

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320140014

Artículo 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.

Artículo 2: Cobertura y materia asegurada

El Asegurador pagará al Asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, en caso de fallecimiento o lesiones producidas a consecuencia de un accidente, o bien en caso de gastos médicos u hospitalización a causa de accidente, las indemnizaciones, reembolsos o rentas señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, de acuerdo a la descripción de las coberturas definidas en el Artículo 3 de estas Condiciones Generales. Se podrá optar o comercializar por parte del Asegurador cualquiera de las alternativas contempladas en dicho Artículo, debiendo quedar expresamente registradas en las Condiciones Particulares de la póliza aquellas que en definitiva cubran al Asegurado.

El Asegurador podrá, a petición expresa del Contratante, la cual deberá constar en las Condiciones Particulares, limitar el ámbito temporal y territorial de la cobertura, sin que ello afecte la vigencia de la póliza. Es decir, podrá definir horarios, días y zonas geográficas específicas en las que regirá la cobertura así como aquellas en las que no operará esta cobertura.

Queda establecido que no se otorgará ninguna de las coberturas descritas en el Artículo 3 siguiente, cuando el accidente haya ocurrido con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza. Tampoco se otorgará cobertura si el accidente ocurre durante un periodo de tiempo o en un territorio que el Contratante haya solicitado expresamente excluir de cobertura en los términos indicados en el párrafo anterior, aún cuando la póliza se encuentre vigente.

Artículo 3: Definición de la Cobertura

Alternativa A.- Muerte Accidental.

En virtud de esta cobertura el Asegurador pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del Asegurado se produjo a consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, el Asegurador deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado por el mismo accidente en virtud de las coberturas definidas en las Alternativas B.-, C.-, y D.- siguientes, en caso de que hubiere operado alguna de éstas.

Alternativa B.- Desmembramiento Accidental.

En virtud de esta cobertura, cuando el Asegurado sufra cualquiera de las lesiones que a continuación se indican, siempre que las mismas se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia y sean consecuencia directa de un accidente, el Asegurador 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.-.

Alternativa C.- Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios (2/3) por Accidente.

En virtud de esta cobertura, cuando a consecuencia directa de un accidente, y dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha de ocurrencia del mismo, el Asegurado quedare en estado de incapacidad permanente dos tercios (2/3), el Asegurador pagará el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, con deducción de cualquier otro monto pagado al Asegurado afectado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en las Alternativas B.- y D.- del presente Artículo.

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.

El Asegurador determinará de conformidad a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", ya citadas, si se ha producido o no la Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

El menoscabo del Asegurado deberá necesariamente haber sido evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", de tal manera que tratándose de asegurados cuya Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios haya sido calificada y dictaminada en conformidad con las normas señaladas, el Asegurador se pronunciará acerca de si el accidente acaeció dentro de la vigencia de esta póliza. Además, el Asegurador deberá pronunciarse si es aplicable o no alguna exclusión de las señaladas en el Artículo 5 de estas Condiciones Generales.

Por el contrario, si el menoscabo del Asegurado no ha sido evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", el Asegurador procederá a evaluar el menoscabo aplicando esas normas, conjuntamente con pronunciarse si el accidente acaeció dentro de la vigencia de la póliza. Además, el Asegurador deberá pronunciarse sobre si es aplicable o no alguna exclusión de las señaladas en el Artículo 5 de estas Condiciones Generales.

Si el Asegurador rechaza la Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios del Asegurado, éste último, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación del Asegurador, podrá requerir que la Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios 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 Total y Permanente Dos Tercios 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, y sus modificaciones.

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 por partes iguales entre el Asegurado y el Asegurador.

Toda declaración de incapacidad o invalidez del Asegurado por parte de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para el Asegurador y para la junta médica un valor meramente informativo, pero no será vinculante al momento de liquidar el siniestro.

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

Si procede el pago de la indemnización, el Asegurador pagará el beneficio desde la fecha que recibió la notificación de la invalidez y devolverá las primas de esta cobertura pagadas desde la referida fecha de notificación de la invalidez, sin intereses.

Alternativa D.- Incapacidad Total y Permanente 80% por Accidente.

En virtud de esta cobertura, cuando a consecuencia directa de un accidente, y dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha de ocurrencia del mismo, el Asegurado quedare en estado de incapacidad permanente ochenta por ciento (80%), el Asegurador pagará el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, con deducción de cualquier otro monto pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en las Alternativas B.-, y C.- del presente artículo, en caso de que hubiere operado alguna de éstas.

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 del Asegurado, 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.

El Asegurador determinará de conformidad a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", ya citadas, si se ha producido o no la Incapacidad Total y Permanente ochenta por ciento (80%) de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

El menoscabo del Asegurado deberá necesariamente haber sido evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", de tal manera que tratándose de asegurados cuya Incapacidad Total y Permanente ochenta por ciento (80%) haya sido calificada y dictaminada en conformidad con las normas señaladas, el Asegurador se pronunciará acerca de si el accidente acaeció dentro de la vigencia de esta póliza. Además, el Asegurador deberá pronunciarse si es aplicable o no alguna exclusión de las señaladas en el Artículo 5 de estas Condiciones Generales.

Por el contrario, si el menoscabo del Asegurado no ha sido evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", el Asegurador procederá a evaluar el menoscabo aplicando esas normas, conjuntamente con pronunciarse si el accidente acaeció dentro de la vigencia de la póliza. Además, el Asegurador deberá pronunciarse sobre si es aplicable o no alguna exclusión de las señaladas en el Artículo 5 de estas Condiciones Generales.

Si el Asegurador rechaza la Incapacidad Total y Permanente ochenta por ciento (80%) del Asegurado, éste último, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación del Asegurador, podrá requerir que la Incapacidad Total y Permanente ochenta por ciento (80%) 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 Total y Permanente ochenta por ciento (80%) 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, y sus modificaciones.

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 por partes iguales entre el Asegurado y el Asegurador.

Toda declaración de incapacidad o invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para el Asegurador y para la junta médica un valor meramente informativo, pero no será vinculante al momento de liquidar el siniestro.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización

correspondiente por parte del Asegurador, el Asegurado deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza.

Si procede el pago de la indemnización, el Asegurador pagará el beneficio desde la fecha que recibió la notificación de la invalidez y devolverá las primas de esta cobertura pagadas desde la referida fecha de notificación de la invalidez, sin intereses.

Alternativa E. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

En virtud de esta cobertura, el Asegurador 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 máximo 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 siguientes 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 de 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, en el porcentaje que corresponda según lo señalado en las Condiciones Particulares.

Esta cobertura estará sujeta a un deducible por cada evento o accidente, 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.

En virtud de esta cobertura, el Asegurador reembolsará al Asegurado hospitalizado a causa de accidente, 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 siempre que además se cumpla lo que más adelante se señala.

Los gastos por las atenciones prestadas serán reembolsados una vez que haya 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 reembolso alguno.

Los gastos cubiertos por esta cobertura serán reembolsados en los términos antes señalados, hasta por el máximo de días de hospitalización por evento accidental, 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 de 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, en el porcentaje que corresponda según lo señalado en las

Condiciones Particulares.

Alternativa G: Reembolso de Servicios Funerarios en caso de fallecimiento accidental.

En virtud de esta cobertura, el Asegurador reembolsará al beneficiario designado el Gasto Efectivo incurrido por concepto de Servicios Funerarios, hasta por el monto máximo especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas tanto las pruebas de que el fallecimiento del Asegurado se produjo a consecuencia directa e inmediata de un accidente, como del gasto efectivo en que haya incurrido el beneficiario por dichos servicios.

ARTÍCULO 4: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

1. **Contratante:** Es la persona natural o jurídica que ha celebrado este contrato de seguro con el Asegurador, asumiendo las obligaciones que se deriven del mismo y cuya individualización se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. **Asegurado:** Es la persona natural individualizada en las Condiciones Particulares que, habiendo sido debidamente aceptada como tal por el Asegurador, se encuentra amparada por la o las coberturas otorgadas en la presente póliza.

3. **Asegurador:** Es la entidad aseguradora que se obliga a tomar de su cuenta el riesgo indicado en la póliza, mediante el otorgamiento de las coberturas pactadas con el Contratante a favor de los beneficiarios señalados en la misma.

4. **Condiciones Particulares:** Es el documento que da cuenta de la cobertura otorgada al Asegurado con sujeción a los términos de la presente póliza de seguro, y en el cual constan las condiciones del seguro en relación con dicho Asegurado. En caso de ser emitido este seguro de manera colectiva, las Condiciones Particulares quedarán establecidas a través de un documento denominado "Certificado de Cobertura".

5. **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.

6. **Enfermedad preexistente o condiciones de salud preexistentes:** cualquier enfermedad, dolencia o situación 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.

7. **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, y cuyo valor se establece en las Condiciones Particulares. El deducible se aplicará por cada evento o accidente relacionado con la cobertura para el cual se ha establecido.

De esta forma el deducible aplicado a los gastos provenientes de un accidente, será igual, nueva e íntegramente aplicado a los gastos provenientes de un nuevo accidente con cobertura bajo esta póliza. 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.

8. **Monto Máximo:** Es la cantidad máxima de dinero, señalada en las Condiciones Particulares de la póliza,

que el Asegurador reembolsará al Asegurado en virtud de las coberturas de Reembolso de Gastos por Hospitalización a Causa de Accidente (Alternativa F) y de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (Alternativa E). El monto máximo afectará a dichas coberturas en conjunto, y se imputarán a él los gastos de todos los accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza.

Dicho monto máximo operará respecto de cada renovación de la póliza en relación con los gastos ocasionados por nuevos accidentes, que ocurran a partir de la renovación respectiva.

9. Período de espera o carencia para hospitalización: Es el número de días de hospitalización durante los cuales el Asegurado no tiene derecho a percibir los beneficios de la cobertura de Reembolso de Gastos por Hospitalización a Causa de Accidente (Alternativa F).

10. 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 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.

11. 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.

12. 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.

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

14. 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.

15. 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.

16. Gasto Efectivo: Corresponde al gasto en que realmente ha incurrido el Asegurado, y que para tal efecto cuenta con el respaldo de un documento propio de la operación, con deducción de todos los reembolsos que pueda haber obtenido por la incursión en dicho gasto.

17. Servicios Funerarios: Serán considerados servicios funerarios los siguientes conceptos:

- a) Servicio de una empresa funeraria consistente en el ataúd y vehículo para el traslado de los restos.
- b) Compra, arriendo o concesión de sepultura, nicho, mausoleo o tumba.
- c) Incineración de restos.

Artículo 5: Exclusiones

No se efectuará el pago de ninguna de las indemnizaciones o reembolsos que correspondan a las coberturas indicadas en el Artículo 2 y detalladas en el Artículo 3 de esta póliza, cuando el fallecimiento, incapacidad, desmembramiento, gastos médicos u hospitalizaciones, según corresponda, se produzcan a consecuencia o con ocasión de alguna de las circunstancias que se indican a continuación:

- i. 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.
- ii. Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente por sentencia ejecutoriada que se ha tratado de legítima defensa.
- iii. 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.
- iv. 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.
- v. Participación del Asegurado en actos temerarios, carreras, apuestas, competencias o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- vi. La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio objetivamente riesgoso que ponga en riesgo su integridad física y que, previa solicitud de información por parte del Asegurador, no haya sido declarado por el Contratante o el Asegurado, en su caso, en sus declaraciones efectuadas junto con la propuesta de seguro. A modo de ejemplo, serán consideradas riesgosas las siguientes actividades: guardia de seguridad o afín, carabinero, policía de investigaciones, gendarme, personal de las Fuerzas Armadas, guardaespaldas, bombero, trabajo con explosivos, desactivación de bombas, trabajo con tóxicos o sustancias químicas o peligrosas, actividades en altura, submarinista, perforador petrolero o de túneles, minero, leñador, domador de animales salvajes, matar ganado, tripulante o pasajero en barcos pesqueros, carga o descarga de vehículos, electricidad de alta tensión, rescatista, piloto o tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación.
- vii. La práctica de un deporte objetivamente riesgoso que, previa solicitud de información por parte del Asegurador, no haya sido declarado por el Contratante o el Asegurado, en su caso, en sus declaraciones efectuadas junto con la propuesta de seguro. Serán considerados riesgosos los deportes tales como: motociclismo en cualquier modalidad, automovilismo o afines, montañismo, alpinismo, escalada, bungee (caída libre con cuerda), paracaidismo, alas delta, parapente, aviación deportiva, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, planeador, buceo o inmersión subacuática, caza deportiva, canotaje y surf.
- viii. La práctica de algún deporte o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio objetivamente riesgoso que haya quedado excluido de la cobertura, indicándose así en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- ix. 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.
- x. 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.
- xi. Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.

xii. 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.

xiii. Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones cubiertas por esta póliza.

xiv. Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesaria debido a una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado se encuentre amparado por la póliza.

xv. 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, incluye Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano).

xvi. Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos ocasionado por un accidente, ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

xvii. Enfermedades, lesiones o condiciones de salud preexistentes, según lo definido en el Artículo 4 N°6 precedente. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación, el Asegurador 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 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.

xviii. Siniestro ocurrido desempeñándose el Asegurado como deportista de alto rendimiento o profesional según lo establecido en el Artículo 8 de la Ley del Deporte N° 19.712 de enero de 2001 y en el DFL 1 de 1970, respectivamente.

xix: Sin perjuicio del resto de las exclusiones, para el caso de la cobertura de reembolso de gastos médicos, se establece que no existirá reembolso, 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.

Artículo 6: Riesgos Cubiertos bajo estipulación expresa

El Asegurador cubrirá los accidentes que afecten al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos, excluidos en el Artículo 5 anterior, cuando estos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la entidad aseguradora con el pago de la extra-prima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo 7: Obligaciones del Asegurado

Conforme dispone el Código de Comercio, el Asegurado estará obligado a:

- a) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar y apreciar la extensión de los riesgos que afectan a la persona del Asegurado;
- b) Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen a la misma persona;
- c) Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- d) Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
- e) No agravar el riesgo y dar noticia al Asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que agraven sustancialmente el riesgo declarado;
- f) Notificar al Asegurador la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro; y
- g) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

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.

Artículo 8: Agravación o alteración del Riesgo

De conformidad con el Artículo 526 de Código de Comercio, 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 (5) 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 treinta (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 del Asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contados 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 (30) días contados 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, el Asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización o reembolso 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 o reembolso 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 párrafos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el Asegurador 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, siempre que esta última sea 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 más riesgosa, en cuyo caso se aplicarán las normas anteriores sobre agravación o alteración de riesgo.

Por su parte, en conformidad al Artículo 536 del Código de Comercio, si disminuye el riesgo asegurado, la prima se ajustará al riesgo que efectivamente asuma el Asegurador desde el momento en que éste tome conocimiento de ello.

Artículo 9: Declaraciones del Asegurado

La veracidad de las declaraciones hechas por el Contratante y/o Asegurado en la propuesta de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando este corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

El contrato de seguro es nulo si el Asegurado o el Contratante en su caso, a sabiendas, proporciona al Asegurador información sustancialmente falsa al prestar la declaración a que se refiere la letra a) del Artículo 7 de estas Condiciones Generales, contenida en la propuesta o en los documentos anexos a ella y se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro.

En dichos casos, pronunciada la nulidad o la resolución del seguro, el Asegurador 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 la acción criminal.

Por su parte, y de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el Contratante (o el Asegurado, según corresponda), hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el Asegurador de acuerdo a la letra a) del Artículo 7 de estas Condiciones Generales, este último podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes del Contratante (o del Asegurado, en su caso) no revisten alguna de dichas características, el Asegurador 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 Contratante y/o Asegurado rechaza la proposición del Asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días corridos contados desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá luego de un plazo de treinta (30) días corridos contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, el Asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización o el reembolso, en su caso, si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al párrafo anterior; y en caso contrario, tendrá derecho a rebajar el capital base asegurado 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.

Estas sanciones no se aplicarán si el Asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

Artículo 10: Designación y Cambio de Beneficiario

El beneficiario de este seguro será el propio asegurado, a menos que se hubiese definido otra persona en la propuesta de seguros y conste en las Condiciones Particulares de la póliza.

Por otra parte, para la cobertura de Muerte Accidental y de Reembolso de Servicios Funerarios, descrita en el Artículo 3, el beneficiario será la persona o personas designadas en la propuesta de seguro, cuyos nombres constan en las Condiciones Particulares. Si se designaren dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, o en la proporción expresamente designada en las Condiciones Particulares, con derecho a acrecer entre los beneficiarios designados, salvo estipulación expresa en contrario. Si no se designa a una persona determinada como beneficiario, o si a la muerte del Asegurado, hubiesen fallecido todos los beneficiarios designados, se entenderá que se instituye como tales a los herederos del Asegurado fallecido.

a) Del Cambio de Beneficiario y su comunicación al Asegurador

El Contratante podrá revocar cuando lo estime conveniente, la designación de beneficiario realizada por el Asegurado, para la Cobertura de Muerte Accidental y de Reembolso de Servicios Funerarios en caso de fallecimiento accidental, a menos que hubiere renunciado a esta facultad, de lo cual deberá dejarse constancia en las Condiciones Particulares de la póliza. Cuando la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, para cambiar el beneficiario designado se deberá contar con el consentimiento de este último.

El cambio o revocación de beneficiario deberá efectuarse mediante una declaración escrita firmada por el Asegurado ante un Notario Público o un Oficial del Registro Civil, en aquellas comunas en que no existan notarios públicos, la que deberá ser enviada al Asegurador mediante carta certificada, o entregada personalmente en alguna de las sucursales u oficinas de éste.

También podrá efectuarse el cambio de beneficiario mediante declaración escrita firmada por el Asegurado ante personal habilitado del Asegurador, quien certificará que la firma se ha producido en tal forma. En caso de que el Asegurado efectúe la designación o cambio de beneficiario por acto testamentario, contrae la obligación expresa de comunicarlo al Asegurador, enviando una copia autorizada del testamento respectivo a este último.

Al tomar conocimiento del cambio de beneficiario, el Asegurador emitirá un endoso a la póliza, con indicación del o los nuevos beneficiarios designados por el Asegurado.

La falta de comunicación por parte del Contratante de la designación, cambio o revocación del beneficiario, mediante alguna de las formas antes señaladas, será inoponible al Asegurador.

El Asegurador pagará válidamente a los beneficiarios incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza o en los demás documentos en que conste dicha designación, o bien, a los herederos, en su caso, quedando liberado, mediante dicho pago, de todas sus obligaciones.

Artículo 11: Vigencia de la póliza

Esta póliza tendrá una duración de un (1) año contado desde la fecha inicial de vigencia señalada en las Condiciones Particulares, salvo que las Condiciones Particulares de la póliza señalen un período diferente. Sin embargo, si alguna de las partes no manifestare su decisión en contrario, mediante comunicación escrita dirigida a la contraparte con sesenta (60) días de anticipación a la fecha de vencimiento, la póliza se renovará automáticamente por períodos iguales y sucesivos de un año, a menos que se disponga otra cosa en las Condiciones Particulares. Para los efectos de la renovación automática, el Asegurador establecerá las primas de acuerdo con los capitales asegurados señalados en las Condiciones Particulares de la póliza y las edades alcanzadas por cada uno de los Asegurados, las que regirán para el o los períodos de vigencia siguientes.

Lo anterior será sin perjuicio de la vigencia de las coberturas individuales de cada Asegurado, conforme a lo que se expresa en el siguiente artículo. De tal manera, la terminación de la presente póliza tendrá el efecto de impedir la incorporación de nuevos Asegurados a ella, desde la fecha de terminación.

Artículo 12: Vigencia de las Coberturas

Para el caso en que esta póliza sea contratada en la modalidad de un seguro colectivo, en los términos del Artículo 517 del Código de Comercio, la vigencia de las coberturas individuales definidas en el Artículo 2 de estas Condiciones Generales y de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto con esta póliza, será la que se especifique en las Condiciones Particulares o en el respectivo certificado de cobertura para cada uno de los Asegurados en particular. Si la vigencia contratada es superior a la vigencia final de la póliza, los Asegurados seguirán cubiertos hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente, siempre que se continúe pagando la prima respectiva.

Igualmente, terminada la vigencia de la póliza, los Asegurados podrán mantener sus coberturas individuales vigentes hasta el término de los respectivos plazos de vigencia originales de cada uno de ellos, en los mismos términos contratados, y siempre que se haya pagado o se continúe pagando la prima correspondiente.

Artículo 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 entidad aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

Artículo 14: Primas y efectos del no pago de la prima

a) Pago de las Primas

La prima que corresponda a este contrato debe ser pagada conforme a la periodicidad señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

El Asegurador no se hace responsable de ninguna omisión o falta de diligencia de terceros al hacer los descuentos o cargos y efectuar los pagos correspondientes a las primas. Para los efectos de la vigencia de este contrato de seguro y de las obligaciones asumidas por el Contratante o el Asegurado, según corresponda, sólo se considerará como prima pagada, la que efectivamente haya sido enterada en arcas del Asegurador, dentro del plazo estipulado.

El Contratante que efectúe sus pagos directamente, podrá hacerlos en cualquiera de las oficinas del Asegurador, o en la institución indicada en el aviso enviado a su domicilio para este efecto, o mediante giro postal, u otro medio de pago aceptado por el Asegurador.

b) Plazo de Gracia

Ante la falta de pago oportuno de la prima, el Asegurador enviará una comunicación escrita al Contratante, informando de ésta situación, y de su obligación de ponerse al día en los pagos. En caso de mantenerse la

deuda por este concepto, luego de transcurrido el plazo de quince días corridos contados desde la fecha del envío de dicha comunicación, el contrato terminará, teniendo derecho el Asegurador a exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

Sin perjuicio de lo anterior, para el pago de las primas atrasadas, el Asegurador concederá dos (2) meses de gracia, contados desde la fecha del último día del último mes de cobertura efectivamente pagado, siempre y cuando este criterio resulte ser más favorable.

Si alguna de las personas cubiertas por este seguro falleciere dentro de los quince (15) días contados desde el envío de la comunicación señalada, o dentro del plazo de gracia, el Asegurador pagará las sumas que correspondan, previa deducción de las primas vencidas y no pagadas con anterioridad al fallecimiento.

Producida la terminación, la responsabilidad del Asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Artículo 15: Denuncia de Siniestros

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán acreditar la ocurrencia del siniestro, para lo cual deberán proporcionar las pruebas necesarias que demuestren, en forma clara y precisa, que el fallecimiento, las lesiones corporales, o los gastos médicos o de hospitalización incurridos, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente.

Sin perjuicio de lo requerido precedentemente, constituye requisito para reembolso de gastos médicos o de gastos de hospitalización a causa de accidente, que el Asegurado aporte los siguientes antecedentes:

- a) La entrega oportuna por el Asegurado al Asegurador del formulario proporcionado por éste, con la información que se solicite en dicho formulario.
- b) La declaración del asegurado acerca de 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 al Asegurador 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.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, el Asegurador no estará obligado a efectuar reembolso alguno de gastos.

Igualmente, para el reembolso de gastos por servicios funerarios en caso de fallecimiento accidental, deberá acreditarse la incursión efectiva en el gasto que se reclama.

Artículo 16: Terminación del Contrato de Seguro

Sin perjuicio de las causales de terminación del contrato señaladas en otros artículos de la presente póliza, también se producirá el término anticipado del contrato en los siguientes casos:

- a) Por petición del Contratante.

El Contratante podrá poner término anticipado al presente contrato, para lo cual comunicará por escrito al Asegurador su intención en tal sentido, lo cual podrá efectuar completando un documento o carta de terminación de contrato de manera presencial, en alguna de las sucursales u oficinas de este último, o enviando al domicilio del Asegurador, una carta de terminación de contrato firmada por el Contratante ante un Notario Público o un Oficial del Registro Civil, en aquellas comunas en que no existan notarios públicos.

b) Respecto del Asegurado:

- i. Por su fallecimiento;
- ii. Por el pago de la cobertura de Incapacidad Permanente Dos Tercios (2/3) o de Incapacidad Permanente 80% 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. En caso que esta póliza fuese contratada en forma colectiva, la cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales, si las hubieren, terminará además anticipadamente respecto de un Asegurado, en el instante en que éste deje de ser miembro, trabajador o tener un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad Contratante.

En estos casos, cesará toda responsabilidad del Asegurador y éste no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al Asegurado.

Artículo 17: Rehabilitación de la Póliza

Si esta póliza caducare por falta de pago oportuno de primas, el Contratante podrá solicitar por escrito su rehabilitación, dentro de los seis meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada. Para ello, el Asegurador exigirá que se compruebe el buen estado de salud del Asegurado, ya sea mediante una declaración por escrito o por medio de examen médico, a opción del Asegurador, debiendo realizar el pago de todas las primas vencidas y no pagadas.

La póliza no se entenderá rehabilitada, sin una declaración expresa en tal sentido, formulada por el Asegurador, y por lo mismo, la sola entrega a este último del valor de las primas vencidas y no pagadas, no producirá el efecto de rehabilitar la póliza. El rechazo de la solicitud de rehabilitación, sólo generará la obligación del Asegurador de restituir el valor entregado para intentar la rehabilitación, sin intereses ni reajustes.

Artículo 18: 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 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 un reembolso o 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 el Asegurado, 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 el Asegurador 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 19: Comunicación entre las partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre el Asegurador y el Contratante, las demás personas aseguradas o los beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta, dirigida al domicilio del Asegurador o entregada personalmente en el domicilio de este último. Las comunicaciones al Contratante y a las demás personas aseguradas, se remitirán por correo postal al último domicilio registrado en los archivos del Asegurador. Por consiguiente, dichas personas asumen la carga de informar a este último los cambios de domicilio que les afecten.

El Asegurador también podrá comunicarse con el Contratante, el Asegurado o los beneficiarios, según corresponda, a través del correo electrónico registrado por dichas personas en las oficinas del Asegurador, salvo que el respectivo interesado no disponga de correo electrónico o se haya opuesto a esta forma de comunicación, en cuyo caso las comunicaciones se restringirán al correo postal.

Artículo 20: Indisputabilidad

De acuerdo con lo señalado en el Artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, el Asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

Artículo 21: Extravío o destrucción de la póliza

En caso de extravío o destrucción de la póliza, el Asegurador, a petición del Contratante, emitirá un duplicado de la misma. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del Contratante.

Artículo 22: Domicilio

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como su domicilio el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo 23: Impuestos y Contribuciones

Los impuestos que en el futuro se puedan establecer sobre las primas, montos asegurados o sobre cualquiera otra base y que afecten al presente contrato de seguro o sus cláusulas adicionales, serán de cargo del Contratante, del Asegurado, del o de los beneficiarios, o de los herederos de éstos, según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo del Asegurador.