

Póliza de Accidentes Personales

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131914

ARTICULO 1°: 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.

ARTICULO 2°: COBERTURA

La Compañía Aseguradora pagará al asegurado o a sus beneficiarios, como consecuencia de lesiones corporales producidas por accidente, o por hospitalización a causa de enfermedad, el monto asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, de acuerdo a la definición de las coberturas que se indican en el artículo siguiente de esta póliza. El asegurado podrá contratar una o más de estas coberturas, las que según corresponda deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares.

El accidente o la enfermedad que dé lugar a las coberturas de la presente póliza, necesariamente debe haber ocurrido durante la vigencia de ésta. Por lo tanto, no se tendrá cobertura cuando dicho accidente o enfermedad haya ocurrido con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza.

ARTICULO 3°: DEFINICION DE LA COBERTURA

El asegurado podrá optar por una o más de las alternativas de cobertura que a continuación se indican, las que deberán expresamente consignarse en las Condiciones Particulares:

Alternativa A: Muerte Accidental

Alternativa B: Desmembramiento

Alternativa C: Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios por Accidente

Alternativa D: Incapacidad Total y Permanente 80% por Accidente

Alternativa E: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Alternativa F: Reembolso de Gastos por Hospitalización a causa de Accidente o Enfermedad, con y sin convalecencia

Alternativa G: Beneficio de Cirugía, a causa de Accidente o Enfermedad.

Alternativa H: Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente o Enfermedad, con y sin convalecencia

Alternativa A.- MUERTE ACCIDENTAL.

En virtud de esta cobertura la Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la Compañía Aseguradora deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en las Alternativas B.-, C.-, y D.- , en caso de haber sido contratadas.

Alternativa B.- 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 noventa (90) días contados desde su ocurrencia, la Compañía Aseguradora indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza:

100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;

50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;

50% por la sordera completa de ambos oídos;

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

40% por pérdida total de un pie;

35% por la ceguera total de un ojo;

25% por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro

20% por la pérdida total de un pulgar

15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo

13% por la sordera completa de un oído;

5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;

3% por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa B.

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta Alternativa B, se establece el significado de los siguientes términos:

Pérdida total: Se entiende por "pérdida total" referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida parcial: Se entiende por "pérdida parcial" la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: Se entiende por "pérdida funcional total" la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

Miembro: Se entiende por "miembro", cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los

grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

Alternativa C.- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS POR ACCIDENTE.

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente dos tercios, la Compañía Aseguradora pagará el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en las Alternativas B.- y D.-, a razón del diez por ciento anual, durante un período máximo de diez (10) años mientras el asegurado esté vivo o hasta la cesación de su incapacidad. Sin perjuicio de lo anterior, se podrá establecer el pago del capital contratado mediante un pago único y total, de lo que deberá dejarse constancia expresa en las Condiciones Particulares.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente dos tercios, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de a lo menos dos tercios (2/3) de la 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. N° 3.500, de 1980.

La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido la incapacidad de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos que se encuentren ejerciendo o que hayan ejercido por lo menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, dos de los cuales podrán ser elegidos por el asegurado.

La junta médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cobertura y a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980.

La junta médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos, incluidos los honorarios médicos de dicha junta, serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la compañía aseguradora.

La declaración de incapacidad o invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la compañía y para la junta médica un valor meramente informativo.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía Aseguradora, el asegurado deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza.

Si procede el pago de la indemnización, la Compañía Aseguradora pagará el beneficio desde la fecha de la notificación de la invalidez a la Compañía Aseguradora y devolverá las primas de esta cobertura pagadas desde el mes siguiente de la referida fecha de notificación de la invalidez.

Alternativa D.- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 80% POR ACCIDENTE.

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encuentre dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente ochenta por ciento (80%), la Compañía Aseguradora pagará el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en las Alternativas B.-, y C.-, a razón del diez por ciento anual, durante un período máximo de diez (10) años mientras el asegurado esté vivo o hasta la cesación de su incapacidad. Sin perjuicio de lo anterior, se podrá establecer el pago del capital contratado mediante un pago único y total, de lo que deberá dejarse constancia expresa en las Condiciones Particulares.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente ochenta por ciento (80%), la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de a lo menos el ochenta por ciento (80%) de la 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. N° 3.500, de 1980.

La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido la incapacidad de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía Aseguradora, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos que se encuentren ejerciendo o que hayan ejercido por a lo menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de

Pensiones, dos de los cuales podrán ser elegidos por el asegurado.

La junta médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cobertura y a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980.

La junta médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos, incluidos los honorarios médicos de dicha junta, serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la Compañía Aseguradora.

La declaración de incapacidad o invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la Compañía Aseguradora y para la junta médica un valor meramente informativo.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía Aseguradora, el asegurado deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza.

Si procede el pago de la indemnización, la Compañía Aseguradora pagará el beneficio desde la fecha de la notificación de la invalidez a la compañía y devolverá las primas de esta cobertura pagadas desde el mes siguiente de la referida fecha de notificación de la invalidez.

Alternativa E.- REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora reembolsará al asegurado el porcentaje expresado en las Condiciones Particulares de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra como consecuencia de un accidente, hasta el monto anual indicado en las Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguiente a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él.

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 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 originales 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.

Sin perjuicio del resto de las exclusiones de cobertura contempladas en esta póliza, la presente cobertura no reembolsará los gastos anteriormente indicados, cuando ellos provengan o se originen por:

1. Ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. 2. Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos. 3. La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado y las hospitalizaciones domiciliarias de cualquier tipo. 4. La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

5. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

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

7. Atenciones médicas psiquiátricas.

Esta cobertura contará con un deducible por evento cuyo monto será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, y el cual será siempre de cargo del asegurado.

Alternativa F: REEMBOLSO DE GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA.

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora reembolsará al asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad el porcentaje expresado en las Condiciones Particulares de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, hasta el monto máximo diario que se indica en las Condiciones Particulares de acuerdo a lo que más adelante se señala.

Los gastos de las atenciones prestadas serán reembolsados una vez que hayan transcurrido el número de días consecutivos de hospitalización por evento señalado en las Condiciones Particulares de la póliza. La hospitalización del asegurado por un número de días inferior al antes señalado no dará lugar a indemnización alguna.

Los gastos cubiertos por esta cobertura serán reembolsados en los términos antes señalados, hasta por el máximo de días de hospitalización por evento consignado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados, y todos los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro cubierto, incluyendo el diagnóstico que justifica la hospitalización.

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna institución de Salud Estatal, Privada 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 originales 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.

CONVALECENCIA.

En caso que el asegurado haya contratado esta alternativa incluida la Convalecencia, la Compañía Aseguradora también pagará al asegurado, por concepto de convalecencia, una cantidad equivalente al 50% del monto máximo diario indicado en las Condiciones Particulares por cada día de hospitalización.

Este pago solo procederá en el evento que el asegurado haya permanecido hospitalizado el número de días consecutivos por evento señalado en las Condiciones Particulares de la póliza. La hospitalización del asegurado por un número de días inferior al antes señalado no dará lugar al pago de indemnización alguna.

Alternativa G: BENEFICIO DE CIRUGÍA A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará al asegurado que incurra en gastos por una intervención quirúrgica, generada a consecuencia de enfermedad o accidente, la cantidad que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, establecidas en las Condiciones Particulares para cada tipo de operación quirúrgica, con las limitaciones que a continuación se señalan:

1. La cantidad calculada por este procedimiento para el pago de la indemnización no podrá exceder el monto real de los gastos en que incurrió el asegurado.

2. Cuando una intervención quirúrgica no se encuentre en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, la Compañía Aseguradora determinará el pago comparando la intervención quirúrgica realizada con aquella de la Tabla de Operaciones Quirúrgicas que más se le asemeje, a criterio de la compañía, en cuanto a complejidad quirúrgica y tiempo de duración.

En caso de que el asegurado no esté de acuerdo con el criterio de la Compañía Aseguradora para la clasificación de la intervención, la cuestión será resuelta, sin forma de juicio, por un médico cirujano designado de común acuerdo por las partes, cuyos honorarios serán de cargo exclusivo del asegurado.

3. En caso que se realice más de una intervención quirúrgica, como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad, el pago del beneficio ascenderá al monto que resulte de multiplicar el capital asegurado por el porcentaje de la intervención quirúrgica que tenga asignado en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas el porcentaje más alto, de las efectuadas.

4. El pago de todas las intervenciones quirúrgicas producidas por un mismo accidente o enfermedad, no excederá en ningún caso el monto del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares.

5. El gasto correspondiente a intervenciones quirúrgicas de los órganos de reproducción, amígdalas, adenoides, pólipos y hernias, contempla un periodo de espera individual de 120 días contados desde el inicio de la vigencia de esta póliza, su rehabilitación, o la incorporación del asegurado, según corresponda.

Así, la Compañía Aseguradora solo pagará dicho beneficio después de transcurrido dicho plazo, y durante la vigencia de la póliza.

El asegurado que a consecuencia de accidente o enfermedad, deba utilizar además servicio de ambulancia para su traslado, tendrá derecho a percibir el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares para efectos de ambulancia.

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 en alguna Institución de Salud Estatal, Privada 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 originales 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.

Alternativa H: INDEMNIZACION DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD CON O SIN CONVALECENCIA.

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará al asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad, la cantidad diaria que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el asegurado.

Se pagará la cantidad diaria a contar del número de días de hospitalización señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el máximo de días señalados en dichas Condiciones Particulares.

El período de espera o carencia indicado en el párrafo precedente, se aplicará tantas veces como el asegurado se hospitalice durante la vigencia de la cobertura siempre y cuando el ingreso no sea consecuencia de un accidente que previamente haya causado la hospitalización.

Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario.

CONVALECENCIA

El asegurado podrá contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, el beneficio adicional de convalecencia, estipulándolo expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

En este caso, la Compañía Aseguradora pagará al asegurado por este concepto una cantidad equivalente al 50% de la suma de las indemnizaciones diarias por accidente o enfermedad que efectivamente perciba el asegurado por la cobertura establecida en esta alternativa, independientemente del número de días que

permanezca en convalecencia.

Este beneficio adicional, en el evento de que se contrate, se aplicará cada vez que el asegurado se hospitalice y tenga derecho al pago de la indemnización diaria de enfermedad o accidente.

ARTICULO 4º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

1. Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido. Todas las enfermedades que existan simultáneamente, debidas a la misma causa o a otra relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad.

2. Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean a consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

3. Enfermedades preexistente o condiciones de salud preexistentes: entendiéndose por tales, cualesquiera enfermedad, dolencia o situaciones de salud que afecte al Asegurado y que haya sido diagnosticada o conocida por el asegurado o por quién contrata a su favor, con anterioridad a la fecha de incorporación a la póliza.

4. Deducible para esta póliza: la estipulación por la que la Compañía Aseguradora y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado y cuyo valor se establece en las Condiciones Particulares. Dicho deducible será aplicable respecto de los gastos provenientes de cada hospitalización por enfermedad o lesión por accidente que se denuncie a la Compañía Aseguradora, en forma separada. De esta forma el deducible aplicado a los gastos provenientes de una misma enfermedad o accidente, será nuevamente aplicado a los gastos provenientes de otra enfermedad o accidente denunciado. El referido deducible se aplicará asimismo por separado respecto de cada miembro del grupo familiar asegurado, en el evento que estos cuenten con cobertura en virtud de la presente póliza.

5. Monto Máximo: Es la cantidad total máxima de cobertura de esta póliza por los gastos provenientes de

todas las enfermedades diagnosticadas o accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza, en conjunto. Dicho monto máximo, el cual deberá establecerse en el Condicionado Particular de la póliza, operará respecto de cada renovación anual de la póliza para nuevas enfermedades o accidentes, que se diagnostiquen u ocurran a partir de la renovación y durante su vigencia.

6. Periodo de espera o carencia para hospitalización: es el 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.

7. Hospital o clínica: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas y que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipo de rayos X y quirófano atendidos por personal profesional especializado. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

8. Hospitalización: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

ARTICULO 5°: EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las indemnizaciones que correspondan a las coberturas indicadas en el Artículo N°3 de esta póliza, cuando el fallecimiento, hospitalizaciones por enfermedad o lesiones del asegurado se produzcan a consecuencia de:

a) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del Estado. b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente por sentencia ejecutoriada que se ha tratado de legítima defensa. c) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonada, motín, conmoción civil, subversión incluidos los actos terroristas entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, 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. d) Suicidio o intento del mismo, intoxicaciones, automutilación 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. e) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados y empresas de seguridad ciudadana. f) La práctica o el desempeño de cualquier deporte que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, que haya sido declarado por el asegurado y de lo cual haya quedado constancia en las Condiciones particulares, salvo que sea previamente aceptada por el asegurador, tales como: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bumpee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo. g) Encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente. h) Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador. i) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva. j) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico del Departamento de Geofísica de la Universidad de Chile, o del servicio que en el futuro lo reemplace. k) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas. l) Infecciones debidas a gérmenes, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. Esta exclusión no se aplica a las alternativas de cobertura F, G.- y H.- del artículo N°3 de este Condicionado General. m) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan. n) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza. o) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo. p) Exámenes médicos de rutina. q) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesi-tada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza. r) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa. Estados de demencia, deficiencia mental o perturbaciones del conocimiento. s) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento. t) Una infección oportunistica, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por: - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. - Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada. - Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida. - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano). u) Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente. v) Enfermedades, lesiones o condiciones médicas preexistentes, según lo definido en el artículo 4° N°3 precedente. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares y en el certificado de cobertura se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable o la exclusión de las enfermedades preexistentes declaradas. w) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embelle-cimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza. x) Todo tipo de tratamientos por obesidad, salvo en aquellos casos calificados como "obesidad mórbida", de acuerdo a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). y) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, en-fer-medad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. z) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado. aa) Epidemias oficialmente declaradas. bb) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización. cc) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia, y de lo cual haya

quedado constancia en las Condiciones Particulares, tales como lo son las siguientes: dd) La manipulación de explosivos o sustancias químicas corrosivas. ee) La manipulación de sierras mecánicas, de vaivén, banda o circulares utilizadas en industrias o fábricas. ff) La manipulación de máquinas de soldar utilizadas en industrias o fábricas. gg) Trabajar en la carga o descarga de vehículos, buques o aviones. hh) Desempeñarse como deportista de alto rendimiento o profesional según lo establecido en el artículo 8º de la Ley del Deporte N° 19.712 de enero de 2001 y en el DFL 1 de 1970, respectivamente. ii) Motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.

ARTICULO N° 6: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme dispone el artículo 524 del Código de Comercio, el asegurado o los beneficiarios en su caso, estarán obligado a:

Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía Aseguradora para identificar y apreciar la extensión de los riesgos; Informar, a requerimiento de la Compañía Aseguradora, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto; Pagar la prima en la forma y época pactadas; Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro; No agravar el riesgo y dar noticia a la Compañía Aseguradora sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que agraven sustancialmente el riesgo; Notificar a la Compañía Aseguradora la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro; Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias; y Las demás obligaciones contempladas en la póliza.

ARTICULO N°7: AGRAVACION DEL RIESGO

Salvo para las coberturas de enfermedades contempladas en esta póliza, de conformidad al artículo 526 de Código de Comercio, el asegurado o contratante en su caso, deberá informar a la Compañía Aseguradora 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.

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 30 días a contar del momento en que hubiere tomado conocimiento de la agravación de los riesgos, deberá comunicar al asegurado su decisión de rescindir 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 de la Compañía Aseguradora o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá dar por rescindido el contrato. 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 declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el primer párrafo de este artículo, la Compañía Aseguradora quedará exonerada 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 a la Compañía Aseguradora 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 la Compañía Aseguradora, 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 párrafos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, la Compañía Aseguradora deberá devolver al asegurado, la proporción de prima correspondiente al periodo en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

Se considerará que agrava el riesgo el cambio que hace el asegurado de una ocupación a otra, clasificada por la Compañía Aseguradora como más riesgosa que la declarada al contratar esta póliza, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, en cuyo caso se aplicarán las normas anteriores sobre agravación o alteración de riesgo.

Si el asegurado cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la señalada en esta póliza, la Compañía Aseguradora al recibo de la prueba de dicho cambio reducirá la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio de ocupación, o a la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente al recibo de dicha prueba, en caso que este aniversario hubiese ocurrido con posterioridad al cambio de ocupación. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima, serán las vigentes a la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

ARTICULO Nº 8: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Con anterioridad a la celebración de este seguro, el contratante deberá declarar por escrito a la Compañía Aseguradora, sobre todos los hechos y circunstancias respecto de las personas amparadas por esta póliza, que permitan a la Compañía Aseguradora evaluar y asumir correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones del contrato.

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía Aseguradora para identificar y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía Aseguradora para estos fines. La veracidad de las declaraciones hechas por los Asegurados o por el Contratante, según sea el caso, en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios, en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda o por cualquier otro medio, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro.

En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información solicitada por la Compañía Aseguradora, ésta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, la Compañía Aseguradora quedará exonerada de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no fueron determinantes del riesgo asegurado, la Compañía Aseguradora podrá proponer una modificación a los términos del contrato para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición de la Compañía Aseguradora o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, la Compañía Aseguradora tendrá derecho a rebajar 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.

ARTICULO N° 9: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Se tendrá como beneficiario, para cobrar el importe de este seguro en caso de fallecimiento del asegurado titular a las personas cuyos nombres estén individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza. El asegurado titular podrá instituir como beneficiario a cualquier persona. Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario establecida en las Condiciones Particulares. Si no se designa a una persona determinada, se entenderá que instituye como tal a sus herederos, en iguales partes.

La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada a la Compañía Aseguradora o en el testamento. La Compañía Aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado por escrito con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

El Contratante podrá revocar la designación de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que hubiese renunciado a esta facultad por escrito, de la cual deberá dejarse constancia en las Condiciones Particulares de la póliza. Cuando la designación se hubiere hecho en calidad de irrevocable, para cambiar al beneficiario designado en tal carácter, se deberá contar con su consentimiento.

ARTÍCULO 10°: CARENCIA

Está póliza tendrá, para cada asegurado, respecto de las coberturas de hospitalización por enfermedades, un período de espera de 60 (sesenta) días, o en reemplazo de éste, el número de días que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, contados a partir de su fecha de vigencia inicial, desde su rehabilitación, o desde la fecha de incorporación del asegurado a la póliza, según corresponda. Así, la Compañía Aseguradora solo pagará los beneficios correspondientes a las hospitalizaciones por enfermedades contraídas después de transcurrido dicho plazo, y durante la vigencia de la póliza.

No se exigirá período de espera en las renovaciones de vigencia de la póliza

Las coberturas por accidentes no estarán sujetas a período de espera.

ARTICULO 11°: LÍMITE DE COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

Esta póliza tendrá una duración de un año contado desde la fecha de vigencia señalada en las Condiciones Particulares y se renovará automáticamente por períodos iguales y sucesivos por el sólo hecho de continuarse pagando la prima o aquella que corresponda según las nuevas condiciones de renovación que determine la Compañía Aseguradora y hasta el día en que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

Para cada aniversario de esta póliza la Compañía Aseguradora podrá establecer nuevas condiciones en cuanto a la prima, decisión que deberá ser comunicada al asegurado por escrito con una anticipación de a lo menos 60 días a la fecha de renovación, teniendo derecho el asegurado para aceptar la modificación o para renunciar a todas o algunas de las coberturas, lo cual deberá informar a la Compañía Aseguradora por escrito en un plazo de treinta 30 días contado desde la recepción de la comunicación pertinente. Si el asegurado no manifiesta voluntad alguna sobre el particular, pero continúa pagando la prima, se entenderá que acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía Aseguradora.

ARTICULO 12°: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La Compañía Aseguradora cubrirá los accidentes que afecten al asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos, excluidos en las letras f), h), cc), dd) y ee) cuando estos hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la Compañía Aseguradora con el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTICULO 13°: REAJUSTE DE VALORES

El capital asegurado y el monto de las primas correspondientes a esta póliza, se expresarán en Unidades de Fomento o en otras unidades reajustables autorizadas por la Superintendencia de Valores y Seguros. El valor de la Unidad de Fomento o de la Unidad Reajutable señalada en las Condiciones Particulares, que deberá considerarse para el pago de las primas y/o indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

Si la moneda o unidad reajutable 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 Aseguradora 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.

ARTICULO 14°: PRIMAS

a) Pago de Primas: El pago de las primas se hará en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares y forma que ésta designe, dentro de los plazos estipulados para el efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

b) Plazo de Gracia: Efectuado el pago de la primera prima inicial de la póliza, la Compañía Aseguradora concede un plazo de gracia de treinta y un días (31), o en defecto de este, por el número de días señalado en las Condiciones Particulares, para el pago de las primas siguientes, cualquiera sea la forma de pago convenida.

Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

c) Término del contrato por falta de pago de prima: Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, se procederá del modo que se indica en los párrafos siguientes de este artículo. La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 días contados desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija la Compañía Aseguradora 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. Producida la terminación, la responsabilidad de la Compañía Aseguradora por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 15º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

ANTECEDENTES EN CASO DE SINIESTRO

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán acreditar la cantidad reclamada y deberán proporcionar las pruebas necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales tuvieron su origen directo y precisamente en un accidente o enfermedad que requiere hospitalización.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho a solicitar otros antecedentes o gestiones adicionales a fin de establecer la pérdida indemnizables y las circunstancias del siniestro. Sin perjuicio de lo requerido precedentemente, constituye requisito para reembolso de gastos médicos por parte de la compañía, los siguientes:

a) La entrega oportuna por el asegurado a la Compañía Aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.

b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado

c) La entrega a la Compañía Aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

Con todo, la Compañía Aseguradora 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. Además, la Compañía Aseguradora podrá practicar a su costa exámenes médicos al asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la Compañía Aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

NOTIFICACION Y PLAZO:

Cuando se produzca un accidente o enfermedad que requiere hospitalización, éste se deberá poner en conocimiento de la Compañía Aseguradora por escrito dentro del plazo de treinta (30) días contado desde su ocurrencia, para lo cual se deberá llenar además un formulario proporcionado por el asegurador, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

ARTÍCULO 16º: TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO.

La Compañía Aseguradora podrá con el consentimiento del Asegurado, y expresando las causas que lo justifiquen, poner término al presente contrato en cualquier momento, sin otro requisito que el de comunicar esta decisión a la Compañía Aseguradora por carta certificada y con diez (10) días de anticipación. En este caso se devolverá al asegurado de lo ya pagado por primas la proporción que corresponda al tiempo que falte para la expiración normal del seguro.

El asegurado podrá poner término al seguro en cualquier momento mediante comunicación escrita al asegurador, en cuyo caso la prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, pero en caso de haber ocurrido un siniestro de pérdida total se entenderá devengada totalmente.

La cobertura terminará anticipadamente en los siguientes casos:

1. RESPECTO DEL ASEGURADO:

i. Por fallecimiento;

ii. Por el pago de la cobertura de Incapacidad Permanente Dos Tercios descrita en el artículo 3° de esta póliza;

iii. Por el pago del 100% del monto asegurado en la cobertura de Desmembramiento descrita en el artículo 3° de esta póliza;

iv. A partir de la fecha en que el asegurado cumpla la edad tope de cobertura indicada en las Condiciones Particulares;

v. Si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador información sustancialmente falsa al prestar la declaración sobre la extensión y circunstancias del riesgo, el contrato será nulo, y se resolverá si incurriere en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro. En ambos casos la Compañía Aseguradora podrá retener la prima o demandar su pago y cobrar los gastos que le haya demandado acreditarlo, aunque no haya corrido riesgo alguno, sin perjuicio de los demás derechos que le confiera la ley.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado.

2. RESPECTO DEL CONTRATO:

Si habiendo vencido el plazo de gracia fijado en el Artículo 14° precedente, dicho período se encontrare impago, el contrato de seguro terminará anticipadamente en la forma señalada en ese artículo.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

Asimismo, se conviene que en caso que la presente póliza termine anticipadamente o no, los beneficios de este seguro terminan a la fecha de término del contrato, según sea el caso.

ARTICULO 17°: REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso que a la póliza se le haya puesto término anticipado, el Contratante podrá solicitar personalmente su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, la Compañía Aseguradora podrá exigir del asegurado que acredite, a su satisfacción, que reúne las condiciones de salud y requisitos de asegurabilidad necesarios para ser admitido como tal.

ARTICULO 18°: IMPUESTOS

Los impuestos que afecten o pudieren afectar en el futuro a las primas, intereses, capitales asegurados o sobre cualquier otra base y que se deriven del presente contrato, serán de cargo del contratante o asegurado, del beneficiario o herederos según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo del asegurador.

ARTÍCULO 19°: ARBITRAJE

Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y la Compañía Aseguradora, 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.

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

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o los Asegurados, según corresponda, podrán, por sí solos y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía Aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931, o en la disposición equivalente que se encuentre vigente a la fecha en que se presente la solicitud de arbitraje.

ARTÍCULO 20º: COMUNICACION 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 esta 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.