

CLSFA_APP01267_CNTSOAP_TYC_005

Términos y Condiciones de la Póliza

Esta re-impresión menciona las condiciones de la póliza para asegurados con vigencia a partir de 01 de abril de 2026, hasta el 31 de marzo de 2027. Infórmese sobre las condiciones de su seguro al momento en que éste comenzó a regir particularmente para Ud.

COBERTURA: El SOAP cubre la muerte, incapacidad permanente y gastos médicos producto de las lesiones sufridas a consecuencia de acciones de tránsito en que intervengan el vehículo asegurado, sus remolques o cargas. Los gastos médicos comprenden: atención pre-hospitalaria transporte sanitario, hospitalización, atención médica y quirúrgica, dental, prótesis e implantes, gastos farmacéuticos y gastos por concepto de rehabilitación de las víctimas.

PERSONAS CUBIERTAS: El conductor, las personas transportadas en el vehículo asegurado y cualquier tercero afectado en el accidente. En caso de muerte del accidentado la indemnización se pagará a sus beneficiarios, en el siguiente orden de precedencia: el cónyuge, los hijos menores de edad, los hijos mayores de edad, los padres, la madre de los hijos de filiación no matrimonial del fallecido y, a falta de los anteriores, sus herederos legales.

INDEMNIZACIONES:

-600 UF en caso de muerte, siempre que esta ocurra dentro del plazo de un año contado desde la fecha del accidente, previa deducción de los gastos médicos.

-600 UF en caso de incapacidad permanente o total, evento en el cual no se deducen los gastos médicos.

- hasta 400 UF en caso de incapacidad permanente parcial, según su grado.

- hasta 600 UF por gastos médicos.

Las indemnizaciones por muerte o incapacidad total y parcial no son acumulables. Si hubiese pagado una incapacidad permanente parcial y el accidentado con posterioridad y a consecuencia del mismo accidente falleciere o se determinare su incapacidad permanente total, el asegurador solo pagará el remanente hasta el equivalente de 600UF. En el caso de incapacidad permanente parcial, los pagos por gastos médicos sumados a la indemnización que corresponda pagar por dicha incapacidad, no podrá exceder al equivalente a 600 UF.

QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE: El afectado o quién actúe por él, debe asegurarse que ha quedado estampada la denuncia en una unidad de Carabineros, donde se identifique la fecha, hora y lugar del accidente, las personas lesionadas o fallecidas y los datos de los vehículos involucrados (al menos patente, número de póliza y aseguradora que emitió el SOAP).

COMO COBRAR EL SOAP: Debe presentarse la solicitud en las oficinas de la aseguradora, adjuntando Certificado otorgado por el tribunal competente o Ministerio Público para el cobro del SOAP, y:

-En caso de muerte: Certificado de defunción del fallecido y libreta de familia u otro documento que acredite legalmente la calidad del beneficiario.

- En caso de incapacidad permanente: certificado otorgado por el médico tratante que acredite la incapacidad (naturaleza y grado).

-En caso de gastos médicos: comprobantes de pago (boletas, facturas) de los gastos, junto con órdenes de exámenes o tratamientos y recetas de medicamentos. También puede efectuarse el cobro directamente por la entidad hospitalaria o previsual que presta el servicio.

El plazo para cobrar este seguro es de un año a contar de la fecha del accidente o de la muerte del afectado. Para mayor información consulte en la compañía de seguros o en el sitio WEB de la Comisión para el Mercado Financiero.

Naturaleza de la materia asegurada: Riesgos asociados a la vida o salud del Asegurado.

I.- Valor de la propuesta. Estas condiciones particulares, unidas a las condiciones generales que se expresan más adelante y que están depositadas en la CMF bajo código POL 3 2026 0028 conforman la póliza colectiva que se ofrece a los clientes a través del sitio web www.segurosfalabella.com. Respecto de cada asegurado individual, se entienden formar parte del seguro sus antecedentes y los del riesgo asegurado que se indican en la propuesta que para tal efecto se contiene en ese sitio, y que una vez aceptada por el cliente, será transmitida por la corredora a la compañía de seguros, y de tal forma que, una vez aceptada por esa compañía, el seguro quedará perfeccionado para todos los efectos legales. Copia de estas condiciones generales y particulares estarán disponibles en las oficinas de la corredora, y pueden ser solicitadas a la compañía de seguros.

II. Requisitos de asegurabilidad: Pueden ser asegurados bajo esta póliza todos los asegurados que cumplan con las siguientes condiciones: Asegurados: Edad mínima de Ingreso 18 años. En el caso que un asegurado no continúe con el seguro, ya sea por renuncia o por no pago de prima, sólo podrá solicitar su reincorporación a éste, por medio de una solicitud formal, la cual será evaluada previo a la aceptación del riesgo por parte de la compañía. El pago de la prima adeudada en ningún caso significa que la compañía ha aceptado nuevamente este riesgo.

III. EXCLUSIONES DEL SEGURO Este seguro no otorga cobertura en los casos previstos en las Condiciones Generales de la Póliza, POL 3 2026 0028.

IV. Vigencia: Para cada asegurado individual, la póliza rige desde la fecha señalada en su propuesta, por un año.

V.- AUTORIZACIÓN AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Para Seguros Falabella Corredores Limitada, ofrecerte una experiencia de cliente que se acomode a tus intereses y necesidades particulares, simplificándote la contratación y ejecución de los productos y servicios del ecosistema de Falabella que sean relevantes para ti y que forman parte de nuestra oferta de valor, es tan importante como cuidar los datos personales que requerimos tratar para ello.

Por esta razón trataremos tus datos personales para gestionar y ejecutar el o los contratos que celebres con Seguros Falabella Corredores Limitada.

Esta finalidad incluye, entre otros, el envío de información comercial, legal, de seguridad, y de características de los servicios y productos contratados incluyendo los beneficios asociados a los mismos; como también ofrecerte productos y servicios que no tengas contratados, pero que has manifestado interés en obtener o cotizar, o que entendemos podrían ser de tu interés; realizar encuestas de satisfacción; desarrollar campañas de marketing y estudios de mercado propios o de terceros; realizar gestiones preventivas y propias de cumplimiento, incluyendo la comunicación de los datos a autoridades o reguladores; remitirte invitaciones a eventos, participar en promociones, ofertas y concursos o sorteos, conforme con los términos que apliquen para dichas acciones e iniciativas; y el acceso a servicios ofertados por Seguros Falabella Corredores Limitada como el uso de redes Wifi.

Este tratamiento siempre lo efectuaremos de conformidad a nuestra Política de Privacidad, la que te invitamos a revisar acá: [Politica_de_Privacidad_Seguros_bd19b0f2f0.pdf](#). En dicha política explicamos para qué tratamos y cómo protegemos tus datos personales, y la forma en que puedes ejercer tus derechos como titular de ellos.

VI.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 36 del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931, cualquier dificultad que se suscite entre el asegurador y el propietario del vehículo asegurado, su conductor o las personas amparadas por esta póliza o sus beneficiarios, en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquiera indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes. Si

los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la Justicia Ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. No obstante, lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros 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.

VII: DOMICILIO:

Para todos los efectos provenientes del presente contrato, las partes fijan domicilio especial en la ciudad en que hubiere expedido el certificado de cobertura respectivo. –

VIII: EN CASO DE ACCIDENTE:

El afectado o quién actúe por él, debe asegurarse que ha quedado estampada la denuncia en una unidad de Carabineros, donde se identifique la fecha, hora y lugar del accidente, las personas

lesionadas o fallecidas y los datos de los vehículos involucrados (al menos patente, número de póliza y aseguradora que emitió el SOAP).

IX.- COMO COBRAR EL SOAP: Debe presentarse la solicitud en las oficinas de la aseguradora, adjuntando Certificado otorgado por el tribunal competente o Ministerio Público para el cobro del SOAP, y: -

En caso de muerte: Certificado de defunción del fallecido y libreta de familia u otro documento que acredite legalmente la calidad del beneficiario. -

En caso de incapacidad permanente: certificado otorgado por el médico tratante que acredite la incapacidad (naturaleza y grado).

En caso de gastos médicos: comprobantes de pago (boletas, facturas) de los gastos, junto con órdenes de exámenes o tratamientos y recetas de medicamentos. También puede efectuarse el cobro directamente por la entidad hospitalaria o previsual que presta el servicio. El plazo para cobrar este seguro es de un año a contar de la fecha del accidente o de la muerte del afectado. Para mayor información consulte en la compañía de seguros o en el sitio WEB de la Superintendencia de Valores y Seguros.

X.- DIVERSIFICACIÓN DE RIESGOS:

En conformidad a lo dispuesto en los artículos 57 y 58 del D.F.L. Nº 251, de 1931, los Corredores de Seguros deberán entregar a todos sus clientes información respecto de la diversificación de sus negocios y de las entidades aseguradoras con que hayan trabajado, como de la garantía que han constituido, mediante boleta bancaria o pólizas de seguros para responder del cumplimiento de sus obligaciones como intermediario, en la forma y ajustándose a las instrucciones contenidas en anexos adjuntos denominados "Información artículos 57 y 58 del D.F.L. Nº 251" e "Información sobre diversificación de producción".

Los corredores de seguros podrán, a su elección, utilizar alternativamente cualquiera de los anexos a que se ha hecho referencia en el párrafo precedente, ajustándose en cada caso a las instrucciones contenidas en el anexo respectivo. Asimismo, podrán optar por entregar a sus clientes la información en forma impresa o bien mantenerla publicada permanentemente en su página web. En este último caso, será obligación del corredor comunicar al asegurado que la información a que se refiere esta letra se encuentra disponible en un lugar de fácil acceso de dicha página web.

XI.- Acordado el contrato de seguro, la corredora le enviará al asegurado la póliza suscrita con la firma electrónica avanzada de la aseguradora, con indicación del código de identificación en el depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero de las condiciones generales, cláusulas adicionales y cláusulas de uso general que se han contratado. No obstante, la compañía respectiva también podrá enviarle la póliza directamente. Estos documentos serán remitidos tan pronto se produzca la última aceptación, que será la que hace la compañía de seguros sobre el seguro propuesto, utilizando un correo electrónico dirigido a la misma dirección de e mail del cliente asegurado que aparece en esta propuesta. Si por cualquier causa no pudiera usarse esa dirección electrónica, el cliente asegurado acepta que se le envíe la póliza a la dirección electrónica que tenga registrada en CMR Falabella o en el sitio web www.segurosfalabella.com, facultando a la corredora para solicitar esa información a las entidades que los posean. En todo caso, en cualquier momento el cliente asegurado podrá retirar una copia impresa de ellos en las oficinas de la aseguradora o requerir su envío o entrega por algún medio electrónico.

XII.- Al aceptar esta propuesta, el cliente declara lo siguiente:

1) Que antes de la celebración del contrato, se han desplegado en pantalla las condiciones particulares y generales de la póliza, con las cláusulas adicionales y de uso general que desea contratar, con sus respectivos códigos de depósito en la Superintendencia de Valores y Seguros, de forma tal que permite su adecuada impresión (este sitio tiene un link con la página oficial de la CMF que le permite verificar que los códigos de estas pólizas corresponden a los textos oficiales registrados en esa Superintendencia).

2) Que toda la información señalada se le ha comunicado de manera clara y comprensible ajustándose estrictamente a las condiciones de los seguros ofrecidos, evitando inducirlo a error o confusión para su aceptación o celebración y facilitando la cabal comprensión de la cobertura que está siendo ofrecida o contratada.

3) Que ha podido manifestar su consentimiento a la celebración de este seguro, en los términos acordados en el sitio web www.segurosfalabella.com, a través de los mecanismos que éste contemple y que se indican en los términos y condiciones de uso del sitio, que ha podido imprimir y almacenar y que acepta.

4) Que, de conformidad a lo dispuesto en el número 1 del artículo 556 del Código de Comercio, los datos contenidos en esta propuesta expresan fielmente la verdad sobre el cliente asegurado y el estado de las materias que se aseguran. Toda inexactitud contenida en ella es de exclusiva responsabilidad del asegurado y dará derecho a la Compañía de Seguros a eximirse del pago de cualquier siniestro y poner término a la póliza y demandar los daños y perjuicios que le hayan causado.

5) El cliente asegurado declara que está conforme con los términos del seguro propuesto y con la intervención de SIF Servicios e Inversiones Falabella Ltda. como contratante de esta póliza colectiva.

6) El cliente asegurado declara que ha sido debidamente informado sobre las características de este seguro y está conforme con la asesoría que ha recibido de la corredora.

7) La propuesta contiene información suficiente para garantizar el consentimiento efectivo del asegurado respecto de las condiciones básicas de cobertura, y toda la información que el asegurador requiera para evaluar la extensión y condiciones de admisibilidad del riesgo,

incluyendo, las declaraciones necesarias para la evaluación del riesgo, cobertura ofrecida o solicitada, exclusiones, costos y gastos del seguro.

8) Ni el contratante ni Seguros Falabella Corredores Ltda. podrán entregar los datos personales del asegurado que han recibido en esta propuesta a sociedades no relacionadas o empresas que no formen parte del grupo Falabella, y esta entrega sólo podrá tener por finalidad ofrecer beneficios al asegurado; esta autorización podrá ser revocada por el asegurado en cualquier tiempo y la entrega de los datos deberá siempre efectuarse adoptando las medidas de resguardo necesarias, según parámetros de mercado.

9) El corredor ha proporcionado información veraz, completa, adecuada y oportuna al cliente, que le ha permitido tomar una decisión informada antes de la formalización o incorporación al contrato.

POLIZA DE SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES PERSONALES CAUSADOS POR VEHICULOS MOTORIZADOS Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 3 2026 0028.

TITULO PRIMERO: DE LA COBERTURA

ARTICULO 1º: En virtud del presente contrato, el asegurador cubre el riesgo de Accidentes Personales señalado en el Titulo Primero de la Ley Nº 18.490, en la forma, monto, términos y modalidades descritas en este instrumento. Este seguro cubre los riesgos de muerte y lesiones corporales que sean consecuencia directa de accidentes sufridos por personas en los cuales intervenga el vehículo asegurado. Quedan amparados por este seguro quien conduzca el vehículo asegurado al momento de producirse un accidente en que éste participe, las personas que estén siendo transportadas en él y cualquier tercero lesionado a consecuencia de dicho accidente. Para efectos de esta póliza se considerarán igualmente como terceros afectados las personas que son transportadas en un vehículo no asegurado, con excepción del propietario del mismo.

ARTICULO 2º:

El presente seguro garantiza a las personas cubiertas las siguientes indemnizaciones:

- a) El equivalente de 600 Unidades de Fomento en caso de muerte siempre que ésta ocurra dentro del plazo de un año contado desde la fecha del accidente;
- b) El equivalente de 600 Unidades de Fomento en caso de incapacidad permanente total. Para estos efectos se entenderá como incapacidad permanente total aquella que produce al accidentado la pérdida de, a lo menos, dos tercios de su capacidad de trabajo como consecuencia del debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales por las lesiones sufridas en el accidente;
- c) El equivalente de hasta 400 Unidades de Fomento en caso de incapacidad permanente parcial. Se entiende por incapacidad permanente parcial aquella que produce al accidentado una pérdida igual o superior a 30% pero inferior a las dos terceras partes de su capacidad de trabajo como consecuencia del debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales por las lesiones sufridas en el accidente. El monto definitivo de la indemnización corresponderá, en estos casos, a 6,06 Unidades de Fomento por cada punto porcentual de grado de incapacidad permanente del accidentado, correspondiendo una indemnización de 400 Unidades de Fomento a la persona que presente un grado de incapacidad permanente del 66%.
- d) El equivalente de hasta 600 Unidades de Fomento por los gastos médicos en que el afectado deba incurrir para la atención de las afecciones que directamente provengan de lesiones originadas por el accidente de tránsito en que haya participado el vehículo asegurado, siempre que se incurra en dichas prestaciones o gastos dentro del plazo de un año contado desde la fecha del accidente, y sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 11º inciso segundo de esta póliza. Los gastos médicos comprenderán la atención prehospitalaria y el transporte sanitario, la hospitalización, la atención médica, quirúrgica, dental, prótesis, implantes, los gastos farmacéuticos y de rehabilitación de las víctimas. Se entiende por transporte sanitario, el traslado desde el lugar del accidente hacia el centro hospitalario más cercano, donde el afectado pueda recibir la atención adecuada y oportuna. El asegurador pagará como única indemnización por este concepto el reembolso de los gastos efectivamente incurridos por el accidentado. Dicho reembolso no podrá exceder al valor asignado para la respectiva prestación, en el Arancel Nivel 3 de la Modalidad de Libre Elección de FONASA

(MLE), vigente al momento de otorgarse la prestación, a excepción de las prestaciones que se señalan a continuación, para las cuales se definen los siguientes límites de indemnización:

d.1) Días cama:

- 4 Unidades de Fomento por cada día cama en Sala.
- 6 Unidades de Fomento por cada día cama en Cuidados Intermedios.
- 11 Unidades de Fomento por cada día cama en Cuidados Intensivos (UCI o UTI).

El valor que debe aplicarse por este concepto, corresponde al estipulado en el arancel a particulares del establecimiento asistencial respectivo.

d.2) Traslados: Arancel Modalidad de Atención Institucional Fonasa, aumentado en un 20%. En estos casos, y para efectos del transporte aéreo, se aplicarán los valores correspondientes a las Rondas del respectivo Arancel.

d.3) Gastos farmacéuticos: Precio promedio habitual en el mercado de los respectivos medicamentos.

d.4) Atención dental: Valor promedio habitual en el mercado de las respectivas prestaciones o tratamientos dentales.

d.5) Intervenciones quirúrgicas y prótesis grupos 11 al 21 y 23 del Arancel Modalidad Libre Elección FONASA:

- Grupo 11 Neurología y Neurocirugía - Título II. Intervenciones Quirúrgicas. Neurocirugía 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. Grupo 12 Oftalmología Título II. Intervenciones Quirúrgicas 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. Grupo 13 Otorrinolaringología Título I. Procedimientos Título II. Intervenciones Quirúrgicas 1,2 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. 1,7 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. Grupo 14 Cirugía de Cabeza y Cuello Cirugía de Cabeza y Cuello 1,7 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. Grupo 15 Cirugía Plástica y Reparadora 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. Grupo 16 Dermatología y Tegumentos Título I. Procedimientos Terapéuticos Título II. Intervenciones quirúrgicas de Tegumentos. 4 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. Grupo 17 Cardiología, Cirugía Cardiovascular y de Tórax, Neumología. Título II. Cirugía Cardiovascular Título III. Cirugía de Tórax 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. 2 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. Grupo 18 Gastroenterología Título I. Procedimientos Título II. Cirugía Abdominal 2 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. Grupo 20 Ginecología y Obstetricia Título II. Cirugía de Mama 1,6 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. Grupo 21 Ortopedia y Traumatología Título I. Procedimientos Título II. Procedimientos e Intervenciones Quirúrgicas Generales Título III. Intervenciones Quirúrgicas Segmentarias 2 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. 1,5 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. 1,7 veces el Arancel Nivel 3 MLE Fonasa. Grupo 23 Prótesis Prótesis 4 veces el Arancel MLE Fonasa. Todos aquellos insumos que no estén señalados en el Arancel Modalidad Libre Elección de Fonasa, tales como yesos u otros, y que se requieran para la atención de las afecciones amparadas en el presente seguro, serán pagados de acuerdo a lo establecido para los gastos farmacéuticos.

ARTICULO 3º: Las indemnizaciones por muerte, incapacidad permanente total e incapacidad parcial no son acumulables. Si pagada una incapacidad permanente total el accidentado falleciere con posterioridad, el Asegurador no estará obligado a pago de suma adicional alguna. Si hubiere pagado una incapacidad permanente parcial y el accidentado con posterioridad y a consecuencia del mismo accidente falleciere o se determinare su incapacidad permanente total, el asegurador sólo estará obligado a pagar el remanente hasta el equivalente de 600 U.F.

Las sumas pagadas por el asegurador por concepto de gastos médicos, no se deducirán de la indemnización que deba pagarse en caso de incapacidad permanente total del accidentado. Si procederá dicha deducción, en el caso de indemnización por muerte del accidentado.

En el caso de incapacidad permanente parcial, no se deducirán los pagos efectuados por los referidos gastos médicos, pero el monto de éstos sumado a la indemnización que corresponda pagar por dicha incapacidad, no podrá exceder del equivalente a 600 U.F.

ARTICULO 4º: En caso de accidentes del tránsito en que hayan participado dos o más vehículos, cada entidad aseguradora será responsable de las indemnizaciones correspondientes a las personas transportadas en el vehículo por ella asegurado. En caso de peatones, personas no transportadas o que no fuere posible establecer en cual vehículo viajaban, todos los aseguradores de los vehículos intervinientes serán responsables solidariamente de las indemnizaciones de mayor monto que correspondan a dicha persona o sus beneficiarios, sin perjuicio de que, en definitiva, el pago debe ser financiado entre dichos aseguradores por partes iguales.

En este último caso, el asegurador que hubiere pagado tendrá derecho a repetir contra los demás para exigirles su correspondiente participación, todo lo cual debe entenderse sin perjuicio de los convenios que al efecto puedan celebrar los aseguradores entre sí.

Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1º de esta póliza.

TITULO SEGUNDO: EXCLUSIONES

ARTICULO 5º: Quedan excluidos de la presente cobertura la muerte, incapacidades permanentes y gastos médicos que directa o indirectamente provengan o sean consecuencia de:

- a) Accidentes causados en carreras de automóviles y otras competencias de vehículos motorizados;
- b) Accidentes ocurridos fuera del territorio nacional;
- c) Accidentes ocurridos como consecuencia de guerras, sismo, y otros casos fortuitos enteramente extraños a la circulación del vehículo; y
- d) Suicidio y todo tipo de lesiones autoinferidas.

TITULO TERCERO: DEL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES.-

ARTICULO 6º: La indemnización proveniente de la muerte de la persona accidentada, se pagará por el asegurador una vez que se hayan presentado los siguientes documentos:

- a) Certificado de defunción que acredite la muerte del accidentado, como consecuencia de las lesiones sufridas en un accidente de tránsito.

b) Certificado otorgado por el Tribunal competente o el Ministerio Público, en el cual se consignen los datos del accidente de tránsito, de acuerdo al parte enviado al tribunal competente. Este certificado incluirá la indicación del RUT del accidentado cuando conste, sin perjuicio de que su omisión no faculta al asegurador para eximirse del pago de la indemnización, si esta correspondiese.

c) Libreta de familia, certificado de matrimonio, certificado de nacimiento u otro documento que acredite legalmente la calidad de beneficiario con derecho a percibir la indemnización. Tendrán derecho a percibir indemnización por muerte del accidentado las personas que a continuación se señalan, en el siguiente orden de precedencia:

1. El cónyuge sobreviviente;
2. Los hijos menores de edad, cualquiera sea su filiación.
3. Los hijos mayores de edad, cualquiera sea su filiación.
4. Los padres.
5. La madre de los hijos de filiación no matrimonial del fallecido y,
6. A falta de las personas indicadas precedentemente, la indemnización corresponderá a quien acredite la calidad de heredero del fallecido.

Para efectos del pago de las indemnizaciones el solicitante deberá acreditar que no existen beneficiarios con mayor prioridad que él para el pago del seguro, de acuerdo al orden de precedencia estipulado, o que para su cobro, se cuenta con la autorización de ellos, en caso de existir. Bastará para dicha acreditación, la presentación de una declaración jurada ante notario. Cumplido lo anterior, el asegurador quedará liberado de toda responsabilidad si hubiese beneficiarios con mejor derecho. En este evento, éstos últimos no tendrán acción o derecho para perseguir al asegurador por el pago de suma alguna.

ARTICULO 7º: Las indemnizaciones provenientes de incapacidad permanente, total o parcial, se pagarán por el asegurador una vez que se hayan presentado los siguientes documentos:

a) Certificado médico que acredite la naturaleza y grado de la incapacidad, dónde se consigne que ella tiene su origen directo en un accidente en el cual participó el vehículo asegurado. En este certificado se deberá identificar al accidentado con nombre completo y RUT.

b) Certificado otorgado por el Tribunal competente o el Ministerio Público, en el cual se consignen los datos del accidente de tránsito, de acuerdo al parte enviado al tribunal competente. Este certificado incluirá la indicación del RUT del accidentado cuando conste, sin perjuicio de que su omisión no faculta al asegurador para eximirse del pago de la indemnización, si esta correspondiese.

La naturaleza y grado de incapacidad serán determinadas por el médico tratante, el cual debe estar habilitado para el ejercicio de la profesión. Para dicha determinación no se tomará en consideración la profesión, ocupación u oficio del accidentado. Si el asegurador, a través de su propio médico, discrepare de tal determinación, dicha discrepancia será resuelta por la Comisión de Medicina Preventiva o Invalidez correspondiente al domicilio del accidentado. No obstante, lo anterior, la compañía estará obligada al pago de lo no disputado.

El asegurador tendrá siempre el derecho de examinar a la persona accidentada, en un lugar destinado a la atención médica y por intermedio del facultativo que al efecto designe, quien podrá adoptar todas las medidas tendientes para la mejor y más completa investigación de aquellos aspectos que estime necesarios para establecer el origen, naturaleza y gravedad de las lesiones. Dicha investigación o la determinación de la naturaleza y grado de incapacidad referida, no deberá exceder de treinta días corridos desde su presentación. En caso de negativa injustificada de la persona accidentada a someterse a dichos exámenes, el asegurador quedará liberado de pagar la correspondiente indemnización.

ARTICULO 8º: Las indemnizaciones provenientes de gastos médicos se pagarán por el asegurador una vez que se le hayan presentado los siguientes antecedentes:

a) Original de recibos, boletas o facturas comprobatorias de los gastos amparados por esta póliza, donde deberá individualizarse el nombre de la persona que recibió la respectiva prestación o incurrió en el gasto y la naturaleza de una u otro. En caso que se tratare de prestaciones consistentes en exámenes de laboratorio, radiografías, procedimientos de diagnóstico o reembolso de gastos farmacéuticos, deberá acompañarse además, la correspondiente orden o receta médica que originó la prestación o gasto. En caso que se trate de gastos de rehabilitación, deberá acompañarse un certificado extendido por un médico de la especialidad que lo origina.

b) Certificado otorgado por el Tribunal competente o el Ministerio Público, en el cual se consignen los datos del accidente de tránsito, de acuerdo al parte enviado al tribunal competente. Este certificado incluirá la indicación del RUT del accidentado cuando conste, sin perjuicio de que su omisión no faculta al asegurador para eximirse del pago de la indemnización, si esta correspondiese.

El asegurador tendrá el derecho de solicitar certificados emitidos por él o los médicos tratantes que acrediten las lesiones sufridas por el accidentado que originaron los gastos médicos a indemnizar, y a examinar a la persona accidentada en un lugar destinado a la atención médica y por intermedio del facultativo que al efecto designe, quien podrá adoptar todas las medidas tendientes para la mejor y más completa investigación de aquellos puntos que estime necesarios para establecer el origen, naturaleza y gravedad de las lesiones y la procedencia del pago de la indemnización. En caso de negativa injustificada de la persona accidentada a someterse a dichos exámenes, el asegurador quedará liberado de pagar la correspondiente indemnización.

ARTICULO 9º: Una vez presentados los documentos señalados en los artículos 6º, 7º y 8º y determinada la responsabilidad del asegurador respecto del siniestro, éste deberá pagar la indemnización que corresponda dentro de los 10 días hábiles siguientes. Este plazo se reducirá a siete días para el caso de muerte de la víctima, desde la presentación de los documentos indicados precedentemente. El pago se efectuará en las oficinas del asegurador, salvo en cuanto éstas no existan en la plaza donde se solicita, en cuyo caso el pago se realizará en el domicilio de la persona que reclama el pago o en otro lugar a definir entre éste y la compañía, debiendo efectuarse dicho pago al respectivo titular de la indemnización o a la persona que concurra en su nombre con poder suficiente para ello. El plazo fijado se interrumpirá con la solicitud del asegurador de nuevos antecedentes, exámenes u otros requerimientos necesarios para la acreditación del siniestro.

La solicitud de mayores antecedentes señalada en el inciso anterior, no habilitará al asegurador para hacer devolución de aquellos que ya se hubieren presentado.

Con todo, las indemnizaciones provenientes de gastos médicos, podrán ser pagadas por el asegurador en forma directa al Servicio de Salud o a la entidad previsional u hospitalaria que acredite haber otorgado al accidentado la correspondiente prestación.

ARTICULO 10º: Las personas amparadas por este contrato tendrán acción directa contra el asegurador, quien no podrá oponer las excepciones que pueda alegar el tomador del seguro que se basen en hechos o circunstancias imputables a éste último.

ARTICULO 11º: Las acciones para perseguir el pago de las indemnizaciones provenientes de esta póliza prescribirán en el plazo de un año contado desde la fecha en que ocurrió el accidente o a partir de la muerte del accidentado, en su caso. Sin perjuicio de lo anterior, tratándose de las indemnizaciones por concepto de incapacidad permanente, el plazo de prescripción se contará desde la fecha de emisión del certificado médico, que en conformidad al artículo 28 de la ley Nº 18.490, expida el médico tratante, el cual no podrá presentarse luego de transcurridos dos años desde la fecha del accidente. La recepción por parte del asegurador de los antecedentes justificativos del pago de cualquiera de las indemnizaciones previstas en este seguro, y aunque en su presentación se hubieren omitido alguno de los antecedentes señalados en los artículos 6º, 7º y 8º, producirá la interrupción natural de la prescripción, la cual sin embargo no operará luego de haberse presentado los antecedentes por segunda vez.

ARTICULO 12º: Efectuado el pago de la indemnización que corresponda, el asegurador podrá recuperar lo pagado en la forma dispuesta en el artículo 16º de la Ley 18.490, pudiendo al efecto exigir al beneficiario de dicha indemnización las cesiones de derechos que fueren procedentes. Asimismo, el asegurador podrá repetir contra el propietario de un vehículo que no contando con seguro vigente, lo hubiere hecho responsable del pago de cualquier cantidad por concepto de las indemnizaciones previstas en esta póliza.

TITULO CUARTO: DE LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

ARTICULO 13º: Son obligaciones del o de los propietarios del vehículo asegurado:

- a) Emplear, tanto él o el conductor del vehículo, la debida diligencia y cuidado para prevenir la ocurrencia de siniestros e impedir que el vehículo asegurado sea manejado por una persona que no posea licencia o autorización competente para conducirlo;
- b) En caso de siniestro, él o el conductor del vehículo asegurado deberá dejar inmediata constancia en la unidad policial más cercana, de todo accidente en que participe el vehículo asegurado, exhibiendo el certificado de seguro correspondiente, salvo caso de imposibilidad física debidamente justificada;
- c) Poner oportunamente en conocimiento del asegurador la ocurrencia de un accidente en que hubiere participado el vehículo asegurado o un hecho que pueda dar origen a alguna responsabilidad del asegurador. Esta obligación también pesará sobre el conductor del vehículo al momento del accidente.

ARTICULO 14º: Sólo por sentencia judicial ejecutoriada se podrá poner término al contrato antes de la fecha de su vencimiento. Queda entendido y convenido por las partes que el presente contrato no se resolverá por el no pago oportuno de las primas.

TITULO QUINTO: DISPOSICIONES VARIAS

ARTICULO 15º: Además de las estipulaciones de esta póliza y las normas del contrato de seguros, se aplicarán, al presente contrato las disposiciones de la Ley N° 18.490 relativa a la cobertura de Accidentes Personales a que se refiere el título primero de ella, toda vez que este seguro se contrata para el cumplimiento de la obligación señalada en dicho cuerpo legal.

ARTICULO 16º: Las indemnizaciones previstas por este seguro se pagarán con preferencia a cualquiera otra que favorezca a la víctima o a sus beneficiarios en virtud de coberturas propias del sistema de seguridad social o de la contratación de otros seguros privados, aun cuando su vigencia o contratación sea posterior a la de aquellos.

ARTICULO 17º: Para su eficacia dentro de este contrato, todas las comunicaciones entre la compañía y el propietario del vehículo asegurado, su conductor o las personas amparadas por esta póliza deberán hacerse por escrito, mediante carta certificada u otra forma que acredite fehacientemente su recepción. Las dirigidas a la compañía deberán enviarse a las oficinas de ésta. Las del asegurador serán válidas si se dirigen al último domicilio que el destinatario tenga registrado en la compañía.

ARTICULO 18º: Se deja constancia que de conformidad al artículo 17 de la ley N° 18.490, el asegurador sólo entregará al asegurado un certificado en el cual conste la contratación de este seguro. En caso de extravío, hurto, robo o inutilización del certificado, la compañía expedirá un duplicado, siendo de cargo del asegurado todo gasto que se origine por dicho concepto.

ARTICULO 19º: Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En 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.

Lo anterior es sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º y en el artículo 36 del Decreto con Fuerza de Ley N° 251 de 1931.

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