Continental
Partner of Occident

PÓLIZA

VENTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SEBASTIAN ARIEL PER
EIRL
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INNOMINADO



Compañía de Seguros Generales Continental S.A.
Isidora Goyenechea 3162 • Piso 4 • Las Condes • Santiago • Chile • Teléfono: (56 2) 2870 1700 • www.continental.cl

Póliza

Ramo:	Accidentes Personales Innominado						
Póliza:	226103074	**Ciclo:**	367536	**Propuesta:**	990365219	**Emisión:**	16/09/2026
Endoso:	0	**Ítems:**	1				
Poliza anterior:	0						

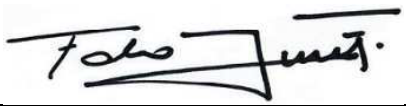
Vigencia:	Desde 10/09/2026 12:00:00 hasta 10/09/2027 12:00:00

Contratante:	VENTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SEBASTIAN ARIEL PEREZ JIMENEZ EIRL	**RUT:**	77.288.841-4
Dirección:	Camino Al Volcan 22945, San José De Maipo, San José De Maipo, Region Metropolitana De Santiago		

Corredor:	Castellano Bahamondes Jose I.	**RUT:**	7.287.556-7	**Código:**	21513
Comisión:	25,00 % del costo neto del seguro.				

Costo del Seguro Estipulado

Moneda	Unidad de Fomento
Monto asegurado	990.000,000
Costo neto del seguro	41,050
Costo neto total afecto	41,050
Costo neto total exento	0,000
IVA	7,800
Costo total del seguro	48,850



Compañía de Seguros Generales Continental S.A.

Compañía de Seguros Generales Continental S.A.
Isidora Goyenechea 3162 • Piso 4 • Las Condes • Santiago • Chile • Teléfono: (56 2) 2870 1700

Compañía de Seguros Generales Continental S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página web www.aach.cl.

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado, cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Compañía de Seguros Generales Continental S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.

Compañía de Seguros Generales Continental S.A.
Isidora Goyenechea 3162 • Piso 4 • Las Condes • Santiago • Chile • Teléfono: (56 2) 2870 1700

Ramo:	Accidentes Personales Innominado				
Póliza:	226103074	**Propuesta:**	990365219	**Sucursal:**	Santiago, Chile
Moneda:	Unidad de Fomento				
Corredor:	Castellano Bahamondes Jose I.	**Rut:**	7.287.556-7	**Cód.:**	21513

Contratante:	VENTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SEBASTIAN ARIEL PEREZ JIMENEZ EIRL	**Rut:**	77.288.841-4
Dirección:	Camino Al Volcan 22945, San José De Maipo, San José De Maipo, Region Metropolitana De Santiago		

Ítem:	1	**Propuesta:**	880623482

Asegurado:	VENTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SEBASTIAN ARIEL PEREZ JIMENEZ EIRL	**Rut:**	77.288.841-4
Dirección:	Camino Al Volcan 22945		

Vigencia:	Desde 10/09/2026 12:00:00 hasta 10/09/2027 12:00:00

Coberturas y adicionales:

	Monto Asegurado
POL320140151 RC por Muerte Accidental-Afecta	900.000,00
POL320140151 ITP 2/3 por Accidente	900.000,00
POL320140151 Desmembramiento por Acc.	900.000,00
POL320140151 Reembolso de GM por Accidente	90.000,00

Costo neto:	UF 41,050	**IVA:**	UF 7,800	**Costo bruto:**	UF 48,850

Compañía de Seguros Generales Continental S.A.
Isidora Goyenechea 3162 • Piso 4 • Las Condes • Santiago • Chile • Teléfono: (56 2) 2870 1700

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

>> CONTRATANTE, ASEGURADO

CONTRATANTE:
Sres. : VENTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SEBASTIAN ARIEL PEREZ JIMENEZ E.I.R.L.
Rut : 77.288.841-4

ASEGURADO:
Sres. : VENTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SEBASTIAN ARIEL PEREZ JIMENEZ E.I.R.L.
Rut : 77.288.841-4

>> INTERÉS Y MONTOS ASEGURADOS

MATERIA ASEGURADA:
Se otorga cobertura innominada a **todos los Visitantes, Clientes, Pasajeros/Huéspedes** de la Entidad Contratante en actividades de **Turismo Receptivo** tales como:

Rafting
Ubicación: El Bajo 223, San José de Maipo

Se considera cobertura dentro del horario de atención al público, siempre que se encuentren en las instalaciones de la misma, realizando actividades de consumo y recreación.

LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN: UF 15.000,00 por Evento y UF 30.000,00 por Vigencia.

>> TIPO DE PÓLIZA Y COBERTURAS OTORGADAS

TIPO **:** Póliza Innominada de Multiriesgo de Responsabilidad Civil para casos de Muerte y Accidentes Personales.

COBERTURAS:
Rigen condiciones generales de la Póliza de **MULTIRIESGO RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CASOS DE MUERTE Y ACCIDENTES PERSONALES** depositada en la Comisión para el Mercado Financiero según código **POL320140151.**

RC por Muerte Accidental
Incapacidad Total y Permanente 2/3
Desmembramiento por Accidente
Gastos Médicos por Accidentes

En caso de siniestro, se deberá demostrar que la persona afectada se encontraba dentro de los recintos del Contratante.

Incluye las siguientes Coberturas Adicionales:
1. **Cobertura Sísmica.** Se deja constancia que están cubiertos los accidentes debido a movimientos sísmicos cualquiera sea su grado, Terremoto y Tsunami.
2. **Motines y Tumultos.** Se deja constancia que están cubiertos los accidentes derivados de Motines y Tumultos, siempre que el trabajador asegurado no sea participe deliberado de dichos actos.
3. **Avalancha de Nieve y Rodados.**
4. **Deportes Básicos.**
5. **Asalto y Homicidio.**
6. **Alta Tensión.**
7. **Mordeduras de animales**

8. **Picaduras de insectos**
9. **Casos cuando el asegurado es víctima de un delito o cuasidelito.**
10**. Mal de Altura.**
11. **Congelamiento e Insolación.**
12. **Accidentes a causa de Tornados, Huracanes, Tifones y Ciclones.**
13. **Terrorismo:** Estarán cubiertas las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o relacionados con cualquier acto de terrorismo, aun cuando exista cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al evento en forma concurrente o en cualquier otra secuencia.
Para los efectos de la presente cláusula, 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.
Esta cláusula no se extiende a cubrir pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza en caso que el trabajador asegurado sea partícipe deliberado de dichos actos ni que provengan de ataques terroristas por sustancias nucleares, químicas y/o biológicas.

>> PRIMAS Y TASAS

Cupos Anuales, **asegurados: 3000**

Coberturas	Capital Por Asegurado	Monto Total	Tasas Del Periodo	Primas Del Periodo
RC POR MUERTE ACCIDENTAL	300,00	900.000,00	0,0388	34,92
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3	300,00	900.000,00	0,0014	1,23
DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE	300,00	900.000,00	0,0009	0,79
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	30,00	90.000,00	0,0457	4,11
			PRIMA NETA	**41,05**
			IVA	**7,80**
			PRIMA BRUTA	**48,85**

>> GARANTÍAS

Cobertura: 24 horas.
Límite máximo de edad de ingreso y de permanencia **es ilimitado. Cubre a menores de 18 años**

En el evento de ocurrencia de un siniestro, se debe considerar lo siguiente:
En caso de muerte esta debe ser constatada y certificada por las autoridades competentes. Se entiende por autoridad competente la policial, marítima, médica o judicial, en su caso, de la jurisdicción respectiva en que el suceso se haya producido.

Este contrato no cubre ningún reclamo que de cualquier forma causado o que derive de:
a. Enfermedad de coronavirus (COVID-19)
b. Síndrome respiratorio agudo y severo de coronavirus 2 (SARS-COV-2)
c. Cualquier mutación o variación de SARS-COV-2
d. Ningún temor o amenaza de a), b), o c) según se señala anteriormente
La Compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes.

Las declaraciones del asegurado contenidas en los documentos entregados a la compañía, como son el cuestionario de seguro, borradores de pólizas y otros, son consideradas esenciales y forman parte integrante de la póliza.

>> OTRAS CONDICIONES

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE MULTIRRIESGO RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CASOS DE MUERTE Y ACCIDENTES PERSONALES POL320140151 DE LA C.M.F.

El presente condicionado se compone de un Título preliminar sobre reglas aplicables, un Título primero sobre "**Cobertura de Responsabilidad Civil para casos de Muerte**"; un Título segundo sobre "**Cobertura de Accidentes Personales**"; y un Título tercero sobre "Reglas Comunes".

Título Preliminar
Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en las cláusulas siguientes y las normas legales de carácter imperativo del 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.
Las coberturas de "**Responsabilidad Civil para Casos de Muerte**" y de "**Accidentes Personales**", pueden contratarse en forma conjunta o separada. En aquellos casos en los que ambas coberturas se contraten conjuntamente se entenderá lo siguiente:
1. En el caso de la cobertura de "**Responsabilidad Civil para Casos de Muerte**", se entenderá por asegurado aquella persona a quien afecta el riesgo de responsabilidad civil que se transfiere al asegurador, esto es, quien eventualmente puede sufrir un menoscabo patrimonial por el reclamo indemnizatorio de daños sufridos por los terceros reclamantes en razón de un fallecimiento.
2. En el caso de la cobertura de "**Accidentes Personales**" se entenderá por asegurado aquella persona a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador, y que provoca una alteración en su integridad física o intelectual.

TÍTULO PRIMERO: COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CASOS DE MUERTE.

DEFINICIONES:
Para los efectos de esta cobertura se entenderá por:
1. **Accidente:** Todo suceso no intencional que afecte al organismo de una persona ocasionándole la muerte.
2. **Certificado de cobertura o certificado definitivo:** documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo o flotante.
3. **Deducible:** La estipulación por la que el asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado.
4. **Fallecimiento:** Se entenderá como fallecimiento o muerte accidental para los efectos de este seguro, aquel que es consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de este seguro, siempre y cuando la muerte, se produzca a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de ocurrido el accidente.
5. **Garantías:** Los requisitos destinados a circunscribir o disminuir el riesgo, estipulados en un contrato de seguro como condiciones que deben cumplirse para que haya lugar a la indemnización en caso de siniestro.
6. **Gastos razonables y acostumbrados:** El monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando, además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de lesiones causadas por accidentes; características y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
7. **Siniestro:** La ocurrencia del riesgo o evento dañoso contemplado en el contrato.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA:
Por esta cobertura, la Compañía se obliga a indemnizar los daños y perjuicios que, por el fallecimiento accidental de una persona, sufran los terceros reclamantes, en los términos previstos en este seguro, y que puedan causar un menoscabo patrimonial al asegurado por su eventual responsabilidad en los hechos causantes del fallecimiento.
La compañía pagará a los terceros reclamantes, en calidad de beneficiarios de este seguro, el monto especificado en las condiciones particulares, inmediatamente después de recibidos y aprobados los antecedentes que den cuenta y demuestren la muerte que justifica su reclamo, sin necesidad de transacción o sentencia judicial que declare la responsabilidad civil del asegurado.
Se consideran terceros, para los efectos de la presente cobertura, las personas que a continuación se señalan, en el siguiente orden de prelación o preferencia:
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 o el conviviente del fallecido.
La cobertura de responsabilidad civil comprende el reclamo indemnizatorio por daño emergente y daño moral sufrido por los terceros reclamantes.
Este seguro no cubre gastos de defensa, ni el importe de las cauciones que deba rendir el asegurado, ni las multas o sanciones pecuniarias a que sea condenado.

RIESGOS EXCLUIDOS:
Se excluye de esta cobertura, además de lo expresamente establecido en la Ley, lo siguiente:
1. Los daños ocasionados por el cónyuge, ascendientes, descendientes o parientes por consanguinidad o afinidad hasta el 2º grado o trabajadores dependientes del asegurado.
2. La responsabilidad proveniente de perjuicios indirectos.
3. Toda clase de pérdida de utilidades y/o lucro cesante.
4. La responsabilidad penal y las consecuencias pecuniarias de la misma.
5. Los daños producidos cuando el hecho que origine los daños o pérdidas sea causado intencionalmente por el asegurado o lo hagan responsable de un delito.
6. Los daños sufridos por terceros reclamantes que sean consecuencia de muerte natural del fallecido.
7. Los daños producidos cuando el accidente ocurra fuera del territorio de la República de Chile.
8. Los daños provenientes de siniestros durante guerra, guerra civil, revolución, motín, huelga, tumulto popular, o causados por pertrechos de guerra.
9. Cualquier daño producido por la acción de la energía atómica.
10. Cualquier daño a consecuencia de un incendio o de una explosión.
11. Los daños que tengan origen en actos de la naturaleza y contaminación, en general.
12. Este seguro no otorga cobertura en aquellos casos en que el tomador, asegurado, beneficiario o afianzado, o sus empleados o personas relacionadas, tenga alguna relación o se encuentre incluido en actividades relacionadas directa o indirectamente con actividades terroristas, lavado de activos o de similar naturaleza, incluyendo, pero sin estar limitadas, a las listas o sanciones dispuestas por la oficina de control de activos extranjeros (OFAC, según sus siglas en inglés) del departamento del tesoro de los EEUU. Se excluyen de cobertura, expresamente, aquellos siniestros y toda y cualquier pérdida relacionada directa o indirectamente con operaciones, negocios, contratos o vínculos de cualquier naturaleza con países o personas incluidas en dichas listas, o cuyo pago deba ser efectuado a personas o países designados (Specially Designated Nationals List, SDN).

DEFENSA JUDICIAL:
La responsabilidad y los gastos por su defensa judicial corresponden al asegurado.

SUMA ASEGURADA Y LÍMITE DE LA INDEMNIZACIÓN:
La suma asegurada constituye el límite máximo de la indemnización que se obliga a pagar el asegurador en caso de siniestro, y será determinada según las reglas contenidas en este condicionado y en las condiciones particulares de este seguro.
La presente cobertura opera en exceso de lo no reembolsado por el sistema de previsión de FONASA o ISAPRES. Esta limitación opera siempre que existan este tipo de seguros, no constituye condición de cobertura. Para los efectos de lo estipulado en el párrafo anterior, los terceros reclamantes deberán entregar a quien corresponda los antecedentes que den cuenta de los reembolsos de ISAPRE O FONASA. A falta de ellos, deberán entregar una declaración jurada autorizada ante notario público, en la que da cuenta de la inexistencia de este tipo de seguros.

FORMA DE INDEMNIZAR:
La forma de indemnizar se ajustará a las normas contenidas en el presente condicionado y, a los términos pactados en los condicionados particulares de este seguro. Todo según lo dispuesto en el artículo 563 del Código de Comercio. La obligación del asegurador de indemnizar ocurrido el riesgo asegurado, será exigible una vez determinada la pérdida o concluido el proceso de liquidación de siniestros, regulado en los artículos 61 y siguientes del Decreto con Fuerza de Ley número 251 y en el Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros o las normas que los reemplacen.

TÍTULO SEGUNDO: COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES

La Compañía se obliga, conforme a las modalidades estipuladas en este condicionado y en las condiciones particulares de este seguro, a indemnizar al asegurado las lesiones corporales o la incapacidad que éste sufra a consecuencias de un accidente. Las coberturas contenidas en este seguro, se sujetan a las condiciones y límites de cada caso específico contratado, y a los términos de las condiciones particulares.

DEFINICIONES:
Para los efectos de esta cobertura, se entenderá por:
1. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del asegurado ocasionándole la muerte o provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y la asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

2. **Certificado de cobertura o certificado definitivo:** Documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo o flotante.
3. **Deducible:** La estipulación por la que asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado.
4. **Garantías:** Los requisitos destinados a circunscribir o disminuir el riesgo, estipulados en un contrato de seguro como condiciones que deben cumplirse para que haya lugar a la indemnización en caso de siniestro.
5. **Gastos razonables y acostumbrados:** El monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando, además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de lesiones causadas por accidentes; característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
6. **Hospital o Clínica:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación de enfermos mentales o tratamiento psiquiátrico, adictos a drogas o alcohólicos.
7. **Hospitalización:** Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.
8. **Incapacidad temporal:** Es aquella que a consecuencia de un accidente, impide al asegurado en forma transitoria el desarrollo normal de sus actividades de trabajo u ocupación habitual.
9. **Invalidez total y permanente 2/3:** La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente y que ocasione un menoscabo irreversible de, al menos, 2/3 (dos tercios) de su capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. No 3.500 de 1980.
10. **Período de carencia para hospitalización:** Número de días para cada hospitalización, durante los cuales el asegurado no tiene derecho a percibir los beneficios de la cobertura de indemnización diaria por hospitalización a causa de accidente.
11. **Siniestro:** La ocurrencia del riesgo o evento dañoso contemplado en el contrato.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS:
Este seguro contempla una cobertura para invalidez total o permanente 2/3 por accidente; una cobertura por desmembramiento; y una cobertura por reembolso de gastos médicos por accidente; y una cobertura por indemnización por hospitalización a causa de accidente.

1. Cobertura para invalidez total o permanente 2/3 por accidente:
En el evento que el asegurado resulte con una invalidez total y permanente de 2/3, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro, la compañía pagará el capital asegurado estipulado en las condiciones particulares de este seguro.
En aquellos casos que la invalidez total y permanente 2/3, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza, se manifieste en forma progresiva o no, esta deberá ser establecida a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

2. Cobertura por desmembramiento:
En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los ciento ochenta (180) días contado desde su ocurrencia, la compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado, en las condiciones particulares de este seguro:
100% en caso de pérdida total de la visión de ambos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo.
50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano, o de un pie, o por la sordera completa de ambos oídos, o por la pérdida del habla;
50% por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
35% por la pérdida total de la visión de un ojo;
25% por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;
20% por la pérdida total del pulgar de una mano;
15% por la sordera total completa de un oído;
5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
3% por la pérdida total de un dedo del pie.

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

Para los efectos específicos de esta cobertura se entiende por:
1. **Pérdida Total:** La referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.
2. **Pérdida Funcional total:** La ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.
3. **Miembro:** Cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.
La pérdida funcional total de cualquier miembro, cuando sea permanente e irreversible, se considerará como pérdida efectiva del mismo. En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de este seguro, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de este seguro, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta cobertura.

3. Cobertura por Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:
En virtud de esta cobertura la compañía reembolsará al asegurado, hasta el monto máximo señalado en las condiciones particulares de este seguro por los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios, razonables y acostumbrados, incurridos por el asegurado que sean consecuencia inmediata y directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro, siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas o medicamentos adquiridos dentro de un plazo de **trescientos sesenta y cinco (365)** días, contado desde la fecha de ocurrencia de cada accidente. Para todo efecto, por cada accidente ocurrido, cualquier reembolso será posterior al pago del monto del deducible que se indica en las Condiciones Particulares. Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados. En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada y/o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales, si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

RIESGOS EXCLUIDOS
Queda excluido de la cobertura de accidentes personales, los daños que tengan su origen en el fallecimiento o lesiones del asegurado, que se produzcan directa o indirectamente, total o parcialmente a consecuencia de:
1. Participación activa del asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma
2. La participación en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
3. Participación activa del asegurado en guerra, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, operaciones militares para la obtención o mantención de la paz, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
4. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por quien pudiere verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada.
5. Suicidio o intento del mismo, auto mutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
6. Desempeñarse como deportista de alto rendimiento o profesional según lo establecido en el artículo 8o de la Ley del Deporte No 19.712 de enero de 2001 y en el DFL 1 de 1970, respectivamente.
7. Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
8. Ataques cardíacos, parálisis; ni los que ocurran estando el asegurado en estado de embriaguez, cuyo grado sea superior a 0.8 gramos de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente, o bajo la influencia de drogas, somníferos, alucinógenos o desinhibitorios, aun cuando ella sea parcial o en estado de sonambulismo
9. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
10. El uso, la liberación o el escape de los materiales nucleares que directa o indirectamente resulte en una reacción nuclear, radiación o contaminación radiactiva. Además, están excluidas las consecuencias de dispersión, utilización o escape de materiales biológicos y químicos patogénicos o venenosos. Sin embargo, lo mencionado anteriormente se aplica solamente si 50 o más personas resultan muertas o sufren lesión física seria, dentro del plazo de 90 días de la ocurrencia del incidente y que cause la muerte o lesión física seria. Para los propósitos de esta disposición, lesión

física seria significa: (a) Lesión física que implica un riesgo substancial de la muerte; o (b) desfiguración física prolongada y obvia; o (c) pérdida prolongada o debilitación de la función de un miembro corporal u órgano.?
11. Cirugía plástica o cosmética.
12. Infecciones bacterianas, siempre y cuando éstas no sean a consecuencia de una lesión accidental cubierta por este seguro.

FORMA DE INDEMNIZAR
La forma de indemnizar se ajustará a las normas contenidas en el presente condicionado y, a los términos pactados en los condicionados particulares de este seguro. Todo según lo dispuesto en el Artículo 563 del Código de Comercio. La obligación del asegurador de indemnizar ocurrido el riesgo asegurado, será exigible una vez determinada la pérdida o concluido el proceso de liquidación de siniestros, regulado en los Artículos 61 y siguientes del Decreto con Fuerza de Ley número 251 y en el reglamento de auxiliares del comercio de seguros o las normas que los reemplacen.

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

TÍTULO TERCERO: REGLAS COMUNES

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO
El asegurado estará obligado a:
1. Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto.
2. Pagar la prima en la forma y época pactadas.
3. Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
4. Las demás obligaciones, deberes o cargas que contemple la ley, este condicionado general, clausulas adicionales y condiciones particulares. Si el contratante del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.

DEBER DE COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO
El asegurado, o contratante en su caso, deberá informar al asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado, y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los cinco días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador, todo en los términos de los artículos 524 número 5 y 526 del Código de Comercio.
Se presume que el asegurado conoce las agravaciones de riesgo que provienen de hechos ocurridos con su directa participación.
Si el siniestro no se ha producido, el asegurador, dentro del plazo de treinta días a contar del momento en que hubiere tomado conocimiento de la agravación de los riesgos, deberá comunicar al asegurado su decisión de dejar sin efecto el contrato o proponer una modificación, a los términos del mismo para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura de la póliza. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días, contados desde la fecha de envío de la misma, este último podrá dar por rescindido el contrato, quedando sin efecto. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.
Si el siniestro se ha producido sin que el asegurado, o el contratante en su caso, hubieren efectuado la declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el inciso primero, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización respecto de las coberturas del seguro afectadas por el agravamiento. No obstante, en caso que la agravación del riesgo hubiera conducido al asegurador a celebrar el contrato en condiciones más onerosas para el asegurado, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.
Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, por la naturaleza de los riesgos, hubiere debido conocerlos y los hubiere aceptado expresa o tácitamente.
Salvo en caso de agravación dolosa de los riesgos, en todas las situaciones en que, de acuerdo a los incisos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al asegurado la proporción de prima correspondiente al período en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.
Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la terminación del contrato, la que se producirá dentro de los plazos indicados en el artículo 526 inciso segundo del Código de Comercio, esto es, a la expiración del plazo de treinta días contados desde el envío de la respectiva comunicación de término del seguro.
Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la opción de cambio de condiciones de cobertura o adecuación de la prima.

DECLARACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO
El presente contrato fue celebrado en consideración a las declaraciones completadas por el asegurado, contratante o tomador, en el cuestionario sobre el riesgo asegurado, y en los términos de los Artículos 524 número 1º y 525 del Código de Comercio.
El incumplimiento culposo o inexcusable del deber de responder del asegurado, contratante o tomador, dejará sin efecto del contrato en los términos del Artículo 525 del Código de Comercio.
En el caso de dolo o mala fe en la declaración o respuestas al cuestionario sobre el riesgo asegurado procederá la sanción prevista en el Artículo 539 del referido código.
No obstante lo señalado, en el caso de incumplir el asegurado, contratante o tomador el deber de responder el cuestionario sin culpa en los términos de los Artículos 524 número 1º y 525 del Código de Comercio, podrá el asegurador proponer una mantención del contrato mediante una adaptación de la prima o de las condiciones de cobertura inicialmente pactadas. Sí ha ocurrido el siniestro, el asegurado, contratante o tomador, tendrá derecho a una rebaja de la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo, según lo dispuesto en el inciso 4o del Artículo 525 del Código de Comercio.
Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la terminación del contrato, la que se producirá dentro de los plazos indicados en el Artículo 525 inciso tercero del Código de Comercio, esto es, a la expiración del plazo de treinta días contados desde el envío de la respectiva comunicación de término del seguro, salvo para el caso de la sanción de nulidad prevista en el artículo 539 del Código de Comercio, que requiere declaración judicial.
Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la opción de cambio de condiciones de cobertura o adecuación de la prima.

TERMINACIÓN POR NO PAGO DE PRIMA
La falta o simple retardo en el pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato, según lo dispone el Artículo 528 del Código de Comercio.
No terminará el contrato, si dentro del plazo indicado, el asegurado entera o paga el saldo insoluto de la prima.
Producida la terminación del contrato, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO
En el caso de siniestro, el asegurado, contratante o tomador, según los casos, debe:
a) En el caso de un siniestro que afecte la cobertura de "Responsabilidad Civil Vehicular para Casos de Muerte" dar aviso a la compañía en tiempo razonable de todo reclamo indemnizatorio de terceros.
b) En el caso de un siniestro que afecte la cobertura de "Accidentes Personales" notificar al asegurador, dentro del plazo de 180 días o tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, esto es, un hecho dañoso contemplado y cubierto en esta póliza.
b) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.
c) Las demás que indique la Ley.

Los documentos a presentar, para proceder al pago del siniestro dentro de las dependencias del contratante, y bajo los términos de la presente póliza serán los siguientes:
- Certificado de defunción con claridad y precisión del tipo de muerte
- Declaración de accidente de la empresa presentada a la mutual o institución de salud correspondiente
- Informe de siniestro de mutual o institución de salud correspondiente (donde se valida y precisa detalles del accidente)

TERMINACIÓN ANTICIPADA
El asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato, en los términos dispuestos en al Artículo 537 del Código de Comercio. La compañía deberá expresar en la respectiva comunicación enviada al asegurado, contratante o tomador, según el caso, las causas que motiven o justifican el término del seguro.
Además de las causales legales de término anticipado, y sólo a modo ejemplar, y sin que la siguiente enunciación sea considerada como taxativa o excluyente de otras causales, la compañía podrá poner término anticipado a este seguro en razón de cambios en las políticas de suscripción de la compañía respecto del riesgo cubierto. La terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación al asegurado, contratante o tomador.
El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador.
Producida la terminación del contrato, la prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, y el asegurador deberá poner el importe de prima no devengada, a disposición del quien corresponda, de inmediato. No se procederá

a la restitución de prima, en caso de haber ocurrido un siniestro de pérdida total, según lo dispone el inciso final del Artículo 537 del Código de Comercio.

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES
Las comunicaciones del asegurador al contratante, tomador, asegurado o beneficiario, podrán enviarse por medios electrónicos o tecnológicos, garantizando su recepción y la posibilidad de almacenamiento o impresión.
Para los efectos señalados en el párrafo anterior el contratante, tomador, asegurado o beneficiario deberá informar a la compañía de seguros sobre su dirección de correo electrónico. A su falta, el asegurador deberá comunicar por escrito, mediante carta enviada al domicilio del contratante, tomador, asegurado o beneficiario.
El asegurado debe comunicar al asegurador de cualquier modificación de su dirección de correo electrónico o domicilio convencional informado al contratar este seguro. Las comunicaciones que envíe el contratante, tomador, asegurado o beneficiario deberán ser por escrito, y remitidas al domicilio del asegurador indicado en la póliza.

SUBROGACIÓN
Por el pago de la indemnización, el asegurador se subroga de pleno derecho en los derechos y acciones que el asegurado tenga en contra de terceros en razón del siniestro, según los términos previstos en este condicionado y en el artículo 534 del Código de Comercio.

REAJUSTE DE VALORES
El capital asegurado y el monto de la prima se expresarán en moneda extranjera, en unidades de fomento u otra unidad reajustable autorizada por la superintendencia de valores y seguros, que se establezca en las condiciones particulares de este seguro.
El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajustable señalada en las condiciones particulares, que se considerará para el pago de prima y beneficios, será el vigente al momento de su pago efectivo. Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

EXONERACIÓN DEL ASEGURADOR DE SU OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR
Salvo los casos expresamente regulados en este condicionado, cualquier incumplimiento del asegurado, contratante o tomador del seguro de las obligaciones, cargas o deberes contenidas en este contrato, provocará la exoneración de la compañía de la obligación de indemnizar en el caso de ocurrencia de un siniestro. No obstante, la compañía podrá además, poner término anticipado al contrato según lo establecido en los artículos 537 y 539 del Código de Comercio.

EFECTOS DE LA PLURALIDAD DE SEGUROS
Si al momento de producirse un siniestro que cause pérdidas o daños amparados por este seguro y existieren otro u otros seguros sobre la misma materia, interés y riesgo, el asegurado podrá reclamar a cualquiera de los aseguradores el pago del siniestro, según el respectivo contrato, y a cualquiera de los demás, el saldo no cubierto. El conjunto de las indemnizaciones recibidas por el asegurado, no podrá exceder del interés asegurado.

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS
Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.
En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.
En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria, en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.
No serán aplicables al contrato de seguro las reglas sobre solución de controversias contenidas en la Ley 19.496.

DOMICILIO
Para los efectos del contrato de seguro, las partes fijan como domicilio el indicado por el asegurado, contratante, tomador o beneficiario en las condiciones particulares de la póliza, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 543 inciso 5o del Código de Comercio.

IMPORTANTE:
La póliza contiene Exclusiones de Cobertura y Obligaciones y Garantías que deben cumplirse por el Asegurado.

>> EXCLUSIONES

De acuerdo a lo señalado en las Condiciones Generales asociadas a la presente póliza.

>> CLÁUSULAS ADICIONALES (VER ANEXO)

Procedimiento de Liquidación de Siniestros, Circular 2106 31.05.2013 S.V.S. (CMF)
Información sobre presentación de consultas y reclamos, Circular 2131 28.11.2023 S.V.S. (CMF)
Circular UAF N° 62/2025.

>> FORMAS DE PAGO

10 cuotas.

ANEXO – DETALLE CLÁUSULAS ADICIONALES

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO EN PÓLIZAS DE SEGUROS.
CIRCULAR N° 2106 SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS (CMF)

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN
La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.
El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

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

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

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

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

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN
Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45días corridos desde fecha denuncio, 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 denuncio;

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

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

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

9) IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN
Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.
Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS.
CIRCULAR N° 2131 SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS (CMF)
En virtud de la Circular N°2131 del 28 de noviembre de 2013, las COMPAÑÍAS DE SEGUROS, CORREDORES DE SEGUROS Y LIQUIDADORES DE SINIESTROS, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se presenten directamente por el contratante, Asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.
Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.
Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.
El interesado, en caso de disconformidad respecto de los informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros (CMF), Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

INSTRUCCIONES SOBRE OBLIGACIONES DE IDENTIFICACIÓN, VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE DATOS DE BENEFICIARIOS FINALES.

CIRCULAR UAF N° 62/2025
Informamos que, en cumplimiento de la Circular UAF N° 62/2025, debemos solicitar a nuestros clientes personas jurídicas la identificación de sus beneficiarios finales. Para ello, recibirán un formulario en el e-mail de despacho de su póliza (u otro documento), el cual deberá ser completado y enviado a la Compañía.

CLÁUSULA DE GASTOS DE FORMALIZACIÓN
Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 528 del Código de Comercio, se deja establecido que los gastos de formalización del contrato a que se refiere el artículo 528 del Código de Comercio ascienden al 3.4% de la prima neta, los que ya están incluidos en el costo del seguro.
.

.

Compañía de Seguros Generales Continental S.A.
Isidora Goyenechea 3162 • Piso 4 • Las Condes • Santiago • Chile • Teléfono: (56 2) 2870 1700