

SEGURO COLECTIVO DE DEPENDENCIA

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL220150566

ARTÍCULO N° 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro de dependencia, 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.

La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la aseguradora, y en base a la cotización que ha entregado la aseguradora al contratante y/o asegurado, respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, ya sea a través de una cotización o una propuesta, según sea el caso, antecedentes y documentos todos que se entienden forman parte integrante de la cobertura dada en la presente póliza o contrato de seguro.

Conforme a la naturaleza de seguro colectivo del presente contrato de seguro, y pudiendo ser distintas la persona del contratante y asegurados, se aplicarán a la presente póliza las normas contenidas en el artículo 517 del Código de Comercio.

ARTÍCULO N° 2: COBERTURA

La aseguradora bajo las condiciones y términos que se establecen en el presente contrato de seguro, conviene en el pago de una renta mensual al asegurado debidamente incorporado a la póliza, renta que será indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando este último acredite encontrarse en un estado de dependencia según se define en el artículo N° 4 letra q) del presente contrato, y en el que el asegurado incurra durante el período en que se encuentre amparado por esta póliza, y siempre que la póliza se encuentre vigente al momento de quedar en el estado de dependencia.

El inicio de pago de la renta mensual pactada como indemnización se efectuará a partir del cuarto mes siguiente a la fecha de acreditado ante la aseguradora el estado de dependencia del asegurado, conforme se estipula en el presente contrato de seguro.

La renta mensual será pagada al asegurado o su beneficiario, en su caso, mientras el asegurado se encuentre en un estado de dependencia según se define en el artículo N° 4 letra q) del presente condicionado general, y hasta el plazo máximo de meses indicado en las Condiciones Particulares de la póliza o hasta el fallecimiento del asegurado, lo que ocurra primero.

Junto con el primer pago de la renta mensual, se pagará al asegurado por una sola vez un monto denominado capital adicional, equivalente al número de veces de la renta mensual, que se establecerá en las Condiciones Particulares de la póliza.

La prima se deberá pagar hasta el término del período convenido en las Condiciones Particulares, o hasta el fallecimiento del asegurado, si este ocurre antes. No obstante, el contratante quedará exonerado del pago de las primas correspondiente al asegurado, desde el momento en que el asegurado sea declarado en estado de dependencia, volviéndose a restablecer la obligación de pago de prima en el supuesto de que la situación de dependencia del asegurado cesare.

ARTÍCULO N° 3: VIGENCIAS DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Las vigencias de inicio de cobertura que otorga la aseguradora en virtud de esta póliza a cada asegurado, son las que a continuación se indican:

1) A partir de la vigencia inicial de la póliza o desde la fecha de incorporación del asegurado a la póliza, indicada en las Condiciones Particulares, para los estados de dependencia que sean consecuencia de un accidente ocurrido posteriormente a dicha fecha y dentro de la vigencia de la misma.

2) Una vez transcurridos un plazo de carencia de tres (3) años, salvo que se estipule expresamente otro período menor en las Condiciones Particulares de la póliza, a contar desde la fecha de la vigencia inicial de la póliza, o desde la fecha de incorporación o desde la fecha de rehabilitación de la póliza o del asegurado y dentro de la vigencia de la misma, para un estado de dependencia senil invalidante o de la enfermedad de Alzheimer.

3) Una vez transcurridos un plazo de carencia de un (1) año, salvo que se estipule expresamente otro período menor en las Condiciones Particulares de la póliza, a contar desde la fecha de la vigencia inicial de la póliza, o desde la fecha de incorporación o desde la fecha de rehabilitación de la póliza o del asegurado y dentro de la vigencia de la misma o, para los estados de dependencia distintos de los señalados en los números 1) y 2) anteriores.

Término del seguro por dependencia en el plazo de carencia: Si se estableciere un estado de dependencia, que no fuese a consecuencia de un accidente ocurrido con posterioridad a la vigencia inicial de la póliza, o desde la fecha de incorporación del asegurado a la póliza o desde la fecha de rehabilitación de la póliza o del asegurado, según corresponda, la aseguradora no estará obligada a indemnizar el estado de dependencia ocurrida por cualquier incapacidad diagnosticada o en proceso de estudio de diagnóstico en el período de carencia descritos en los números 2) y 3) de este artículo. En estos casos, para el asegurado terminará anticipadamente y automáticamente el presente seguro y la aseguradora devolverá al contratante de la póliza las primas pagadas correspondientes al asegurado desde la fecha de vigencia inicial de la póliza, o desde la fecha de incorporación o desde la fecha de rehabilitación hasta la última prima pagada. En caso que existiera mala fe, la aseguradora no tendrá obligación de devolver la prima cancelada pudiendo exigir el pago de los gastos que en que haya incurrido por la formalización del contrato.

ARTÍCULO N° 4: DEFINICIONES

Para efectos de este contrato se entiende por:

a) Asegurados: Se consideran como tales para los efectos de ésta póliza a los siguientes asegurados, que habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la aseguradora y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza:

1) ASEGURADO TITULAR: La persona que, cumpliendo los requisitos de edad establecidos en las Condiciones Particulares, es parte de un grupo, miembro, trabajador o que tengan algún vínculo con la entidad contratante.

2) ASEGURADOS DEPENDIENTES: Los familiares del asegurado titular y que, cumpliendo los requisitos de edad establecidos en las Condiciones Particulares y encontrándose señalados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de esta póliza, tengan los siguientes vínculos:

i. Cónyuge del asegurado titular, o

ii. Los hijos mayores a 6 meses de edad. Para los hijos mayores de 18 años de edad, además deben ser estudiantes regulares en un establecimiento educacional reconocido oficialmente por el Ministerio de Educación y que dependan económicamente de sus padres.

iii. Otros dependientes del asegurado titular, que se individualicen expresamente en las Condiciones Particulares.

Cuando en esta póliza se utilice el término "asegurado", sin indicar si se trata de un asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto a un asegurado titular como a un asegurado dependiente.

b) Contratante: El empleador, persona natural o jurídica que suscribe este contrato de seguro con la aseguradora y que asume las obligaciones que para él se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza, deben ser cumplidas por el o los asegurados. El contratante

asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro y debe informar a los asegurados u otros legítimos interesados sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

c) Aseguradora: Es la compañía de seguros el que toma de su cuenta el riesgo.

d) Beneficiarios: La persona o las personas designadas como tales por el contratante o el asegurado, y que figuran en las Condiciones Particulares de la presente póliza, y a quienes corresponde percibir las rentas mensuales garantizadas por este contrato, en caso que el asegurado por su estado de dependencia no las pueda recibir. En estos casos, la designación del beneficiario podrá ser señalada o modificada por el contratante o el asegurado una vez ocurrida la declaración de estado de dependencia, velando siempre por el mejor interés del asegurado.

e) Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas.

f) Enfermedad: Alteración del estado de salud de causa común o accidental, confirmada por un médico y que precisa de asistencia facultativa.

g) Incapacidad: Toda enfermedad o dolencia, y además toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requieran tratamiento médico. Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola incapacidad. Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad.

h) Médico: Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.

i) Hospital: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas del día y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

j) Prima: Es la retribución o precio del seguro, que se paga en dinero a la aseguradora.

k) Prima pagada: Es el monto efectivamente recibido y que se encuentre disponible para la aseguradora.

l) Siniestro: La ocurrencia del riesgo o evento dañoso contemplado en el contrato.

m) Plazo de carencia: Período de tiempo, contado a partir de la fecha de la vigencia inicial de la póliza, o desde la fecha de incorporación del asegurado a la póliza o de la fecha de rehabilitación de la póliza o del asegurado, durante el cual no estarán vigentes las coberturas de la póliza.

n) Monto asegurado: Límite máximo de la indemnización a pagar por la aseguradora.

o) Edad del asegurado: La edad correspondiente al cumpleaños más próximo ya sea pasado o futuro, que en una determinada fecha tenga el asegurado.

p) Situación o enfermedad preexistente: Cualquiera enfermedad, dolencias o situaciones de salud en general que afecten al asegurado y que haya sido diagnóstica o conocida por el asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.

q) Estado de Dependencia: Se reconoce en estado de dependencia total al asegurado cuyo estado de salud está confirmado y se encuentra en situación de imposibilidad permanente de realizar, sin la asistencia o ayuda de otra persona, al menos cuatro (4) de las siguientes seis (6) actividades de la vida diaria que a continuación se definen:

1) Higiene Personal: la habilidad de lavarse o bañarse por cualquier medio, de tal manera que sea capaz de mantener un nivel razonable de higiene personal.

2) Comer y beber: la habilidad de consumir alimentos y bebidas toda vez que estén preparados y disponibles.

3) Vestirse: la habilidad de poner, quitar, abrochar, desabrochar la ropa necesaria y, si es el caso, cualquier aparato, miembro artificial o implemento médico quirúrgico.

4) Uso de los sanitarios: sentarse y levantarse del sanitario.

5) Continencia: la habilidad de controlar la función vesical e intestinal, si es el caso, utilizando ropa interior protectora o implementos médicos quirúrgicos; tal que permita mantener un nivel razonable de higiene.

6) Desplazarse: la habilidad de moverse dentro de su residencia de una habitación a otra en una superficie nivelada o hacer uso de la cama o silla, si es necesario, con la ayuda de equipo apropiado, tales como silla de ruedas, andadera, muleta, bastón, o de cualquier otro medio adaptado.

ARTÍCULO N° 5: EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el estado de dependencia del asegurado cuando se originen por:

a) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo N° 4 letra p) de estas condiciones generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la aseguradora deberá consultar al asegurado, acerca de todas aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por él, que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares o en el Certificado de Cobertura, en su caso, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud. Se entenderá que en el caso de la existencia de otros asegurados dependientes del asegurado titular, las declaraciones efectuadas por el asegurado titular tendrá plena aplicación para todos los efectos de esta póliza.

b) Heridas autoinferidas o enfermedades intencionalmente provocadas a sí mismo, el intento de suicidio y la automutilación.

c) Los efectos del alcoholismo agudo o crónico, y el uso de drogas o estupefacientes no prescritos médicamente.

d) Cualquier desorden mental o nervioso sin una enfermedad orgánica demostrable.

e) El embarazo o nacimiento, hasta tres (3) meses después del final del embarazo.

f) La negativa acreditada en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas.

g) SIDA, VIH u otro similar o condición relacionada o síndrome.

h) Participación activa en actos criminales.

i) Participación en las siguientes actividades o deportes considerados de alto riesgo: pasajero en aviación

privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que habiendo sido declaradas por el asegurado o por quien contrate en su nombre se excluyan expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza. Al momento de la contratación la aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas estas circunstancias.

j) Las consecuencias directas o indirectas de contaminación nuclear o química, guerra, servicio militar, deberes de reserva, invasión, actos de un enemigo extranjero, hostilidades, declarada o no, guerra civil, terrorismo, participación activa en disturbios o agitación civil, rebeliones, revoluciones, motines, insurrecciones, o golpes de estado.

ARTÍCULO N° 6: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La aseguradora cubrirá el estado de dependencia que afecte al asegurado como consecuencia directa de la realización o participación en actividades o deportes riesgosos, excluidas en el artículo N° 5 letra i), cuando hayan sido declaradas por el asegurado y aceptadas por la aseguradora. En este caso la aseguradora podrá cobrar una sobreprima al asegurado. De todo lo anterior se dejará constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 7: DECLARACIONES DEL ASEGURADO O DE QUIEN CONTRATE A SU NOMBRE

Corresponde al asegurado o de quien contrate a su nombre declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la aseguradora al momento de evaluar su incorporación a la póliza, con el objeto de identificar el real estado de salud del asegurado y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la aseguradora para estos fines. Para este objeto la aseguradora podrá solicitar la práctica de exámenes médicos de acuerdo a lo establecido en la ley.

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado o de quien contrate a su nombre, de acuerdo a lo que solicite la aseguradora en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro.

Convenido el contrato de seguro sin que la aseguradora solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del contratante, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud.

En los términos señalados en el artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite la aseguradora de acuerdo a lo señalado anteriormente, la aseguradora podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el riesgo asegurado no revisten alguna de dichas características, la aseguradora podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición de la aseguradora o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, la aseguradora quedará exonerado de su obligación de pagar las rentas mensuales, si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo a lo señalado el inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la renta mensual 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 la aseguradora, 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 N° 8: DERECHOS DE LAS PARTES DE ESTA POLIZA

El contratante, el asegurado y la aseguradora tendrán todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones que se hayan establecido para cada uno de ellos bajo esta póliza, tanto en sus Condiciones Generales y Particulares, y en lo que en ella no se señalará se estará a los que por su naturaleza y relación con cada una de las partes del contrato les exprese y otorgue la Ley.

La aseguradora, directamente o a través del contratante entregará a cada uno de los asegurados que se incorporen al presente contrato de seguro colectivo, una copia de la póliza, o, al menos, un certificado que acredite la cobertura. En este último caso, tanto la aseguradora como el contratante y el corredor del seguro, deberán mantener a disposición de los interesados una copia de la póliza.

ARTÍCULO N° 9: INDISPUTABILIDAD

Conforme a lo señalado en el artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos (2) años desde el inicio de la cobertura para el asegurado, la aseguradora no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas. Este plazo de dos (2) años también se aplicará en el caso de rehabilitación, o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda.

ARTÍCULO N° 10: PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

El contratante, el asegurado o el beneficiario del seguro, si fuese distinto del asegurado, u otra persona del entorno del asegurado, cuando tuvieran conocimiento de los hechos que pueden constituir una condición de dependencia del asegurado, tal y como se define en la póliza, lo comunicará por escrito a la aseguradora, debiendo aportar la siguiente documentación probatoria inicial:

Certificado del médico tratante o del último hospital donde fuese atendido, en el que describa la situación de dependencia que a su juicio afecta al asegurado, su fecha de inicio y sus causas, esto es, el origen accidental o patológico de la incapacidad o incapacidades, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que determino su incapacidad o incapacidades.

La aseguradora proporcionará un formulario "Cuestionario Médico de Dependencia", este cuestionario deberá ser completado por la persona o personas que se ocupan efectivamente del enfermo y por el médico tratante o del último hospital donde fue atendido. Asimismo, se deberá aportar, en caso de haber sido hospitalizado el historial clínico del hospital. En caso de una incapacidad neuropsiquiátrica se debe incluir los resultados del Test "Mini Mental State Examination (MMSE)" de Folstein.

Será obligación de proporcionar a la aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en poder del asegurado, autorizar a la aseguradora para requerir de los médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someter al asegurado a los exámenes y pruebas que la aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad del estado de dependencia. El costo de éstos será de cargo de la aseguradora.

La aseguradora durante la etapa de liquidación del siniestro tendrá siempre la posibilidad de tomar contacto con el médico o los médicos tratantes, y asimismo, podrá designar a otro médico de su elección para que evalúe el estado de dependencia del asegurado, así como hacer practicar los exámenes médicos complementarios que juzgue necesarios.

ARTÍCULO N° 11: DETERMINACIÓN DE LA DEPENDENCIA

Obtenidos todos los antecedentes señalados en el artículo anterior, la aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido un estado de dependencia del asegurado, conforme a la definición de dependencia descritos en este contrato y a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

En el caso de que la aseguradora haya rechazado la solicitud de dependencia, este podrá ser evaluado de nuevo por la aseguradora en las siguientes condiciones:

? si ha transcurrido un plazo mínimo de tres (3) meses desde el último estudio.

? si existen nuevos documentos justificativos de la agravación del estado de salud del asegurado, debiendo entregarse los nuevos exámenes justificando dicha agravación.

En todo caso, de existir discrepancia sobre la situación del estado de dependencia del asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la aseguradora, se podrá requerir que el estado de dependencia sea evaluado por perito-médico ajeno al asegurado y de la aseguradora. El nombre de este perito-médico será elegido de la lista de profesores titulares de la especialidad en Gerontología de las facultades de medicinas de las universidades establecidas en el país. De no existir acuerdo sobre la designación del perito-médico gerontólogo, éste será designado por la Justicia Ordinaria.

El perito-médico gerontólogo podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados por la aseguradora.

El perito-médico gerontólogo evaluará el estado de dependencia del asegurado, pronunciándose si se encuentra en estado de dependencia conforme a la definición de dependencia descritos en este contrato.

Los gastos y honorarios relativos a la intervención de este perito-médico serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la aseguradora, acordando no acudir a vía judicial mientras el peritaje del perito-médico gerontólogo no haya tenido lugar.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda al pago definitivo de la renta mensual correspondiente por parte de la aseguradora, el contratante de la póliza deberá continuar con el pago regular de la prima.

Si procede el pago de la renta mensual, se devolverán al contratante de la póliza las primas pagadas desde el mes siguiente a la notificación del siniestro a la aseguradora.

En caso de requerirse mayores antecedentes sobre la procedencia, se procederá conforme al procedimiento de liquidación establecido en el Título IV del D.S. N° 1055, del Ministerio de Hacienda, del año 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros, y las facultades señaladas en el artículo 61 del DFL N° 251 de 1931, o Ley de Seguros.

ARTÍCULO N° 12: PAGO DE LAS RENTAS

Acreditada el estado de dependencia del asegurado, la aseguradora pagará la renta mensual indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, mientras que el estado de dependencia perdura y hasta el plazo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza o hasta el fallecimiento del asegurado, lo que sea primero.

El inicio de pago de la renta mensual es a partir del cuarto mes siguiente a la fecha de aprobado el estado de dependencia del asegurado.

La liquidación de cada renta mensual la practicará de manera directa la aseguradora, lo que representa una condición esencial para la contratación de este seguro. De esta forma además, la aseguradora da por cumplida la obligación de informar al asegurado la decisión respecto de la liquidación, según lo señalado en el DS N° 1055 de 2012 del Ministerio de Hacienda, sobre Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros, en cuanto al proceso de liquidación, conforme a la presente póliza.

En el supuesto de que cesase la situación de dependencia del asegurado que da lugar al derecho a percibir la renta mensual de dependencia, la renta mensual quedaría suspendida sin perjuicio de que si el asegurado

volviese a ser declarado de nuevo en estado de dependencia, la renta mensual se devengaría otra vez automáticamente desde ese momento.

El pago de las rentas mensuales se efectuarán en las oficinas principales de la aseguradora o en el lugar que esta designe.

ARTÍCULO N° 13: CONDICIONES DE PAGO DE LAS RENTAS

Durante el pago de la renta mensual, el contratante, el asegurado, el beneficiario del seguro u otra persona del entorno del asegurado deberán informar a la aseguradora sobre la evolución del estado de salud del asegurado, que está en estado de dependencia, y especialmente avisar dentro de un plazo no mayor de treinta (30) días:

- ? del cambio de establecimiento hospitalario,
- ? de la vuelta a su domicilio o al de un familiar.

La aseguradora se reserva la facultad de proceder en todo momento a un control del estado de salud del asegurado, y especialmente de hacerle examinar por un médico de su elección. También podrá solicitar comunicación de todo documento que juzgara necesario para la apreciación del estado de salud del asegurado.

El asegurado o el beneficiario del seguro deberán enviar a la aseguradora cada seis (6) meses, u otro plazo mayor distinto que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza, un certificado de sobrevivencia actualizado.

En caso de rechazo del asegurado de someterse a un control médico o a entregar los documentos solicitados, el pago de las rentas mensuales se suspende, sin perjuicio de su regularización una vez que la situación se haya normalizado.

Se debe dar aviso a la aseguradora del fallecimiento del asegurado dentro de los diez (10) días siguientes a su ocurrencia. Las rentas mensuales eventualmente pagadas después del fallecimiento deberán ser reembolsadas a la aseguradora por quien las haya recibido.

ARTÍCULO N° 14: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

La renta mensual asegurada, el monto de las primas y demás valores de este contrato se expresarán en unidades de fomento, en moneda extranjera u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

El valor de la unidad de fomento, moneda extranjera o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de prima y beneficios, será el vigente al momento de su pago efectivo. La misma regla será aplicable a la devolución de prima que correspondiere, en su caso.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la aseguradora, dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del presente contrato de seguros.

ARTÍCULO N° 15: PAGO DE PRIMAS

a) Pago de la Prima: La prima será pagada en forma anticipada por el contratante, en la oficina principal de la aseguradora o, en los lugares que ésta designe y dentro de los primeros cinco (5) días de cada periodo de cobertura mensual, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca una periodicidad y fecha de pago diferente.

Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de esta será siempre de responsabilidad del contratante de la póliza.

La aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el

pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. La prima se entenderá pagada sólo una vez que la aseguradora la haya recibido efectivamente.

La prima respecto de cada asegurado se devengará hasta la fecha de vencimiento de la póliza, establecida en las Condiciones Particulares de la misma, o hasta la fecha de fallecimiento del asegurado, si esto ocurre antes.

b) Plazo de Gracia: Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca un plazo diferente, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo la póliza permanecerá vigente, sin perjuicio que la aseguradora podrá rebajar de cualquier beneficio que deba pagar a los asegurados las primas vencidas y no pagadas.

c) Término Anticipado del Contrato: Si habiendo vencido el plazo de gracia fijado en la letra anterior la prima continuare impaga, el contrato de seguro terminará una vez transcurrido quince (15) días contados desde la fecha de envío de la comunicación por parte de la aseguradora al contratante dando aviso de termino por encontrarse impaga la prima conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, quedando la aseguradora libre de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo sea pagada toda o parte de la prima.

Esta terminación dará derecho a la aseguradora para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Además de los reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de quince (15) días ya señalado, recayere en día sábado o domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

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

Mientras la terminación no haya operado, la aseguradora podrá desistirse de ella mediante una nueva carta en que así lo comunique a las personas que le haya enviado el aviso señalado en el párrafo anterior.

La circunstancia de haber recibido pago de la prima atrasada, y sus reajustes o interés, o de haber desistido de la resolución, no significa que la aseguradora renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta póliza, no dará derecho, en ningún caso, al pago de ninguna indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a la fecha en que este contrato quedó sin efecto

d) Impuestos: Se establece que cualquier cambio relativo a impuestos aplicables a la prima, no serán de cargo del asegurador, por ende, a contar de la fecha de la modificación se aplicarán sobre la prima neta establecida para la póliza o sus adicionales, en este último sí fuere el caso.

e) Financiamiento de la Prima: De acuerdo a la forma de pago de las primas, se definen dos tipos de modalidades, una de las cuales deberá quedar expresamente establecida en las Condiciones Particulares:

i) Modalidad Contributoria: prima financiada conjuntamente por el contratante y el asegurado titular.

ii) Modalidad No Contributoria: prima financiada sólo por el contratante de la póliza o prima financiada sólo por el asegurado titular.

ARTÍCULO N° 16: VIGENCIA Y RENOVACIONES

La duración de ésta póliza es de un (1) año, contado desde la fecha de vigencia inicial. Sin embargo, si el contratante no manifiesta su opinión en contrario, la póliza se renovará automáticamente por igual período conforme se señala a continuación.

Para cada renovación anual de la póliza, la aseguradora podrá establecer previamente las nuevas primas para los asegurados vigentes, de acuerdo a la cobertura, capital asegurado y deducible contratado, y todos ellos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, conforme a la tarifa vigente según el sexo y la

edad alcanzada por cada asegurado vigente, más los recargos de sobreprima aplicados y aceptados conforme a las prácticas comerciales para este tipo de seguro. De esta manera, las nuevas primas serán comunicadas por escrito al contratante con una anticipación de a lo menos treinta (30) días a la fecha de renovación, y deberán ser pagadas hasta el vencimiento del nuevo período y así sucesivamente. Conforme al principio establecido en el artículo 517 del Código de Comercio, el contratante podrá renunciar al seguro, mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de haber recibido la notificación con las nuevas condiciones. Este plazo podrá ser mayor, si se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso de haber comunicado un cambio en las condiciones de renovación, se entenderá renovada la póliza por un nuevo período si la nueva prima informada es pagada en la oportunidad que corresponda de acuerdo a la forma de pago estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza. Si la prima de renovación no es pagada en su totalidad en la oportunidad correspondiente o dentro del período de gracia que se refiere el artículo N° 15 letra c), se entenderá no renovada la póliza, terminando la responsabilidad de la aseguradora en la fecha de expiración de la cobertura, y la aseguradora devolverá cualquier suma recibida que no corresponda a prima adeudada por cobertura ya otorgada.

Asimismo, se deja expresa constancia que la aseguradora se reserva el derecho de no renovar esta póliza, para lo cual enviara una comunicación por escrito al contratante con una anticipación de a lo menos treinta (30) días a la fecha de terminación.

ARTÍCULO N° 17: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL SEGURO

Las Condiciones Particulares del presente seguro, así como las Condiciones Particulares de las Cláusulas Adicionales, si las hubiere, podrán ser modificadas, en cualquier época, por acuerdo entre la aseguradora y el contratante, quien de haberlos distintos de este, actuará por sí y en representación de cada uno de los asegurados bajo esta póliza, y de acuerdo a los efectos que se señalaran a continuación.

Cualquier modificación acordada entre la aseguradora y el contratante, deberá ser notificada a los asegurados a través del contratante, y ellas sólo podrán efectuarse y regir, a partir de la siguiente renovación del presente contrato. Las modificaciones no informadas serán inoponibles a los asegurados.

En estos casos, el asegurado podrá renunciar al contrato de seguro mediante comunicación escrita dirigida a la aseguradora, dentro de los diez (10) días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación. Si la comunicación de renuncia se hubiere presentado ante el contratante, o ante el intermediario, se presumirá su conocimiento por la aseguradora a contar de la fecha de su presentación a ellos.

Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, las modificaciones a las Condiciones Particulares de la póliza deberán constar en endoso u otro documento similar, el cual se entenderá forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza. Dichos documentos deberán cumplir con las mismas formalidades que se hubieren realizado o pactado para la póliza principal.

ARTÍCULO N° 18: INGRESO Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

El contratante de la póliza, deberá informar el ingreso de los asegurados, dentro de un plazo no mayor a treinta (30) días a contar de la fecha que los asegurables califican para ingresar al seguro. La vigencia inicial de su cobertura, comenzará el primer día del mes inmediatamente siguiente al de su notificación, previa calificación y aceptación por parte de la aseguradora y el cumplimiento de las condiciones de asegurabilidad.

El plazo para incorporar a un asegurado es el siguiente:

1. Para el titular, dentro de los treinta (30) días siguientes de la fecha que pertenece al grupo, o de inicio de su contrato de trabajo, u otro, si así se indica en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. Para el cónyuge, conjuntamente con el asegurado titular, si se trata de un nuevo asegurado titular, o dentro de los treinta (30) días siguientes a la celebración del matrimonio, para el caso de un asegurado

titular ya incorporado, u otro, si así se indica en las Condiciones Particulares de la póliza.

3. Para él o los hijos, conjuntamente con el asegurado titular.

4. Para otros dependientes del asegurado titular, conjuntamente con el asegurado titular, u otro, si así se indica en las Condiciones Particulares de la póliza.

Todos los asegurados deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, y su ingreso y aceptación deberá constar y ser aprobada por la aseguradora.

Todo asegurado que no haya sido notificado y/o no completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Las personas que reuniendo los requisitos de asegurabilidad establecidas en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, no hayan ingresado al seguro en el momento que califican para ingresar, no lo podrán hacer hasta el aniversario siguiente de la póliza, debiendo acreditar, a satisfacción de la aseguradora, su buen estado de salud. Esta condición rige para los titulares y para los dependientes de estos.

ARTÍCULO N° 19: TERMINACION ANTICIPADA DEL SEGURO

1) Del asegurado: El seguro terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular, en los siguientes casos:

- a) A partir de la fecha en que un asegurado titular cumpla la edad tope de cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, o por fallecimiento, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda al asegurado excluido;
- b) A partir de la fecha en que el cónyuge cumpla la edad tope de cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, o por fallecimiento, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda al asegurado excluido;
- c) A partir de la fecha en que el hijo cumpla la edad tope de cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, o por fallecimiento, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda al asegurado excluido;
- d) A partir de la fecha en que para cada uno de los otros dependientes del asegurado titular cumpla la edad tope de cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, o por fallecimiento, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda al asegurado excluido
- e) Cuando el asegurado titular pierda el vínculo con el contratante;
- f) Por solicitud expresa del contratante, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda al asegurado excluido.
- g) Según lo indicado en el último párrafo del artículo N° 3, "Vigencias de la Cobertura", rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda al asegurado excluido.
- h) Cuando un asegurado hubiere omitido, retenido o falseado información sobre si o de un asegurado dependiente que altere el concepto de riesgo asumido por la aseguradora; o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado. Del mismo modo, en tales casos y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la aseguradora respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del asegurado excluido

2) Del contrato: Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la aseguradora sobre los riesgos que asume y éste no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha. Conforme a lo señalado en el artículo 537 del Código de Comercio, en caso de terminación anticipada por parte del contratante o asegurado, en los casos que así se haya pactado, la póliza terminará a la expiración del plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

ARTÍCULO N° 20: REHABILITACION

Producida la terminación anticipada de la cobertura para algún asegurado conforme al presente contrato por no pago de prima, podrá el asegurado en conjunto con el contratante solicitar por escrito su re-ha-bilitación, dentro del período de vigencia del contrato.

A tal efecto, el contratante y/o los asegurados deberán acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la aseguradora y pagar todas las primas vencidas y devengadas que correspon-da, y que se encuentren pendientes de pago.

La sola entrega a la aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar la póliza, si previamente no ha habido aceptación escrita de la aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la aseguradora de devolver el valor de las primas recibidas por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO N° 21: EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío o destrucción de la póliza, la aseguradora, a petición del contratante, expedirá un duplicado del documento original. La nueva póliza anulará y reemplazará la anterior extraviada o destruida.

ARTÍCULO N° 22: ARBITRAJE

Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y la aseguradora, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

No obstante lo estipulado precedentemente, en las disputas entre el asegurado y la aseguradora que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a UF 10.000.- (diez mil Unidades de Fomento), el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

El contratante, asegurado o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 unidades de fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO N° 23: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deban hacer la aseguradora, el asegurado o el contratante a cualquiera de los otros, según se han referido, y con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que este no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. En caso de oposición del uso de los correos electrónicos como medio de comunicación, se usara la carta certificada, enviada al domicilio de la persona a la que fuere dirigida, conforme se haya informado en la póliza o en algunos de los endosos, declaraciones o documentos que formen parte de ésta.

Las notificaciones efectuadas por correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado estas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La aseguradora deberá facilitar mecanismos para realizar las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al

asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su individualización mediante códigos de verificación, u otros. Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de esta póliza o en la solicitud de seguros respectiva.

ARTÍCULO N° 24: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de la póliza o la pérdida de derechos en ella contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

ARTÍCULO N° 25: DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior, será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del beneficiario.