIZA PARA NUEVOS ACCIDENTES QUE SE DIAGNOSTIQUEN U OCURRAN A PARTIR DE LA RENOVACION Y DURANTE SU VIGENCIA.

5. VUELO NO REGULAR: SE ENTIENDE POR VUELO NO REGULAR, TODOS LOS VUELOS EN CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE AEREO QUE NO ESTE REGISTRADO PARA REALIZAR EL TRANSPORTE COMERCIAL DE PASAJEROS ENTRE AEROPUERTOS TERRESTRES LEGALMENTE ESTABLECIDOS. SE ENTIENDE COMO TRANSPORTE COMERCIAL AQUEL CUYO HORARIO, FRECUENCIA, ITINERARIO Y PRECIO ES PUBLICO; SE REALIZA CON FINES LUCRATIVOS, Y


FIRMA APODERADO

ES ACCESIBLE EN TODO MOMENTO A CUALQUIER PERSONA.

6. INCAPACIDAD PERMANENTE: SON INCAPACIDADES PERMANENTES LAS QUE IMPOSIBILITAN AL ACCIDENTADO DE UNA MANERA DEFINITIVA PARA EL TRABAJO. SERA TOTAL SI LA IMPOSIBILIDAD SE REFIERE A TODO GENERO DE TRABAJOS Y SERA PARCIAL SI SE REFIERE SOLO A UNO O VARIOS GENEROS DE TRABAJO.

7. INCAPACIDAD TEMPORAL: ES LA PERDIDA TRANSITORIA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL.

8. PERDIDA TOTAL O EFECTIVA: SE ENTIENDE POR PERDIDA TOTAL O PERDIDA EFECTIVA, REFERIDA A UN MIEMBRO U ORGANO, LA ELIMINACION DEL ORGANISMO AL CUAL PERTENECE, EN FORMA DEFINITIVA Y EN SU TOTAL INTEGRACION ANATOMICA.

9. PERDIDA PARCIAL: SE ENTIENDE POR PERDIDA PARCIAL REFERIDA A UN ORGANO O MIEMBRO, A SU ELIMINACION INCOMPLETA DEL ORGANISMO AL CUAL PERTENECE, EN FORMA DEFINITIVA.

10. PERDIDA FUNCIONAL: ES LA AUSENCIA DE CAPACIDAD DE FUNCION FISIOLÓGICA DEL O DE LOS ORGANOS AFECTADOS, PUDIENDO ESTAR O NO IMPLICADO EL ASPECTO ANATOMICO DEL ORGANO O DEL MIEMBRO COMPROMETIDO. SERA ABSOLUTA SI INVOLUCRA LA PERDIDA DE TODA CAPACIDAD DE FUNCION.

11. MIEMBRO: LOS MIEMBROS O EXTREMIDADES SON LARGOS APENDICES ANEXOS AL TRONCO, DESTINADOS A EJECUTAR LOS GRANDES MOVIMIENTOS DE LOCOMOCION Y PRENSION.

12. ORGANO: ES UNA ENTIDAD DEL CUERPO HUMANO ANATOMICAMENTE INDEPENDIENTE Y SIEMPRE ESPECIFICO.

IV. DENUNCIA DE SINIESTROS

PRODUCIDO UN SINIESTRO QUE PUEDA ESTAR CUBIERTO POR LA PRESENTE POLIZA, EL ASEGURADO O QUIEN EL DESIGNE PARA ESTE EFECTO, DEBERA NOTIFICARLO LO MAS PRONTO POSIBLE A LA COMPANIA, EN EL FORMULARIO ESPECIAL QUE COMPANIA FACILITARA PARA TAL EFECTO. SE ENTENDERA QUE EL ASEGURADO O QUIEN LO REPRESENTA HA INFORMADO LO MAS PRONTO POSIBLE SOBRE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, SI EFECTUA LA NOTIFICACION DENTRO DEL PLAZO MAXIMO DE 30 DIAS CONTADOS DESDE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, SALVO CASO DE FUERZA MAYOR, EN CUYO CASO Y PREVIA COMPROBACION DEL MISMO, EL PLAZO SE ENTENDERA PRORROGADO POR LOS DIAS EN QUE HAYA DURADO TAL IMPEDIMENTO.

EL ASEGURADO O QUIEN LO REPRESENTA DEBERA ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO DENUNCIADO, Y DECLARAR FIELMENTE Y SIN SUS CIRCUNSTANCIAS Y CONSECUENCIAS.


FIRMA APODERADO

CON TODO, LA COMPANIA QUEDA FACULTADA PARA SOLICITAR LOS DOCUMENTOS ADICIONALES QUE ESTIME DEL CASO, A EFECTOS DE ACLARAR SATISFACTORIAMENTE LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO Y DETERMINAR SU MONTO EL CUMPLIMIENTO EXTEMPORANEO DE ESTA OBLIGACION, HARA PERDER LOS DERECHOS DEL ASEGURADO, SALVO CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR ACREDITADA A LA COMPANIA, LIBERANDO A LA COMPANIA ASEGURADORA DEL PAGO QUE HABRIA CORRESPONDIDO.

EN CASO DE SINIESTRO, RIGE PARA LA COBERTURA DE TRABAJOS EN ALTURA, TRABAJOS SUBTERRANEOS, MANEJO DE EXPLOSIVOS Y ALTA TENSION LO SIGUIENTE:

- EN CASO DE ACCIDENTE, SE DEBE INFORMAR A LA COMPANIA INMEDIATAMENTE.

- EN CASO DE MUERTE ESTA DEBE SER CONSTATADA Y CERTIFICADA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES. SE ENTIENDE POR AUTORIDAD COMPETENTE LA POLICIAL, MARITIMA, MEDICA O JUDICIAL, EN SU CASO, DE LA JURISDICCION RESPECTIVA EN QUE EL SUCESO SE HAYA PRODUCIDO.

- ADEMÁS, LA COMPANIA ESTARA FACULTADA PARA SOLICITAR LA AUTOPSIA DEL ASEGURADO Y SI ALGUN HEREDERO SE NEGARE A PERMITIR DICHA AUTOPSIA O LA RETARDASE EN FORMA TAL QUE ELLEA SEA INUTIL PARA EL FIN PERSEGUIDO, LA COMPANIA QUEDARA LIBERADA DE SU OBLIGACION RESPECTO A ESTA CLAUSULA ADICIONAL.

- LA COMPANIA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR MAYORES ANTECEDENTES

V. CONDICIONES PARTICULARES

ESTA POLIZA CUBRIRA LOS ACCIDENTES O CONSECUENCIAS DE ACCIDENTES A QUE SE REFIERE EL INCISO PRECEDENTE SON LOS OCURRIDOS CON MOTIVO O DERIVADOS DE:

- VIAJES AEREOS
EN GENERAL DISTINTOS DE LOS MENCIONADOS EN EL ULTIMO PARRAFO DEL ARTICULO 2do. ESTE SEGURO CUBRE EL RIESGO AEREO, UNICAMENTE PARA PASAJEROS QUE UTILICEN EMPRESAS DE AVIACION DE LINEAS REGULARES Y ESTABLECIDAS.

- TERREMOTO, MOVIMIENTOS SISMICOS SIN LIMITE, TSUNAMI, TERREMOTO.

- MOTOCICLISMO
MOTOCICLISMO, SEA EN CALIDAD DE CONDUCTOR O PASAJERO Y ADEMÁS EL USO DE MOTONETAS, MOTOFURGONETAS O VEHICULOS SIMILARES, SOLO COMO MEDIO DE TRANSPORTE. QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDAS COMPETENCIAS DEPORTIVAS, CARRERAS CLANDESTINAS, MOTOCROSS Y SIMILARES.


FIRMA APODERADO

- NEGLIGENCIAS

NEGLIGENCIA O IMPRUDENCIA LEVE O, EN OTRAS PALABRAS, LA FALTA DE AQUEL CUIDADO QUE AUN LAS PERSONAS NEGLIGENTES Y DE POCA PRUDENCIA SUELEN EMPLEAR EN SUS PROPIOS NEGOCIOS. DE ACUERDO CON EL ARTICULO 44 DEL CODIGO CIVIL.

- INSOLACION Y CONGELAMIENTO

SE OTORGA COBERTURA DE INSOLACION Y CONGELAMIENTO A LOS ASEGURADOS QUE OCASIONALMENTE QUEDEN EXPUESTOS A UN FACTOR CLIMATICO ADVERSO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

- AVALANCHAS DE NIEVE Y RODADOS

MOVIMIENTO EN MASA QUE SE DESPLAZA BRUSCAMENTE POR LAS LADERAS DE UNA MONTANA, ARRASTRANDO GRAN CANTIDAD DE MATERIAL ROCOSO, ESCOMBROS DE DIFERENTES TAMANOS E INCLUSO ARBUSTOS Y ARBOLES; EL PRINCIPAL AGENTE ES LA GRAVEDAD. LAS AVALANCHAS PUEDEN VARIAR DESDE UN PEQUENO E INOFENSIVO FLUJO SUPERFICIAL HASTA UNA GIGANTESCA MASA DESTRUCTIVA Y LETAL QUE PUEDE ALCANZAR GRANDES DIMENSIONES. CUANDO EL ORIGEN DE LOS MATERIALES ES VOLCANICO, RECIBE EL NOMBRE DE LAHAR.

- ALTA TENSION:

DE ACUERDO CON LA INSTRUCCION TECNICA COMPLEMENTARIA 01 (ITC-MIE-RAT-01) DEL REGLAMENTO SOBRE CONDICIONES TECNICAS Y GARANTIA DE SEGURIDAD EN CENTRALES ELECTRICAS Y CENTROS DE TRANSFORMACION, SON LAS INSTALACIONES EN LAS QUE LA TENSION NOMINAL ES SUPERIOR A 1.000 VOLTIOS EN CORRIENTE ALTERNA.

- DELITO O CUASIDELITO:

HABER SIDO VICTIMA DE UN DELITO O CUASIDELITO, EN LA MEDIDA QUE SE TRATE DE UN HECHO CUBIERTO, TODO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.

- MAL DE ALTURA:

ACCIDENTES QUE SE OCACIONEN A CONSECUENCIA DIRECTA DEL MAL DE ALTURA, NO ASI LOS GASTOS MEDICOS INCURRIDOS A CAUSA DEL MAL DE ALTURA NI DE LA MUERTE A CAUSA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES QUE SE MANIFIESTEN POR EL MAL DE ALTURA.

OTRAS CONDICIONES:

- ADQUISICION O PERDIDA DE LA CALIDAD DE

ASEGURADO LA OFICINA DE PERSONAL DE LA INSTITUCION DEBERA INFORMAR MENSUALMENTE A LA COMPANIA LA ADQUISICION O PERDIDA DE LA CALIDAD DE ASEGURADO.

- PLAZO DE RESPUESTA

LA COMPANIA DE SEGUROS TENDRA UN MAXIMO DE 30 DIAS CORRIDOS, DESDE EL AVISO DEL SINIESTRO, PARA DARRESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS

- VINCULO LABORAL Y CONOCIMIENTO PREVIO DEL SEGURO


FIRMA APODERADO

EL CONTRATANTE DEL SEGURO EN CASO DE SINIESTRO DEBERA DEMOSTRAR VINCULO LABORAL CON EL PERSONAL ASEGURADO, Y EVIDENCIA ESCRITA FORMAL QUE EL PERSONAL ASEGURADO HA TOMADO CONOCIMIENTO PREVIO DE LA EXISTENCIA DEL SEGURO A SU NOMBRE Y BENEFICIO.

CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULA PLAN A

DE ACUERDO CON LA NUEVA LEY DE SEGUROS N 20.667 PUESTA EN VIGENCIA EL 01.12.13 Y EN RELACION A LA COBERTURA DEL PLAN A MUERTE, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ART., 589 DEL CODIGO DE COMERCIO Y SEGUN LO INFORMADO POR EL CONTRATANTE, LA PRESENTE COBERTURA ES EXTENDIDA BAJO EL SUPUESTO DE QUE EL CONTRATANTE CUENTA CON EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES Y QUE DE NO EXISTIR ESTE AL MOMENTO EN QUE COMIENZA A CORRER EL RIESGO RESPECTO DE CADA UNO DE ELLOS, EL SEGURO SERA NULO Y LA COMPANIA NO ASUMIRA RECLAMO ALGUNO, DICHO CONSENTIMIENTO SE ADJUNTA CON ESTA COTIZACION COMO ANEXO.

CLAUSULA PLAN B

EN CASO DE INCAPACIDAD LA COMPANIA PAGARA AL ASEGURADO O SU REPRESENTANTE LEGAL EL 30% DEL VALOR DEL ASEGURADO EN EL MOMENTO DE SER ACEPTADA LA INCAPACIDAD Y EL SALDO MIENTRAS EL ASEGURADO ESTE VIVO EN 36 MENSUALIDADES IGUALES Y VENCIDAS.

CLAUSULA PLAN D (SOLO SI HA SIDO CONTRATADA E INCORPORADA EN LA SECCION COBERTURAS), OPERA EN EXCESO DE SOAP Y DE CUALQUIER SISTEMA DE SALUD DEL ASEGURADO (ISAPRE / FONASA / SEGUROS COMPLEMENTARIOS). DE NO EXISTIR NINGUNO DE LOS ANTERIORES, EN CASO DE SINIESTRO CUBIERTO POR LA POLIZA, SE INDEMNIZARA SOLO HASTA EL 50% DE LOS GASTOS INCURRIDOS ATRIBUIBLES A ESTE PLAN.

PLAN I : EN CASO DE MUERTE DE UN TRABAJADOR, HASTA POR UN ANO A CONTAR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

PLAN II : EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE DEL TRABAJADOR

PLAN III: EN CASO DE LESIONES CORPORALES QUE NO CAUSAREN LA INCAPACIDAD PERMANENTE DEL TRABAJADOR

EN TODO CASO, ADEMÁS DE LAS CONDICIONES Y REQUISITOS PROPIOS DEL CONDICIONADO PARTICULAR DE ESTA POLIZA, SERAN LOS HECHOS QUE ACTIVARAN LA COBERTURA, SIN CUYA CONCURRENCIA COPULATIVA NO SERA PROCEDENTE LA RECLAMACION CON CARGO A ESTE SEGURO:

- 1) MUERTE, INCAPACIDAD O LESIONES, DE UN TRABAJADOR DEL ASEGURADO A RAIZ DE UN ACCIDENTE, Y
- 2) LA EXTENSION DE UN FINIQUITO AMPLIO Y TOTAL DE PARTE DE SUS HEREDEROS, EN CASO DE MUERTE DEL TRABAJADOR, DEL PROPIO TRABAJADOR, EN CASO DE INCAPACIDAD O LESIONES; EN FAVOR DEL ASEGURADO Y DE SUS EMPRESAS RELACIONADAS.

ESTA POLIZA TIENE ALCANCE SOLO PARA ACCIDENTES OCURRIDOS DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.


FIRMA APODERADO

CONDICIONES PARTICULARES

=====

- + LAS PERSONAS ASEGURADAS DEBERAN TENER MINIMO 18 ANOS Y MAXIMO 65 ANOS DE EDAD. QUEDANDO EXCLUIDO CUALQUIER TRABAJADOR QUE NO CUMPLA CON ESTE REQUISITO.
- + CADA UNO DE LOS TRABAJADORES DEBERA ESTAR PROVISTO DE EQUIPOS ADECUADOS PARA LAS LABORES A DESARROLLAR.
- + EL ASEGURADO DEBERA DEMOSTRAR EL NEXO LABORAL VIGENTE ENTRE EL AFECTADO Y LA EMPRESA CONTRATANTE, EN LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE. PARA LA ACREDITACION DE LA EXISTENCIA DE RELACION ENTRE AMBAS PARTES, SE BASARA EN LO ESTABLECIDO EN LA LEY LABORAL.
- + EN EL CASO DE PLAN III LOS PORCENTAJES DE INDEMNIZACION SERAN LOS SIGUIENTES, LO CUALES QUEDARAN ESPECIFICADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA:
 - * 100% EN CASO DE PERDIDA TOTAL DE LA VISION 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 PERDIDA 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 OIDOS, O POR LA PERDIDA 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 PERDIDA TOTAL DE LA VISION DE UN OJO;
 - * 25% POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OIDO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERA TENIDO SORDERA COMPLETA DEL OTRO, ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO;
 - * 20% POR LA PERDIDA TOTAL DEL PULGAR DE UNA MANO;
 - * 15% POR LA SORDERA TOTAL COMPLETA DE UN OIDO;
 - * 5% POR LA PERDIDA TOTAL DE CUALQUIERA DE LOS DEMAS DEDOS DE LA MANO;
 - * 3% POR LA PERDIDA TOTAL DE UN DEDO DEL PIE.
 - * LA INDEMNIZACION POR LA PERDIDA TOTAL DE VARIOS DEDOS, SE DETERMINARA SUMANDO EL PORCENTAJE ASIGNADO A CADA UNO DE LOS DEDOS.

SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EL IMPEDIMENTO PARA EL DESEMPEÑO DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA, INCLUSO EN AQUELLOS ORGANOS Y PARTES DEL CUERPO NO EXPRESAMENTE MENCIONADOS EN LAS CONDICIONES DE LA POLIZA. PARA ESTOS CASOS SE CONSIDERARA LA DECISION DEL COMPIN U ORGANISMO MEDICO COMPETENTE.

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA SE ENTIENDE POR:

- PERDIDA TOTAL: SE ENTIENDE POR PERDIDA TOTAL REFERIDA A UN MIEMBRO U ORGANISMO, SU ELIMINACION DEL ORGANISMO AL CUAL PERTENECE, EN FORMA DEFINITIVA Y EN SU TOTAL INTEGRACION ANATOMICA Y FUNCIONAL.
- PERDIDA FUNCIONAL TOTAL: SE ENTIENDE POR PERDIDA FUNCIONAL TOTAL LA AUSENCIA DEFINITIVA Y TOTAL DE TODA CAPACIDAD DE FUNCION O FISIOLOGIA DEL O LOS ORGANOS AFECTADOS, PUDIENDO O NO ESTAR IMPLICADO EL ASPECTO ANATOMICO DEL MIEMBRO COMPROMETIDO. LA PERDIDA FUNCIONAL TOTAL DE CUALQUIER MIEMBRO, CUANDO SEA PERMANENTE E IRREVERSIBLE, SE CONSIDERARA COMO PERDIDA EFECTIVA DEL MISMO.
- MIEMBRO: SE ENTIENDE POR MIEMBRO, CUALQUIER EXTREMIDAD ARTICULADA CON EL TRONCO, DESTINADA A EJECUTAR LOS GRANDES MOVIMIENTOS DE LA LOCOMOCION Y PRESION, TALES COMO BRAZOS Y PIERNAS.
- LA PERDIDA FUNCIONAL TOTAL DE CUALQUIER MIEMBRO, CUANDO SEA PERMANENTE E IRREVERSIBLE, SE CONSIDERARA COMO PERDIDA EFECTIVA DEL MISMO.
- EN EL CASO DE OCURRIR MAS DE UN SINIESTRO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, LOS PORCENTAJES A INDEMNIZAR SE CALCULARAN EN BASE AL MONTO



FIRMA APODERADO

ASEGURADO Y NO AL SALDO DE ESTE, DESPUES DE HABER EFECTUADO OTROS PAGOS. SIN EMBARGO, EL TOTAL DE INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE LESIONES POR UNO O MAS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE ESTA POLIZA, NO PODRA, EN NINGUN CASO, EXCEDER DEL 100% DEL MONTO ASEGURADO PARA ESTE PLAN III.

- EN TODO CASO, ADEMAS DE LAS CONDICIONES Y REQUISITOS PROPIOS DEL CONDICIONADO PARTICULAR DE ESTA POLIZA, SERAN LOS HECHOS QUE ACTIVARAN LA COBERTURA, SIN CUYA CONCURRENCIA COPULATIVA NO SERA PROCEDENTE LA RECLAMACION CON CARGO A ESTE SEGURO: A. MUERTE, INCAPACIDAD O LESIONES, DE UN TRABAJADOR DEL ASEGURADO A RAIZ DE UN ACCIDENTE.
- TODA ALTERACION O MODIFICACION DE LA INFORMACION PROPORCIONADA POR EL CORREDOR O ASEGURADO, DA DERECHO A LA COMPANIA A MODIFICAR LOS TERMINOS COTIZADOS.

LA PRESENTE POLIZA SE RIGE BAJO POL 320140195

INTERÉS MENSUAL 0,42% PARA PAGOS EN CUOTAS, CHEQUES, PAC Y PAT



FIRMA APODERADO

CONDICIONES PARTICULARES

- Las personas aseguradas deberán tener mínimo 18 años y máximo 65 años de edad. Quedando excluido cualquier trabajador que no cumpla con este requisito.
- Cada uno de los trabajadores deberán estar provistos de equipos adecuados para las labores a desarrollar.
- El asegurado deberá demostrar el nexo laboral vigente entre el afectado y la empresa contratante, en la fecha de ocurrencia del accidente. Para la acreditación de la existencia de relación entre ambas partes, se basará en lo establecido en la ley laboral.
- En el caso de Plan III los porcentajes de indemnización serán los siguientes, lo cuales quedarán especificados en las condiciones particulares de la póliza:

- 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.

Se entiende por Incapacidad Total y Permanente el impedimento para el desempeño de la actividad desarrollada, incluso en aquellos órganos y partes del cuerpo no expresamente mencionados en las condiciones de la póliza. Para estos casos se considerará la decisión del Compín u organismo médico competente.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por:

- 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 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. La pérdida funcional total de cualquier miembro, cuando sea permanente e irreversible, se considerará como pérdida efectiva del mismo.
- 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 lesiones 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 III.
- En todo caso, además de las condiciones y requisitos propios del condicionado particular de esta póliza, serán los hechos que activarán la cobertura, sin cuya concurrencia copulativa no será procedente la reclamación con cargo a este seguro: a. muerte, incapacidad o lesiones, de un trabajador del asegurado a raíz de un accidente.
- Toda alteración o modificación de la información proporcionada por el Corredor o Asegurado, da derecho a la Compañía a modificar los términos cotizados.

SEGURO DE PROTECCIÓN FINANCIERA PARA EMPLEADORES Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320140195

CONDICIONES GENERALES

PRIMERA PARTE COBERTURA Y EXCLUSIONES

ARTÍCULO 1º: 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 2º: DEFINICIONES.

Para todos los efectos del presente contrato, serán aplicables las definiciones contenidas en el artículo 513 del Código de Comercio y específicamente la siguiente:

- Accidente: todo aquel que afecte con resultado de lesiones corporales o muerte, a un trabajador del asegurado, a causa o con ocasión del trabajo que lleva a cabo para el asegurado.

ARTÍCULO 3º: OBJETO DEL SEGURO.

La compañía cubre al asegurado en el pago de las indemnizaciones que se indican en esta póliza, por el costo financiero o desembolsos, que una empresa o empleador en general, deba asumir a consecuencia de reclamaciones o acciones legales que sus trabajadores o los herederos de éstos, interpongan o puedan interponer en su contra, como consecuencia de muerte o lesiones corporales provenientes de accidentes que afecten a sus trabajadores, ocurridos en el desempeño de la profesión u oficio que el trabajador preste para el asegurado, dentro de las faenas y horarios de trabajo.

Se entiende que el asegurado ha contratado este seguro para sí, con el único objeto de proteger su patrimonio, de modo que la indemnización sirva para evitar, mitigar y/o atenuar el efecto de reclamaciones o acciones civiles indemnizatorias según lo previamente señalado, razón por la cual el empleador asegurado debe considerarse como único asegurado y beneficiario de esta póliza.

El asegurado podrá extender esta cobertura, a reclamaciones provenientes de trabajadores o herederos de trabajadores de sus contratistas o subcontratistas, o reclamaciones de otro personal que trabaje para estos últimos, siempre que esta extensión de cobertura esté expresamente contratada, y señalada como tal en las condiciones particulares de la póliza, y bajo el pago de la prima adicional.

El monto de las indemnizaciones a que se hace referencia, se calculará en base a lo señalado en el artículo 5 de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 4º: COBERTURA.

Producido un accidente cubierto por el presente seguro, y siempre que las consecuencias de las lesiones corporales sufridas por el trabajador del asegurado se manifiesten a más tardar dentro de un año de producido el accidente, el asegurado tendrá derecho que el asegurador lo indemnice hasta por los montos y con las restricciones que a continuación se indican, y según lo establecido en las condiciones particulares de la póliza, como compensación por el costo financiero o desembolsos que este deba asumir a consecuencia de reclamaciones o acciones legales que sus trabajadores, o sus herederos, interpongan o puedan interponer en su contra, colocando estos valores a su disposición para su defensa en procesos administrativos, judiciales civiles, judiciales criminales y/o alcanzar una transacción extrajudicial. En ningún caso será requisito para acceder a la indemnización que exista una demanda interpuesta en contra del asegurado.

Queda establecido que en caso de celebrarse un avenimiento, transacción o acuerdo reparatorio con efecto de finiquito civil, respecto de un siniestro cubierto por esta póliza, celebrado entre el asegurado y/o el asegurador y el afectado y/o sus herederos, en el pago de una suma inferior al límite contratado para los planes señalados en las condiciones generales o particulares de esta póliza, según sea la naturaleza del siniestro, la compañía no tendrá ninguna obligación de pago por la diferencia entre la suma transada y el límite asegurado para el plan en cuestión.

Existirán 3 planes de cobertura, según montos definidos en el condicionado particular de la póliza, que la compañía pondrá a disposición del asegurado y pagará según se indica posteriormente en la presente póliza:

Plan I: En caso de muerte de un trabajador, hasta por un año a contar de la fecha del accidente.

Plan II: En caso de incapacidad permanente del trabajador;

Plan III En caso de lesiones corporales que no causaren la incapacidad permanente del trabajador.

En todo caso, además de las condiciones y requisitos propios del condicionado particular de esta póliza, serán los hechos que activarán la cobertura, sin cuya concurrencia copulativa no será procedente la reclamación con cargo a este seguro:

- 1) muerte, incapacidad o lesiones, de un trabajador del asegurado a raíz de un accidente, y
- 2) la extensión de un finiquito amplio y total de parte de sus los herederos, en caso de muerte del trabajador, del propio trabajador,

en caso de incapacidad o lesiones; en favor del asegurado y de sus empresas relacionadas.

ARTÍCULO 5º: REGLAS GENERALES

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la compañía, que las lesiones o la muerte sobreviniente del trabajador del asegurado, sea una consecuencia directa de un accidente, determinado en base a lo señalado en el artículo segundo. Esta póliza no cubre lesiones, incapacidad o muerte generada por enfermedades profesionales, según lo define la ley 16.744.

No obstante lo expresado en el párrafo anterior la póliza cubre también, las consecuencias que puedan resultar de accidentes sobrevinidos al tratar de salvar vidas humanas, con ocasión de la faena.

ARTÍCULO 6º: EXCLUSIONES.

No se consideran accidentes indemnizables bajo esta póliza, las enfermedades de cualquier especie que sean una consecuencia de intoxicaciones, de picaduras o mordeduras de insectos, ni de las enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto en la Ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

En especial, la póliza no cubre los accidentes o consecuencias sufridos por los trabajadores del asegurado, con motivo de:

- a) Guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones guerreras, sea que haya sido declarada o no la guerra, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, o poder militar, naval o usurpado.
- b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- c) Haber participado o haberse visto envuelto el trabajador del asegurado en acciones o actos delictuosos, infracciones a las leyes, ordenanzas y reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.
- d) La intervención del trabajador del asegurado en motines o tumultos que tengan o no el carácter de guerra civil, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de carácter civil o militar.
- e) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- f) Movimientos sísmicos, cualquiera sea su grado o fuerza.
- g) Daños y pérdidas ocasionadas por experimentos de energía atómica o nuclear o de cualquier riesgo atómico.
- h) No se cubren multas civiles (contractuales), infraccionales, penales o de ningún otro tipo.
- i) Pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o relacionados con cualquier acto de terrorismo, sin perjuicio de la existencia de cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al siniestro en forma concurrente o en cualquier otra secuencia.

Un acto terrorista consiste en una 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.

Se excluyen también las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directos o indirectos, originados en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos.

Cuando los hechos en que se basa la presente exclusión configuren un delito de cuya comisión estén conociendo los Tribunales de Justicia, la compañía no estará obligada a pagar ninguna indemnización por siniestro, mientras no exista un sobreseimiento judicial basado en que no concurrieron los hechos constitutivos del delito, en que éstos no son constitutivos de delito o en que no se encuentra completamente justificada la perpetración del mismo delito.

- j) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean lo ocupación principal del asegurado.
- k) Intoxicación o encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedita por los organismos correspondientes.
- l) La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad. Dicha Circunstancia se acreditará mediante la documentación expedita por los organismos correspondientes. Para los efectos de la presente exclusión, se considerará que el asegurado se encontraba en estado de ebriedad, cuando la concentración de alcohol en la sangre sea igual o superior a 1,00 gramos de alcohol por litro de sangre.
- m) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerando como tales a aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos, como:
 - 1) Realiza trabajos a bordo de barcos, aviones o similares.
 - 2) Manejo y porte de armas de fuego y/o armas blancas.
 - 3) Practica de rodeo y/o Equitación.
 - 4) Manipulación de material explosivo y/o peligroso.
 - 5) Guardias de seguridad que porten armas.
 - 6) Conductores de camiones de carga peligrosa.
 - 7) Construcción de túneles y minería subterránea.
 - 8) Conductores de buses y locomoción colectiva.
 - 9) Repartidores de motocicletas.
 - 10) Trabajos en alta tensión.
 - 11) Trabajos con maquinaria pesada.
 - 12) Trabajos en altura sobre dos metros.
 - 13) Trabajos subterráneos.
 - 14) Insolación y congelamiento.
 - 15) Avalanchas.

ARTÍCULO 7º: AGRAVACIÓN O ALTERACIÓN DEL RIESGO.

Durante toda la vigencia de la póliza, el asegurado está obligado a emplear todo el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro; dar cumplimiento a las garantías requeridas por el asegurador, estipuladas en la póliza y que sean de su cargo; no agravar el riesgo e informar al asegurador sobre las circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado y

sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los 5 días siguientes de haberlas conocido siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador.

ARTÍCULO 8º: 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.

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar los antecedentes que sean necesarios para establecer, en forma clara y precisa, que la muerte o lesiones corporales, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente sujeto a indemnización.

Cuando se produzca un accidente, para tener derecho a la indemnización, deberá ponerse en conocimiento de la compañía en el término más breve, que no podrá exceder en veinte días corridos, siguientes al suceso y a pedido de la compañía, deberá llenarse el formulario que ésta envíe.

En ningún caso reconocerá la compañía la muerte ocasionada por accidente que no haya sido avisada por telégrafo, fax, e-mail o a falta de estos, por carta certificada en el plazo señalado en el párrafo anterior.

Además en estos casos la muerte 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.

El incumplimiento de la formalidad que antecede hará perder todo derecho a reclamación, salvo el caso de probarse legalmente imposibilidad plenamente justificada para haber cumplido con las exigencias indicadas.

El asegurado debe facilitar todos los informes que le sean pedidos a fin de indagar y aclarar las causas y consecuencias del accidente y los medios empleados para disminuirlas y atenuarlas.

ARTÍCULO 9º: PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION DE SINIESTRO Y CADUCIDAD DE LA PÓLIZA.

El asegurado deberá notificar la existencia de un siniestro, el cual ha ocurrido dentro de la vigencia del seguro, en un plazo no superior a los 10 días siguientes de acaecimiento del evento que origina la cobertura.

Adicionalmente, caduca el derecho del Asegurado de reclamar un siniestro con cargo a este seguro, si transcurridos 2 años contados desde la fecha de la ocurrencia del siniestro, no se hubiere notificado acción judicial alguna en contra del Asegurado por parte del trabajador, sus herederos o cualquier otro interesado legal para hacerlo.

ARTÍCULO 10º: OBLIGACIÓN DE PRUEBA DEL SINIESTRO.

El siniestro se presume ocurrido por un evento que hace responsable al asegurador.

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

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

ARTÍCULO 11º: AMBITO TERRITORIAL DE LOS RIESGOS CUBIERTOS.

Esta póliza tiene alcance solo para accidentes ocurridos dentro del territorio nacional.

SEGUNDA PARTE DISPOSICIONES GENERALES.

ARTÍCULO 12º: EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA.

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

Si el obligado al pago incurre en mora o simple retardo en el pago del todo o parte de la prima, reajustes o intereses, se declarará terminado el contrato mediante carta certificada dirigida al domicilio que el contratante y el asegurado haya señalado en la póliza.

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

Mientras la terminación no haya operado, la compañía aseguradora podrá desistirse de ella mediante una nueva carta en que así lo comunique a la persona que contrató el seguro y dirigida al domicilio antes aludido en este artículo.

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

ARTÍCULO 13º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR. ENTREGA DE LA PÓLIZA.

El asegurador deberá entregar la póliza, en su caso, al contratante del seguro o al corredor que la hubiera intermediado, dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la perfección del contrato.

ARTÍCULO 14º: CANCELACIÓN ANTICIPADA UNILATERAL DE LA PÓLIZA.

A. COMPAÑÍA El Asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato de seguro en caso de concurrir una cualquiera de las siguientes causales:

- a) Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso el asegurado tendrá derecho a restitución de la parte de la prima pagada no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no corrido.
- b) En caso de pérdida, destrucción o extinción de los riesgos o de la materia asegurada después de celebrado el contrato de seguros, sea que el evento tenga o no cobertura en la póliza contratada. En caso que el evento no tenga cobertura, el asegurado tendrá derecho a restitución de la parte de la prima pagada no ganada correspondiente al tiempo no corrido.
- c) Por la transmisión a título universal o singular de la materia asegurada a un tercero.
- d) Por la transferencia de la materia asegurada. En este caso el seguro terminará de pleno derecho una vez transcurridos 15 días contados desde la transferencia, a menos que el asegurador acepte que continúe por cuenta del adquirente o que la póliza sea a la orden. Esta causal no opera en caso que el asegurado conserve algún interés en el objeto del seguro hasta concurrencia de su interés.
- e) Por aplicación de las políticas técnicas de suscripción del Asegurador, teniendo en consideración la siniestralidad presentada durante la vigencia, las condiciones del mercado reasegurador y las alteraciones o modificaciones que pudieran haber afectado al riesgo que se propuso asegurar.

La terminación del contrato por aplicación de las causales a), b), c) y e) se producirá a la expiración del plazo de 30 días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación de acuerdo a lo establecido en el artículo 15.

B. ASEGURADO.

De la misma forma, el asegurado podrá poner término anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador en la forma establecida en el artículo 15.

En caso de quiebra del asegurador, el asegurado podrá exigir alternativamente la devolución de la prima o que el concurso le afiance el cumplimiento de las obligaciones del fallido.

Por último, en caso de término, la prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido.

ARTÍCULO 15º: COMUNICACIONES 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 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 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.

La aseguradora deberá facilitar mecanismos para realizar 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 individualización mediante códigos de verificación, u otros. Estos mecanismos serán individualizados en la Condiciones Particulares de ésta póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 16º: RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado 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.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado podrá, por sí sólo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 unidades de fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 17º: DOMICILIO.

Las partes fijan domicilio especial para todos los efectos derivados de esta póliza la ciudad señalada en las Condiciones Particulares del seguro.

ARTÍCULO 18º REHABILITACIÓN DEL SEGURO.

En caso de pérdida cubierta bajo esta póliza, la suma asegurada quedará reducida en el monto indemnizado salvo que a petición del asegurado hecha antes de un nuevo siniestro la suma asegurada hubiere sido reajustada en el valor indemnizado, mediante el pago de una nueva prima, la cual deberá ser acordada entre las partes.

ARTÍCULO 19º: PAGO DE INDEMNIZACIONES.

El total de las indemnizaciones derivadas de uno o más accidentes producidos dentro del plazo de vigencia del seguro no podrá en caso alguno exceder de la suma contratada.

El monto de la indemnización se establecerá por la compañía a base del informe emitido por el liquidador de siniestros designado para el efecto.

ARTÍCULO 20º: UNIDAD MONETARIA UTILIZADA EN LA PÓLIZA.

Todos los valores expresados en las Unidades referidas en las Condiciones Particulares de la póliza, serán pagaderos en moneda nacional a su equivalencia al tipo de cambio fijado o el que lo reemplace o haga sus veces en el futuro, vigente al momento del pago efectivo de cada obligación.



INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 de 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, surgidas 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 atiende público, presencialmente, 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 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° o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

CIRCULAR N° 2106 COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

1.- OBJETIVO DE LA LIQUIDACION

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia del siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros, 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 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.- 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 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 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 periodos, 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 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 al 28 del Reglamento de Auxiliares del 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.



31/12/2022-31/12/2023	DIRECTA	22/12/2022	1284489-001	000
Desde - Hasta	DOCUMENTO	FECHA EMISIÓN	PÓLIZA - ÍTEM	N ENDOSO

Plan : PROTECCION FINANCIERA PARA EMPLEADORES
Prima Bruta : 476 U.F.
Tipo Factura : POSTERIOR AL PAGO

Contratante : 65.196.975-1 FED. DEPORTIVA NAC. DE CICLISMO DE CHILE
Pagador : 65.196.975-1 FED. DEPORTIVA NAC. DE CICLISMO DE CHILE
Dirección : RAMON CRUZ 1176 OF 502
Comuna : NUNOA

Debo y pagaré a Renta Nacional Compañía de Seguros Generales S.A., por concepto de pago de primas e intereses en las fechas y los montos que a continuación se detallan:

Cuota	Vencimiento	Valor Cuota U.F.
1	10 de Febrero de 2023	119,98
2	10 de Marzo de 2023	119,98
3	10 de Abril de 2023	119,98
4	10 de Mayo de 2023	119,96
<i>Total</i>		479,90

INTERÉS MENSUAL 0,42% PARA PAGOS EN CUOTAS, CHEQUES, PAC Y PAT

Para facilitar el cumplimiento de este compromiso, el pago lo efectuaré a través de pago directo.

La dirección señalada por el pagador, será usada para el envío de los avisos de vencimiento por lo cual debe ser la vigente para la correcta recepción de la correspondencia.

El hecho de no recibir oportunamente el correspondiente aviso de vencimiento, no libera al pagador individualizado en el presente documento de su compromiso de pagar en forma íntegra y oportuna los montos convenidos, en las fechas establecidas.

El no cumplimiento de esta obligación faculta a la compañía para aplicar la cláusula de resolución de contrato por no pago de primas, sin perjuicio de sus demás derechos.

El pago de las cuotas expresadas en moneda reajutable deberá efectuarse en su equivalente en pesos al día del pago efectivo. Las expresadas en otras monedas se pagarán en la respectiva moneda.

Este compromiso de pago forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la Póliza y de sus endosos si los hubiera. Los cheques deben extenderse nominativos y cruzados a nombre de Renta Nacional Compañía de Seguros Generales S.A.

FED. DEPORTIVA NAC. DE CICLISMO DE
CHILE

65.196.975-1