

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES CON PAGO DE RENTAS TEMPORALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320200122

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 un número determinado de rentas al beneficiario designado en caso que el Asegurado fallezca de forma accidental o sufra una incapacidad total y permanente dos tercios a consecuencia de un accidente, según el plan elegido por el contratante en la propuesta de aseguramiento, el cual se encuentra indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. A continuación se describen las características de estos planes:

Plan A: Renta Escolar:

El Asegurador, una vez recibidas las pruebas del Fallecimiento Accidental o de una Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios (2/3) por accidente del Asegurado, se conviene en pagar una renta anual educacional al beneficiario designado, en el mes de marzo de cada año, a partir del año siguiente de aquél en que falleció o quedó incapacitado el Asegurado.

El número máximo de las rentas anuales y la fecha máxima para el pago de las mismas, así como también el monto de cada renta anual se encuentran establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza y están sujetas a que el hijo incorporado se encuentre estudiando en cursos regulares en un establecimiento educacional autorizado por el Estado para impartir kínder, educación básica, media, universitaria o técnico-profesional.

En el caso que el hijo sobreviviente interrumpa sus estudios, no esté cursando educación obligatoria, o bien curse educación no obligatoria (A modo de ejemplo: Sala Cuna, Pre-kínder y Preuniversitario), el pago de la renta anual que se deba pagar, se suspenderá durante ese periodo, activándose nuevamente cuando comience a cursar kínder, educación básica, educación media, universitaria o técnico-profesional. Sin perjuicio de lo anterior, el pago de la renta anual de escolaridad, cesará automáticamente luego de que el Asegurador haya realizado el pago del número máximo de las rentas anuales definidas en la propuesta de seguro o bien se cumpla la fecha de término para el pago de las mismas, las cuales se encuentran especificadas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Plan B: Renta Temporal:

El Asegurador, una vez recibidas las pruebas del Fallecimiento Accidental o de una Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios (2/3) por accidente del Asegurado, conviene en pagar una renta temporal al beneficiario designado. El monto, frecuencia y número de las rentas que el Asegurador deberá pagar al beneficiario se encuentran establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

En ambos tipos de planes (Renta Escolar o Renta Temporal), 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 al beneficiario las rentas especificadas en las Condiciones Particulares, según el plan contratado, luego 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 por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios definida en la Alternativa B.

Alternativa B.- 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 Total y Permanente Dos Tercios (2/3), el Asegurador pagará al beneficiario designado las rentas indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza, según el plan contratado.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de un 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.

En todo caso, para efectos de esta póliza, siempre se considerará como Invalidez Total y Permanente Dos Tercios los siguientes casos:

La pérdida total de:

- la visión de ambos ojos, o
- ambos brazos, o
- ambas manos, o
- ambas piernas, o
- ambos pies, o
- una mano y un pie.

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, aún en la eventualidad de que las mismas dejasen de estar vigentes o fuesen reemplazadas por otro cuerpo de normas, y conjuntamente evaluará 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 la indemnización pactada desde la fecha que recibió la notificación de la invalidez y devolverá las primas de las coberturas pagadas desde la referida fecha de notificación de la invalidez, sin intereses.

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 quien contrata a su favor, con anterioridad a la fecha de incorporación a la póliza.

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

8. 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.

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 o incapacidad 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, por el beneficiario designado 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. Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.

xii. Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.

xiii. 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.

xiv. Accidentes provocados dolosamente por el Contratante y/o Asegurado.

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 la afectan;
- 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 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. No obstante, en caso que la agravación del riesgo hubiera conducido al Asegurador a celebrar el contrato en condiciones más onerosas para el Asegurado, el monto de cada unas de las rentas 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, 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 monto de cada una de las rentas 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 la persona señalada en la propuesta de seguro, cuyo nombre consta en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si no se designa a una persona determinada como beneficiario, o si a la muerte del Asegurado, hubiese fallecido el beneficiario designado, se entenderá que se instituye como tales a los herederos del Asegurado fallecido.

El Contratante podrá modificar el beneficiario designado, debiendo contar con el consentimiento del Asegurado, si son personas diferentes.

El cambio o revocación de beneficiario deberá efectuarse mediante una declaración escrita firmada por el Contratante y 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 Contratante y 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 nuevo beneficiario designado.

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

El Asegurador pagará válidamente al beneficiario indicado 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 en la solicitud de seguro el Contratante haya solicitado un plazo de cobertura menor, situación que se encuentra definida en las Condiciones Particulares de la póliza.

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.

Artículo 13: Reajuste de Valores

El monto de las rentas y de las primas correspondientes a esta póliza, se expresarán en Unidades de Fomento o en otras unidades reajustables autorizadas por la Comisión para el Mercado Financiero. 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

La prima única de este seguro será pagada de una sola vez y de forma anticipada por el Contratante. En el evento de renovación de la póliza, el Asegurador propondrá una nueva prima, la cual deberá también pagarse de una vez y en forma anticipada, en función al plazo de duración de la cobertura del seguro.

Artículo 15: Denuncia de Siniestros

Para tener derecho a la indemnización que otorga esta póliza, el asegurado o el beneficiario, 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 o incapacidad total y permanente dos tercios, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente.

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) descrita en el Artículo 3 de esta póliza;

iii. 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: 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 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 Comisión para el Mercado Financiero 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 18: Comunicación entre las partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre el Asegurador y el Contratante, el Aseguro o el Beneficiario 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 al Asegurado, 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 Beneficiario, 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 19: 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 20: 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 21: 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 22: 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 Beneficiario, o de los herederos de éstos, según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo del Asegurador.