

# PÓLIZA DE PROTECCIÓN ONCOLÓGICA Y DE ENFERMEDADES GRAVES

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320240016

## 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: Definiciones.

Para todos los efectos del presente contrato de seguro, se entenderá por:

1. **Asegurado:** Aquel a quien afectan los riesgos que se transfieren al Asegurador y se encuentra individualizado en las Condiciones Particulares de esta póliza. Podrán ser Asegurados de esta póliza, además del Asegurado Titular, los Asegurados Adicionales cuya incorporación al seguro haya sido expresamente aceptada por el Asegurador.
2. **Asegurador:** Entidad aseguradora que se obliga a tomar de su cuenta el riesgo indicado en la presente póliza, mediante el otorgamiento de las coberturas pactadas con el Contratante a favor de él o los Asegurados señalados en la misma.
3. **Contratante:** 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 esta póliza.
4. **Beneficiario:** Persona que tiene derecho a la indemnización contemplada en el presente contrato en caso de siniestro cubierto y que se encuentra individualizada en las Condiciones Particulares de la póliza.
5. **Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo la enfermedad de Hodgkin y Leucemia.
6. **Cáncer primario:** Cáncer que no haya recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de esta póliza. Para los efectos de la cobertura de la presente póliza, también se considerará como primario el cáncer cuando hayan transcurrido a lo menos cinco años desde la finalización del tratamiento radical de dicho cáncer sin recaída posterior.
7. **Diagnóstico de Cáncer:** Determinación en forma clara del proceso patológico de cáncer que sufre un Asegurado. Esto incluye la indicación del tipo de cáncer, su localización, el tipo histológico, el grado de diferenciación celular y la etapa clínica. Dicho Diagnóstico de Cáncer deberá constar en un Informe Anátomo Patológico que así lo acredite.
8. **Informe Anátomo Patológico:** Documentación que da cuenta de resultados de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable un Informe Anátomo Patológico bajo los términos de esta póliza, el mismo Informe Anátomo Patológico deberá ser presentado en original, fechado (mes, día y año) y firmado por un médico

calificado para emitir dicho informe (médico especialista anatómo patólogo, certificado). El informe deberá emitirse en base al estudio microscópico e histoquímico/inmunohistoquímico de la biopsia.

9. Enfermedades Graves: Alteraciones de salud cubiertas por la póliza cuyo diagnóstico y confirmación sean efectuados por un médico. Las únicas enfermedades que pueden resultar cubiertas por esta póliza son las siguientes:

a) Accidente Vascular Cerebral: Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco, fundamentado y respaldado por una Hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.

b) Infarto al Miocardio: Enfermedad que consiste en la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una rama de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, sufre una necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por los siguientes antecedentes:

I. Hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas antes de dicha Hospitalización;

II. Dolor de pecho de carácter anginoso, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica;

III. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma; y,

IV. Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.

c) Alzheimer: Deterioro de la capacidad intelectual o comportamiento anormal, puesto de manifiesto por el estado clínico y los cuestionarios estandarizados acerca de la enfermedad de Alzheimer, o de alteraciones orgánicas irreversibles, excluyendo la neurosis y enfermedades psiquiátricas, que dan por resultado una disminución importante del funcionamiento social y que requiere de la supervisión continua del asegurado. El diagnóstico deberá ser confirmado clínicamente por un médico especialista.

d) Parkinson: Enfermedad lentamente degenerativa del sistema nervioso central, por pérdida del pigmento contenido en las neuronas cerebrales (sustancia negra). El diagnóstico inequívoco deberá ser hecho por un neurólogo. La cobertura estará condicionada a que:

I. No pueda controlarse con medicación.

II. Muestre signos de evolución progresiva del daño.

III. La evaluación de las actividades de la vida diaria conforme la inhabilidad del asegurado para realizar sin asistencia, tres o más de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, ir al baño, salir o entrar en la cama o en una silla, comer. Únicamente está cubierta la enfermedad de Parkinson idiopática. Está excluida la enfermedad inducida por medicamentos o tóxicos.

10. Enfermedad Preexistente: Cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o situación de salud en general que afecte a un Asegurado, diagnosticada o conocida por el respectivo Asegurado o el Contratante con anterioridad a la fecha de contratación. Para efectos de la cobertura detallada en el artículo 3, letra a, de las presentes condiciones generales, no se entenderá como preexistente el cáncer en el caso de que hayan transcurrido a lo menos cinco años desde la finalización del tratamiento radical de dicho cáncer sin recaída posterior.

11. Intervenciones Quirúrgicas: Operaciones realizadas al Asegurado por un Médico en un pabellón quirúrgico o en una sala de procedimiento especialmente acondicionada para tal efecto en un hospital. Las únicas intervenciones quirúrgicas que pueden resultar cubiertas por esta póliza son las siguientes:

a) Cirugía de válvulas cardíacas: La cirugía a corazón abierto realizada con la finalidad de reemplazar o dilatar válvulas cardíacas, por defectos valvulares ocurridos con posterioridad al inicio de la vigencia de la póliza.

b) Injerto aórtico: El realizado por enfermedad de la aorta que requiera la escisión de ésta y su reemplazo quirúrgico por un injerto. Para los propósitos de esta definición, aorta significa la porción torácica y la abdominal, pero no sus ramas.

c) Revascularización coronaria (by-pass): Cirugía que comprende al menos a dos o más arterias coronarias por consejo de un médico especialista en esta cirugía, para corregir la estenosis u oclusión de las arterias coronarias. Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo, el tratamiento por láser y otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.

d) Trasplante de órganos mayores: Es el que se realiza al Asegurado como receptor del trasplante de cualquiera de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas, siempre y cuando el órgano del Asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo con posterioridad al inicio de la vigencia de la póliza.

12. Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas: Alteración del estado de salud fisiológico o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen en el período de gestación, aunque sus efectos o manifestaciones se hagan evidentes al momento del nacimiento o incluso después de varios años desde el nacimiento.

13. Período de Gracia: Es el plazo durante el cual la póliza permanecerá vigente pese a no haber pagado el Contratante la prima convenida. Dicho plazo se indica en las Condiciones Particulares de la póliza y se contabiliza a partir del primer día del mes de cobertura no pagado. En el caso que durante este período corresponda algún pago con cargo a alguna de las coberturas de la póliza, se deducirá previamente de la indemnización la prima devengada y no pagada.

14. Edad Máxima de Incorporación: Número máximo de años de edad que puede tener una persona para incorporarse a esta póliza, el cual está indicado en las Condiciones Particulares y en la propuesta de seguro.

15. Edad Máxima de Permanencia: Número máximo de años de edad que puede tener una persona, para mantenerse incorporada y amparada por las coberturas de la póliza, el cual está indicado en las Condiciones Particulares y en la propuesta de seguro.

16. Edad Actuarial: Edad correspondiente al cumpleaños más próximo, ya sea pasado o futuro, que el Asegurado tenga en una determinada fecha.

17. Propuesta o solicitud de seguro: Oferta escrita para contratar el seguro, formulada por el Contratante al Asegurador. La propuesta se materializa mediante los formularios que el Asegurador dispone al efecto, los cuales contienen información sobre el seguro que el Contratante ofrece suscribir, y en los que deberán expresarse por el propio Contratante y/o los Asegurados, según corresponda, las alternativas de cobertura solicitadas, prima y los antecedentes necesarios para apreciar los riesgos involucrados en la contratación del seguro.

18. Declaración de Salud: Declaración del Contratante y/o Asegurado, según corresponda, que se contiene en la propuesta de seguro o se agrega como anexo a esta última, según sea el caso, en la cual se responde un cuestionario sobre el estado de salud del Asegurado, sus enfermedades preexistentes y otros elementos

necesarios para apreciar el riesgo, a objeto de que el Asegurador decida sobre la aceptación o rechazo de las coberturas solicitadas por el Contratante, y de la determinación de la prima respectiva.

19. Póliza: Documento que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de la póliza las presentes condiciones generales, las cláusulas adicionales, las condiciones particulares que individualizan el riesgo, la propuesta de seguro y la declaración de salud, los exámenes médicos tomados con ocasión de la contratación del seguro y los endosos que modifiquen la póliza.

20. Endoso: Documento mediante el cual se modifican las condiciones de la póliza.

21. Prima: Retribución o precio del seguro. Su monto, periodicidad y forma de pago se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

### **Artículo 3: Cobertura y/o Materia Asegurada.**

En virtud de esta póliza, el Asegurador cubre el riesgo de un diagnóstico de cáncer, y/o los riesgos de enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas, conforme a lo señalado más adelante, mediante el pago al Beneficiario del monto de la indemnización especificada en las Condiciones Particulares de la póliza. Para efectos de determinar la(s) cobertura(s), en las Condiciones Particulares se podrá especificar una o dos alternativas de cobertura, es decir el Asegurado Titular podrá escoger las Alternativas A y/o B, indicadas en este artículo, lo cual se aplicará de la misma forma para todos los Asegurados Adicionales, y quedará registrado en las Condiciones Particulares del seguro, según se haya solicitado por el Contratante en la propuesta.

#### **Alternativa A.- Cobertura Oncológica**

En virtud de esta cobertura, el Asegurador pagará al Beneficiario, por única vez, el monto de la indemnización establecida en las Condiciones Particulares, siempre que el Asegurado respectivo sea diagnosticado clínicamente de un cáncer primario, debiendo contar para tal efecto con un diagnóstico de cáncer ya comprobado, acreditado con el informe anatómo patológico correspondiente, en los términos señalados en el artículo 2 numeral 8 de estas condiciones generales, y cuyo diagnóstico sea efectuado durante la vigencia de la póliza.

El monto de la indemnización o capital que el Asegurador pagará por la Alternativa A, se determinará a partir del número de días transcurridos entre la fecha del resultado de la biopsia en virtud de la que el Asegurado afectado es diagnosticado del cáncer y la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del mismo Asegurado, según se establece en el artículo 2 de las Condiciones Particulares, y siempre que no concurra alguna de las exclusiones de cobertura consignadas en el artículo 4 de estas Condiciones Generales.

#### **Alternativa B.- Enfermedades Graves**

En virtud de esta cobertura, el Asegurador pagará al Beneficiario, por única vez, el monto de la indemnización establecida en las Condiciones Particulares, siempre que el Asegurado respectivo sea diagnosticado o padezca, por primera vez durante la vigencia de la póliza, alguna las siguientes enfermedades o intervenciones quirúrgicas:

Accidente Vascular Cerebral; Infarto al Miocardio; Alzheimer; Parkinson; Cirugía de válvulas cardíacas; Injerto aórtico; Revascularización coronaria (by-pass); Trasplante de órganos mayores.

El monto de la indemnización o capital que el Asegurador pagará por la Alternativa B, se determinará a partir del número de días transcurridos entre, la fecha del diagnóstico de la enfermedad o la fecha en que el médico determine que debe ser sometido a la intervención quirúrgica, según corresponda, y la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del Asegurado afectado, según se establece en el artículo 2 de las

Condiciones Particulares, y siempre que no concurra alguna de las exclusiones de cobertura consignadas en el artículo 4° de estas Condiciones Generales.

El Asegurado Titular o Contratante, podrá solicitar la incorporación o exclusión de la Alternativa A o B, modificación que se extenderá a todos los Asegurados Adicionales. También podrá solicitar una disminución del capital, no así de un aumento de capital, de lo cual se dejará constancia mediante un endoso de la póliza.

Al momento de solicitar su incorporación a la Alternativa A y/o B, el Asegurado no podrá tener una edad superior a la edad máxima de incorporación indicada en la propuesta y/o en las Condiciones Particulares del seguro.

#### **Artículo 4: Exclusiones.**

La cobertura que otorga esta póliza contempla las siguientes exclusiones:

- (a) "Carcinoma in situ" o "cáncer in situ", displasia y todos los estados de lesiones pre malignas; cáncer de próstata T2N0M0 etapa de clasificación TNM.
- (b) Cáncer a la piel, salvo que se trate de melanoma maligno.
- (c) Angioplastia realizada por las técnicas de balón o láser.
- (d) Enfermedades Preexistentes, para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación el Asegurador deberá consultar al propuesto Asegurado 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 propuesto Asegurado. Para efectos de la cobertura detallada en el artículo 3, letra a, de las presentes condiciones, no se entenderá como preexistente el cáncer en el caso de que hayan transcurrido a lo menos cinco años desde la finalización del tratamiento radical de dicho cáncer sin recaída posterior.
- (e) Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas.
- (f) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
- (g) Cirugías o enfermedades derivadas de adicciones, abusos o inducidas por sustancias tales como alcohol, drogas, medicamentos, tabaco y sus consecuencias.
- (h) Cirugía plástica o tratamientos estéticos con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin.

#### **Artículo 5: Obligaciones del Contratante y el Asegurado.**

El Contratante y el Asegurado, según corresponda, tendrán, entre otras, las siguientes obligaciones:

- (i) declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar y apreciar la extensión del riesgo; y
- (ii) pagar la prima en la forma y época pactadas.

#### **Artículo 6: Declaraciones del Contratante y el 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 el número (i) del artículo 5 precedente, contenida en la propuesta o en los documentos anexos a ella. En dichos casos, pronunciada la nulidad 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 indicado en el número (i) del artículo 5 precedente, 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 rechaza la proposición del Asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez 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 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 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 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.

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 7: Vigencia y Duración de la cobertura.**

El inicio de vigencia y el plazo de duración del seguro se indican en las Condiciones Particulares de la Póliza. Su renovación será automática al final del período, a menos que en las Condiciones Particulares se establezca que este seguro no contempla renovación, de acuerdo a lo estipulado al momento de la contratación del mismo o alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de los medios de comunicación establecidos en esta póliza y por lo menos con sesenta días de anticipación a la fecha de vencimiento.

#### **Artículo 8: Prima 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.

La Prima correspondiente a cada Asegurado se determina en base a la Edad Actuarial de cada uno de ellos al inicio de la vigencia. Posteriormente, en cada renovación, la prima será ajustada según se detalla en las Condiciones Particulares para cada asegurado.

El Contratante o el Asegurado Titular, según corresponda, que pague las primas por algún medio en que

intervenga un tercero, tal como su empleador, un administrador de tarjetas de crédito o un banco al cual se haya otorgado un mandato para efectuar pagos a su nombre, contrae la obligación precisa de cerciorarse personalmente de que el descuento o cargo correspondiente a dicha prima se le haga puntualmente; de solicitarle a dicho tercero las rendiciones de cuentas que estime conveniente y, especialmente, de que se remitan oportunamente al Asegurador los valores para pago de primas.

El Asegurador no se hace responsable de ninguna omisión o falta de diligencia de dichos terceros al hacer los descuentos o cargos y efectuar los pagos. Para los efectos de la vigencia de este contrato de seguro y de las obligaciones asumidas por el Contratante o el Asegurado Titular, 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) Comunicación por falta de pago de primas, plazo de gracia y terminación anticipada.**

Ante la falta de pago oportuno de la prima, el Asegurador enviará una comunicación escrita al Contratante, o en caso de que se trate de una póliza colectiva al Asegurado Titular, informando de esta 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. Sin perjuicio de lo anterior, para el pago de las primas atrasadas, el Asegurador concederá dos 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 para el contratante o el beneficiario, en su caso.

Si se produce un siniestro dentro de los quince días contados desde el envío de la comunicación señalada, o dentro del plazo de gracia, el Asegurador entregará la cobertura de la presente póliza, previo pago por parte del Contratante o Asegurado Titular de las primas devengadas y no pagadas.

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

### **Artículo 9: Terminación.**

#### **1. Respecto de la Póliza:**

a) Por petición del Contratante o del Asegurado Titular.

El Contratante o el Asegurado Titular podrán poner término anticipado al presente contrato, para lo cual comunicarán por escrito al Asegurador su intención en tal sentido, en alguna de las sucursales u oficinas de este último, o en los términos del artículo 13.

b) Por fallecimiento o siniestro del Asegurado Titular.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular antes de que se cumpla el vencimiento de la presente póliza. Adicionalmente, el siniestro del Asegurado Titular, por activación de alguna de las coberturas contempladas en el artículo 3 de las presentes Condiciones Generales, extingue también las coberturas que hayan podido otorgarse a los Asegurados Adicionales, a menos que rijan respecto del Asegurado Titular la Alternativas A y B del artículo 3, y sólo haya sido activada por siniestro una de esas coberturas, quedando vigente la restante alternativa. En tal caso, se mantendrán también vigentes las coberturas que a esa fecha rijan respecto de los

Asegurados Adicionales.

c) Por falta de pago de primas, en los términos del artículo 8 precedente.

d) El día en que Asegurado Titular cumpla la edad máxima de permanencia, fecha que se encuentra indica en las Condiciones Particulares de la póliza, oportunidad en la que también terminará el contrato para todos los Asegurados Adicionales.

e) Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 5 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 6 de estas Condiciones Generales.

## **2. Respetto de un Asegurado Adicional de la póliza:**

La cobertura establecida en la presente póliza, terminará de forma automática con respecto a cada Asegurado Adicional, al momento de verificarse alguna de las siguientes circunstancias:

a) En caso de que se active alguna de las coberturas señaladas en las Alternativas A y B del artículo 3, respecto de dicho Asegurado Adicional, a menos que rijan respecto de ese Asegurado la Alternativas A y B del artículo 3, y sólo haya sido activada por siniestro una de esas coberturas, pues en tal caso, se mantendrá vigente la restante alternativa.

b) El día en que dicho Asegurado Adicional cumpla la edad máxima de permanencia, fecha que se encuentra indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

c) Por fallecimiento de dicho Asegurado Adicional.

## **Artículo 10: Denuncia de Siniestros.**

Los interesados en el pago de la indemnización deberán notificar al Asegurador tan pronto como sea posible, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, debiendo acreditar la ocurrencia del mismo declarando fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias, presentando los documentos necesarios para ese efecto.

## **Artículo 11: Moneda o Unidad del Contrato.**

Todos los valores correspondientes a esta póliza se expresarán en unidades de fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de las primas y los capitales que correspondan, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la moneda o unidad reajutable estipulada dejase de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Contratante no aceptase la nueva unidad y lo comunicase así al Asegurador dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la notificación que ésta le hiciese sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá el término anticipado del contrato.

## **Artículo 12: Propiedad de la póliza.**

La propiedad de esta póliza corresponderá al Contratante, y todos los derechos, privilegios y opciones conferidas en ella, estarán reservados al Contratante, a menos que en las Condiciones Particulares se



hubiere estipulado lo contrario.

El Contratante podrá ceder al Asegurado Titular o a un tercero sus derechos, quedando registrada tal cesión en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los derechos del Contratante, cuando sea persona distinta al Asegurado Titular y falleciere estando esta póliza en vigor, pasarán al Asegurado Titular salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se haya designado a otra persona.

### **Artículo 13: Comunicación entre las partes.**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre el Asegurador y el Contratante o los Asegurados, con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior, si el Contratante y/o Asegurado hubieren proporcionado un correo electrónico, todas las comunicaciones podrán realizarse a través de éste.

### **Artículo 14: 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 15: Arbitraje.**

En virtud de lo señalado por 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 prestación reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a Derecho.

En las disputas entre el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y el Asegurador, que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 (diez mil) unidades de fomento, dichas personas podrán optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Sin embargo, el asegurado o el beneficiario podrán por sí solos someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero, la resolución de las dificultades que se produzcan con el Asegurador cuando el monto de la indemnización reclamada no sea superior a 120 Unidades de Fomento.

### **Artículo 16: Cláusulas Adicionales.**

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella.

### **Artículo 17: 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.

