

**POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE MUERTE ACCIDENTAL Y/O DE
INDEMNIZACION DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE
COMERCIALIZADA TELEFONICAMENTE**

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320170049

ARTICULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o beneficiario.

ARTICULO 2: DEFINICIONES

Para los efectos de este contrato de seguro las siguientes expresiones tendrán el significado que se indica a continuación:

- 1.- Seguro Colectivo: Es aquel que mediante una sola póliza cubre contra los mismos riesgos, a un grupo determinado o determinable de personas vinculadas con o por el tomador. En este caso llámase tomador o contratante, a quien celebra el contrato de seguro por el grupo asegurado.
- 2.- Contratante: La persona jurídica que celebra este contrato de seguro colectivo con la compañía aseguradora y sobre quien recae en general, las obligaciones y cargas del contrato, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.
- 3.- Asegurados: La persona natural a quien afecta el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora y que es parte de un grupo al ser miembro, trabajador o esté vinculado con o por la entidad contratante. Se consideran asegurados de esta póliza a las personas con las cuales la compañía aseguradora oferente o el intermediario, hayan establecido comunicación telefónica y éstas hayan aceptado la oferta de seguro.
- 4.- Certificado de Cobertura: Documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo.
- 5.- Póliza. El documento justificativo del seguro. Se encuentra compuesto fundamentalmente por la oferta de seguro, la grabación de la comunicación telefónica, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la compañía aseguradora. En ella se especifican las condiciones bajo las cuales rige la cobertura.
- 6.- Hospital: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas y que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipo de rayos X y quirófano atendidos por personal profesional especializado. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.
- 7.- Hospitalización: Es aquella situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, pernoctando a lo menos una noche, utilizando el servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún aspecto, lo que se denomina hospitalización domiciliaria.
- 8.- Médico: Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de médico cirujano otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario o por la

autoridad de salud extranjera respectiva si la prestación o gasto médico se produjo fuera de Chile.

9.- Siniestro: La ocurrencia del riesgo o evento dañoso contemplado en la póliza de seguro.

10.- Compañía Aseguradora: Compañía de Seguros que toma de su cuenta el riesgo.

ARTICULO 3: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

El contratante podrá contratar cualquiera de estas alternativas de cobertura o ambas conjuntamente, las que, según corresponda, deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Las alternativas de cobertura son las siguientes:

ALTERNATIVA A: MUERTE ACCIDENTAL

Bajo los términos del presente seguro, el monto asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza será pagado por la compañía aseguradora a los beneficiarios, una vez acreditado el fallecimiento del asegurado, si éste se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente, y siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

a) Que el accidente ocurra durante la vigencia del asegurado en esta póliza; y

b) Que el fallecimiento a consecuencia de un accidente ocurra por causa no excluida en esta póliza.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la compañía aseguradora que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa e inmediata de las lesiones originadas por el accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato a consecuencia de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

Accidente: Para los efectos de este contrato de seguro se entiende que accidente corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del asegurado. Tampoco se considera como accidente aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

ALTERNATIVA B: INDEMNIZACION DIARIA POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE

La compañía aseguradora pagará al asegurado que ha sido hospitalizado a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en este contrato de seguro, el monto diario que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y/o Certificado de Cobertura, independiente del gasto real en que haya incurrido el asegurado.

El accidente, como el período de hospitalización, deben ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras la cobertura se encuentre contratada por el asegurado.

Se pagará la cantidad diaria a contar del primer día de hospitalización y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares de la póliza y/o Certificado de Cobertura, teniendo esta cobertura un tope por evento y un tope anual por asegurado.

Cada accidente amparado por la presente cobertura que requiera hospitalización se considerará un evento. Se entenderá que constituye un sólo evento los períodos sucesivos de hospitalización, cuyas causas se encuentren directamente relacionadas entre sí y resulten del mismo accidente.

Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado de un certificado que acredite el período de permanencia, indicando día y hora de inicio y de término, emitido por el Hospital.

Es requisito esencial para que surja la responsabilidad de la compañía aseguradora que la hospitalización sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente.

No se pagará el monto asegurado si el accidente ocurrió con anterioridad al inicio de vigencia del asegurado en el contrato de seguro.

ARTICULO 4: EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de muerte del asegurado ni de hospitalización cuando el fallecimiento u hospitalización provengan o se originen por:

- a) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del Estado.
- b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente por sentencia ejecutoriada que se ha tratado de legítima defensa.
- c) Participación activa del asegurado en acto terrorista. 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 motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
- d) Lesiones auto-provocadas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones provocadas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- e) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad objetivamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- f) La conducción de cualquier vehículo o medio de transporte o la operación de cualquier tipo de maquinaria ejecutados en estado de ebriedad de acuerdo a la graduación establecida en legislación vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente. Además, la conducción de cualquier vehículo o medio de transporte o la operación de cualquier tipo de maquinarias ejecutada bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas.
- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.
- h) La realización o participación de una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades o deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo de explosivos o sustancias peligrosas, el porte de armas de fuego, la minería subterránea u otros trabajos subterráneos, trabajos en altura o líneas de alta tensión y, como deportes riesgosos, el buceo o inmersión submarina, montañismo o escalada, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, de automóviles, de motocicletas o de lanchas, parapente, bungee (Bengy), canopi.
- i) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados y empresas de seguridad ciudadana.
- j) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- k) Participación del asegurado en actos calificados por la ley como delitos, en calidad de autor, cómplice o encubridor.
- l) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de siniestros cubiertos por esta póliza, tales como: Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo; enfermedad mental o nerviosa, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento; exámenes médicos de rutina.
- m) La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado y las hospitalizaciones

domiciliarias de cualquier tipo.

n) Atenciones médicas siquiátricas y/o psicológicas.

ñ) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por accidentes ocurridos anteriores a la fecha de vigencia del asegurado en el contrato de seguro.

o) Lesión a consecuencia de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo.

ARTICULO 5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado deberá dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el artículo 524 del Código de Comercio que le sean atingentes en consideración al tipo de seguro de que se trate.

En especial, el asegurado estará obligado a:

1) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;

2) Pagar la prima en la forma y época pactadas;

3) Notificar al asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y

4) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el contratante del seguro y el asegurado son personas distintas, como es el caso de la presente póliza colectiva, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el asegurado.

Dado la naturaleza colectiva de esta póliza de seguro, aplica lo dispuesto en el artículo 517 del Código de Comercio.

ARTICULO 6: AGRAVACIÓN O ALTERACIÓN DEL RIESGO

Por tratarse de un seguro de accidentes personales, regirán las reglas establecidas en el Artículo 526 del Código de Comercio, sobre agravación de riesgos asegurados.

ARTICULO 7: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

El contrato de seguro que da cuenta esta póliza es un seguro colectivo que, respecto de los asegurados, es comercializado y celebrado telefónicamente, esto es, se utiliza la comercialización telefónica para incorporar asegurados en la póliza colectiva, conviniéndose un contrato de seguro entre partes que no estando físicamente presente, de manera simultánea, han acordado dicho contrato mediante cualquier sistema de transmisión y registro digital o electrónico de la palabra verbal. Por lo anterior, el presente contrato de seguro se ha ofrecido a los asegurados y aceptado por ellos a través de un sistema de comunicación telefónica.

Establecida la comunicación telefónica con el asegurado y producida la aceptación expresa de éste a la oferta del seguro se procederá a la emisión y envío de la póliza, o, al menos, un certificado de cobertura por parte de la compañía aseguradora, debiendo proporcionarse además, en forma inmediata, un comprobante, código o número que respalde la contratación.

La póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la compañía aseguradora en cumplimiento a la obligación referida en el numeral 1 del artículo 4 anterior.

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo 4 anterior, será suficiente que el asegurado informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo. Esta declaración y el efecto de sus errores, reticencias o inexactitudes, se rigen por el artículo 525 del Código de Comercio.

ARTICULO 8: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima es la retribución o precio del seguro, cuyo monto se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza y Certificado de Cobertura.

a) Pago de la Prima: La obligación de pagar la prima le corresponderá al contratante o al asegurado, según

así se especifique expresamente en las Condiciones Particulares y Certificado de Cobertura, debiendo pagarse en las oficinas de la compañía aseguradora o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza y Certificado de Cobertura. En su caso, el pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que la compañía aseguradora podrá poner a disposición para facilitar el pago.

La prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida por la compañía aseguradora. El pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la compañía aseguradora pueda identificar a aquellos asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su cobertura contratada. La compañía aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima.

b) No pago de la prima: La falta del pago de la prima en los plazos estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza y Certificado de Cobertura, producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 18 de estas Condiciones Generales, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación. Dicha terminación no aplicará en caso que el contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la compañía aseguradora renuncia a su derecho de 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.

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

ARTICULO 9: DENUNCIA DE SINIESTROS

El fallecimiento o la hospitalización del asegurado deberán ser notificados, por cualquier persona, a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza y Certificado de Cobertura.

No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el fallecimiento sea notificado a la compañía aseguradora hasta el plazo de 60 días desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro del asegurado.

Asimismo, se deberán presentar a la compañía aseguradora los siguientes antecedentes relativos al siniestro:

- a) Certificado de Defunción original del asegurado (cuando correspondiese);
- b) Fotocopia Cédula de Identidad del asegurado o Certificado de Nacimiento original;
- c) Informe Médico;
- d) Parte Policial y Alcoholemia (si correspondiese);
- e) Otros antecedentes tales como: informes, declaraciones y certificados (de la institución de salud {hospital} destinados a acreditar la ocurrencia del siniestro y sus circunstancias.

ARTÍCULO 10: VIGENCIA Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

El contrato de seguro colectivo entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y en el Certificado de Cobertura y podrá ser renovado por el lapso, condiciones y prima que autorice el contratante.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto del fallecimiento del asegurado ocurrido con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 11: INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS

La incorporación de los asegurados al contrato de seguro colectivo se hará mediante comunicación telefónica, la cual contendrá al menos la siguiente información:

- i) la compañía de seguros respectiva, demás copartícipes en la oferta de seguro; ii) indicar al asegurado que

se está ofreciendo la incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el contratante directamente con la compañía de seguros; iii) características del seguro, indicando las coberturas ofrecidas, condiciones especiales de asegurabilidad, exclusiones, deducibles, franquicias, duración del contrato, causales de término anticipado, vigencia y suma asegurada, en su caso; iv) costo total para el asegurado, incluyendo prima, impuestos y cualquier otro recargo; v) modalidades de pago de la prima; vi) existencia, duración y forma de ejercicio del derecho a retracto del contratante o asegurado; vii) derecho del asegurado a poner fin anticipado al contrato, en cualquier momento, comunicándolo al asegurador, salvo las excepciones legales y viii) plazo máximo y forma de entrega de la póliza o, al menos, un certificado de cobertura.

Establecida la comunicación entre la compañía aseguradora oferente, o intermediario, y el destinatario de la oferta, la aceptación de este último, que a contar de la aceptación se llamará asegurado, dará lugar a la emisión y envío de la póliza o, al menos, un certificado de cobertura por parte de la compañía aseguradora, debiendo proporcionarse además, en forma inmediata, un comprobante, código o número que respalde la contratación. La compañía aseguradora cubrirá el riesgo desde la fecha de la aceptación.

ARTÍCULO 12: TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

El contrato de seguro colectivo terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Sin perjuicio del efecto del término del contrato de seguro colectivo, las coberturas contratadas para los asegurados en particular podrán permanecer vigentes hasta el término del período que se haya señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura y por el cual se haya pagado la prima respectiva.

La terminación del presente contrato de seguro colectivo tendrá el efecto de que no podrán seguir incorporándose nuevos asegurados a ella, desde la fecha de su terminación.

ARTÍCULO 13: TÉRMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

La cobertura del presente contrato de seguro para un asegurado terminará en los siguientes casos:

- a) Por término del contrato de seguro colectivo;
- b) Por el fallecimiento del asegurado;
- c) A las 24:00 horas del día que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura;
- d) Por no pago de la prima dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 8 precedente;
- e) Cuando se verifique la situación señalada en el Artículo 17 de estas Condiciones Generales y el asegurado no acepte el cambio de moneda o unidad del contrato. Para estos efectos, la compañía aseguradora, conforme al Artículo 18 de estas Condiciones Generales, notificará al asegurado que se producirá el término del contrato de seguro colectivo a la expiración del plazo de 30 días contado desde la notificación, liberándose la compañía aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro colectivo una vez que éste haya terminado.

En todos los casos, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado, cuya cobertura ha terminado anticipadamente, a contar de la fecha de dicho término. Sin perjuicio de lo señalado en la letra a) de este artículo, el plazo de vigencia del contrato de seguro colectivo lo es sin perjuicio de la vigencia de las coberturas de cada asegurado, conforme a lo que se expresará a continuación.

La vigencia de la cobertura individual de cada asegurado será la que se especifique en el respectivo Certificado de Cobertura. Si la vigencia individual contratada es superior a la vigencia del contrato de seguro colectivo, el asegurado seguirá cubierto hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente.

Por tanto, terminada la vigencia del contrato de seguro colectivo, los asegurados seguirán con sus coberturas individuales vigentes hasta el término de los respectivos plazos de vigencia originales de cada uno de ellos, en los mismos términos contratados, y siempre que se haya pagado o permanezca pagando la prima correspondiente.

ARTÍCULO 14: BENEFICIARIOS

La designación y cambio de beneficiarios se rige por los Artículos 593, 594 y 595 del Código de Comercio.

ARTICULO 15: CLÁUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO 16: IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia del contrato de seguro y que afecten al presente contrato, serán de cargo del asegurado, salvo que por ley fuesen del cargo de la compañía aseguradora.

ARTÍCULO 17: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a este contrato de seguro se expresarán en Unidades de Fomento, o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, de tal forma que tanto los montos asegurados, los valores y como las primas se reajustarán en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

El valor de la unidad reajutable elegida, que se considerará para el pago de primas y beneficios, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la Unidad de Fomento o la unidad reajutable estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el asegurado no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la compañía aseguradora, dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato de seguro.

ARTÍCULO 18: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la compañía aseguradora al contratante o el asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y/o Certificado de Cobertura, salvo que éste no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las Condiciones Particulares de esta póliza y/o Certificado de Cobertura. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o Certificado de Cobertura o en el registro telefónico respectivo. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se realicen 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 identificación mediante códigos de verificación u otros. Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza y Certificado de Cobertura.

ARTICULO 19: SOLUCION DE CONFLICTOS

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.

El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las facultades que establece el artículo 543 del Código de Comercio.

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

No obstante lo anterior, el asegurado 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 compañía 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 20: 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 y en el Certificado de Cobertura.

ARTÍCULO 21: DERECHO DE RETRACTO

De conformidad al artículo 538 del Código de Comercio, en atención a que el presente contrato de seguro es de aquellos celebrados a distancia, el asegurado tendrá la facultad de retractarse dentro del plazo de 10 días, contado desde que reciba la póliza, sin expresión de causa ni cargo alguno, teniendo derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado.

Este derecho no podrá ser ejercido si se hubiere verificado un siniestro, ni en el caso de los contratos de seguros cuyos efectos terminen antes del plazo señalado en el párrafo precedente.