

POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130206

CONDICIONES GENERALES

El presente condicionado se compone de un Título preliminar sobre reglas aplicables, definiciones y enunciación de coberturas; un Título primero sobre descripción de coberturas específicas; y un Título segundo sobre reglas generales.

TÍTULO PRELIMINAR

PRIMERO: REGLAS APLICABLES

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.

SEGUNDO: DEFINICIONES

Para los efectos del presente contrato, se entenderá por:

1. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del asegurado ocasionándole la muerte o provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y la asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.
2. **Beneficiario:** Persona designada por el asegurado para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.
3. **Certificado de cobertura o certificado definitivo:** documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo o flotante.
4. **Deducible:** La estipulación por la que asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado.
5. **Garantías:** Los requisitos destinados a circunscribir o disminuir el riesgo, estipulados en un contrato de seguro como condiciones que deben cumplirse para que haya lugar a la indemnización en caso de siniestro.
6. **Gastos razonables y acostumbrados:** El monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de lesiones causadas por accidentes; característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
7. **Hospital o clínica:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación de enfermos mentales o tratamiento psiquiátrico, adictos a drogas o alcohólicos.
8. **Hospitalización:** Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como

paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

9. Incapacidad Temporal: Es aquella que a consecuencia de un accidente, impide al asegurado en forma transitoria el desarrollo normal de sus actividades de trabajo u ocupación habitual.

10. Invalidez Total y Permanente 2/3: La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente y que ocasione un menoscabo irreversible de, al menos, 2/3 (dos tercios) de su capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980.

11. Período de carencia para hospitalización: Número de días para cada hospitalización, durante los cuales el asegurado no tiene derecho a percibir los beneficios de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de Accidente.

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

TÍTULO PRIMERO: COBERTURA

La Compañía se obliga, conforme a las modalidades estipuladas en este condicionado y en las condiciones particulares de este seguro, a indemnizar al asegurado o a sus beneficiarios, las lesiones corporales, la incapacidad o la muerte que éste sufra a consecuencias de un accidente.

La cobertura contenida en este seguro, se sujeta a las condiciones y límites de cada plan específico contratado, y a los términos de las condiciones particulares.

PRIMERO: DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

Este seguro contempla una Plan A para muerte accidental; un Plan B para invalidez total o permanente 2/3 por accidente; una Plan C por desmembramiento; un Plan D por reembolso de gastos médicos por accidente; un Plan E por indemnización por hospitalización a causa de accidente; y un Plan F por gastos funerarios.

Sólo el Plan A podrá contratarse de modo individual. Las coberturas contenidas en los Planes B, C, D y E sólo podrán contratarse en conjunto con al Plan A.

La contratación del Plan A para muerte accidental, requiere el consentimiento escrito del asegurado, con indicación del monto asegurado y la persona del beneficiario, según lo establece el artículo 589 inciso 2º del Código de Comercio. Considerando el carácter consensual del seguro, el consentimiento del asegurado que se exige en este párrafo podrá constar en cualquier antecedente o medio de prueba en los términos del artículo 515 inciso 1º del citado Código.

1. COBERTURA PLAN A PARA MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura la compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en las condiciones particulares de este seguro, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a consecuencia de una lesión accidental ocurrida durante la vigencia de la póliza y que a consecuencia de la misma, el asegurado fallezca a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en los Planes B.-, C.-, y D.- en caso de haber sido contratadas.

Para la cobertura de muerte accidental el monto asegurado se encuentra limitado de acuerdo a los siguientes tramos de edad:

Hasta los 75 años Se otorga el 100% del Monto asegurado
76-84 años Se reduce en un 50% el Monto asegurado
85 en adelante Se reduce en un 25% el Monto asegurado

2. COBERTURA PLAN B PARA INVALIDEZ TOTAL O PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE

En el evento que el Asegurado resulte con una invalidez total y permanente de 2/3, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro, la Compañía pagará el capital asegurado estipulado en las condiciones particulares de este seguro.

Para la cobertura de invalidez total y permanente de 2/3 por accidente el monto asegurado se encuentra limitado de acuerdo a los siguientes tramos de edad:

Hasta los 69 años Se otorga el 100% del Monto asegurado
70-75 años Se reduce en un 50% el Monto asegurado
76-84 Se reduce en un 25% el Monto asegurado

En aquellos casos que la invalidez total y permanente 2/3, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza, se manifieste en forma progresiva o no, esta deberá ser establecida a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

3. COBERTURA PLAN C POR DESMEMBRAMIENTO

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los ciento ochenta (180) días contado desde su ocurrencia, la compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado, en las condiciones particulares de este seguro:

100 % En caso de pérdida total de la visión de ambos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;

50 % Por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano, o de un pie, o por la sordera completa de ambos oídos, o por la pérdida del habla;

50 % Por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

35 % Por la pérdida total de la visión de un ojo;

25 % Por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;

20 % Por la pérdida total del pulgar de una mano;

15 % Por la sordera total completa de un oído;

5 % Por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;

3 % Por la pérdida total de un dedo del pie.

La indemnización por la pérdida total de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a

cada uno de los dedos.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por:

1. Pérdida Total: Se entiende por "pérdida total" referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.
2. Pérdida Funcional Total: Se entiende por "pérdida funcional total" la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.
3. Miembro: Se entiende por "miembro", cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

La pérdida funcional total de cualquier miembro, cuando sea permanente e irreversible, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de este seguro, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para este Plan C.

4. COBERTURA PLAN D POR REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura la compañía reembolsará al asegurado, hasta el monto máximo señalado en las condiciones particulares de este seguro por los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios, razonables y acostumbrados, incurridos por el asegurado que sean consecuencia inmediata y directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro, siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas o medicamentos adquiridos dentro de un plazo de ciento ochenta (180) días, contado desde la fecha de ocurrencia de cada accidente. Para todo efecto, por cada accidente ocurrido, cualquier reembolso será posterior al pago del monto del deducible que se indica en las Condiciones Particulares.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados.

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada y/o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales, si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

Además de las exclusiones antes mencionadas, la presente cobertura no reembolsará los gastos anteriormente indicados, cuando ellos provengan o se originen por:

1. Lesión causada por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
2. Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.
3. La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado.
4. La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
5. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.

5. COBERTURA PLAN E POR INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la compañía pagará al asegurado hospitalizado a causa de accidente, una indemnización diaria establecida en las condiciones particulares de este seguro. Se pagará la indemnización diaria por hospitalización desde el término del período de carencia de tres (3) días y hasta por el máximo de días señalados en las mismas Condiciones Particulares. El período de carencia se aplicará, tantas veces el asegurado se hospitalice durante la vigencia de la cobertura siempre y cuando el ingreso, no sea consecuencia de un accidente que previamente haya causado la hospitalización.

Será condición necesaria para proceder al pago de la indemnización diaria, la presentación por parte del asegurado de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Hospital o Clínica.

6. COBERTURA PLAN F POR GASTOS FUNERARIOS

En virtud de esta cobertura la compañía pagará a los beneficiarios del asegurado los gastos funerarios en que debería incurrir como consecuencia de fallecimiento accidental de éste.

Para los efectos de esta cobertura, se entenderá por gastos funerarios el de la compra de la urna, ataúd, ánfora o cofre; el servicio de transporte de los restos; la publicación del fallecimiento en un diario del domicilio del asegurado fallecido; gastos de sepultura y los del servicio religioso.

Sólo se pagará tales gastos si la muerte ocurre dentro del territorio nacional y, en todo caso hasta el monto máximo indicado en las condiciones particulares de este seguro.

SEGUNDO: RIESGOS EXCLUIDOS

Queda excluido de este seguro, los daños que tengan su origen en el fallecimiento o lesiones del asegurado, que se produzcan directa o indirectamente, total o parcialmente a consecuencia de:

1. 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, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
2. La participación en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
3. Participación activa del asegurado en Guerra, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, operaciones militares para la obtención o mantención de la paz, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
4. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por quien pudiere verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada.
5. Suicidio o intento del mismo, auto mutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
6. Desempeñarse como deportista de alto rendimiento o profesional según lo establecido en el artículo 8º de la Ley del Deporte N° 19.712 de enero de 2001 y en el DFL 1 de 1970, respectivamente.
7. Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
8. Ataques cardíacos, parálisis; ni los que ocurran estando el asegurado en estado de embriaguez, cuyo grado sea superior a 0.8 gramos de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente, o bajo la

influencia de drogas, somníferos, alucinógenos o desinhibitorios, aun cuando ella sea parcial o en estado de sonambulismo

9. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.

10. El uso, la liberación o el escape de los materiales nucleares que directa o indirectamente resulte en una reacción nuclear, radiación o contaminación radiactiva. Además, están excluidas las consecuencias de dispersión, utilización o escape de materiales biológicos y químicos patogénicos o venenosos. Sin embargo, lo mencionado anteriormente se aplica solamente si 50 o más personas resultan muertas o sufren lesión física seria, dentro del plazo de 90 días de la ocurrencia del incidente y que cause la muerte o lesión física seria. Para los propósitos de esta disposición, lesión física seria significa: (a) Lesión física que implica un riesgo substancial de la muerte; o (b) desfiguración física prolongada y obvia; o (c) pérdida prolongada o debilitación de la función de un miembro corporal u órgano.

11. Cirugía plástica o cosmética.

12. Infecciones bacterianas, siempre y cuando éstas no sean a consecuencia de una lesión accidental cubierta por este seguro.

13. La falla o inhabilidad de cualquier Equipo Electrónico, sea o no de propiedad del Asegurado y ya sea que ocurra antes, durante o después del año 2000, y que consista en:

a) Impedimento o dificultades para reconocer correctamente cualquiera fecha en la real fecha de calendario.

b) Impedimento o dificultades para capturar, guardar, retener o manipular correctamente, interpretar o procesar cualquier dato o información, comando o instrucción, como resultado de tratar a cualquier fecha de otro modo que la fecha real de calendario.

c) Impedimento o dificultades para capturar, guardar, retener o procesar correctamente, cualquier dato como resultado de la operación de cualquier comando que haya sido programado en cualquier Equipo Electrónico, cuando el uso de tal comando cause la pérdida de datos o la inhabilidad para capturar, guardar, retener o procesar correctamente dichos datos, en o después de cualquier fecha como consecuencia de una falla o inhabilidad en la lectura de la fecha real de calendario.

Este seguro no cubre, adicionalmente, cualquier indemnización que el asegurado pueda verse obligado a pagar por pérdidas que sean resultantes, se originen o a la que contribuyan la supuesta inhabilidad de un equipo electrónico para realizar correctamente cualquiera de las operaciones a que se refieren las letras a), b) y c) anteriores.

Además este seguro tampoco cubre cualquier honorario o gasto acordado o pagado respecto de cualquier reclamo o procedimiento legal relacionado directa o indirectamente con alguna de las fallas o inhabilidades o supuestas inhabilidades señaladas en las letras y párrafos anteriores.

Para los efectos de esta cláusula, la expresión Equipo Electrónico significa cualquier computador u otros equipos o sistemas para transmitir, procesar, almacenar o recuperar datos, incluyendo sin que pueda considerarse como limitación o enumeración taxativa, cualquier hardware, firmware o software, medios, microchip, circuito integrado o dispositivos similares. Dentro de la definición deben entenderse incorporados todos los equipos, aparatos, sistemas y computadores que contengan tecnología computacional, incluyendo artefactos de todo tipo de uso, inclusive domésticos.

14. La pérdida, daño, destrucción, distorsión, borrado, contaminación o alteración de Información Electrónica por cualquier causa (incluyendo Virus Computacional) o pérdida de uso, reducción de funcionalidad, costos, gastos de cualquier naturaleza que de ello resulte, aun cuando exista otra causa o evento concomitante simultánea, anterior o posterior a la pérdida.

TERCERO: FORMA DE INDEMNIZAR

La forma de indemnizar se ajustará a las normas contenidas en el presente condicionado y, a los términos pactados en los condicionados particulares de este Seguro. Todo según lo dispuesto en el artículo 563 del Código de Comercio.

La obligación del asegurador de indemnizar ocurrido el riesgo asegurado, será exigible una vez determinada la pérdida o concluido el proceso de liquidación de siniestros, regulado en los artículos 61 y siguientes del Decreto con Fuerza de Ley número 251 y en el Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros o las normas que los reemplacen.

CUARTO: SUMA ASEGURADA Y LÍMITE DE LA INDEMNIZACIÓN

La suma asegurada constituye el límite máximo de la indemnización que se obliga a pagar el asegurador en caso de siniestro, y será determinada según las reglas contenidas en este condicionado y en las condiciones particulares de este seguro.

TÍTULO SEGUNDO: REGLAS GENERALES

PRIMERO: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

El Asegurado estará obligado a:

1. Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto.
2. Pagar la prima en la forma y época pactadas.
3. Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
4. Las demás obligaciones, deberes o cargas que contemple la Ley, este condicionado general, cláusulas adicionales y condiciones particulares.

Si el Contratante del seguro y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado.

SEGUNDO: DEBER DE COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El asegurado, o contratante en su caso, deberá informar al asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado, y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los cinco días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador, todo en los términos de los artículos 524 número 5 y 526 del Código de Comercio.

Se presume que el asegurado conoce las agravaciones de riesgo que provienen de hechos ocurridos con su directa participación.

Si el siniestro no se ha producido, el asegurador, dentro del plazo de treinta días a contar del momento en que hubiere tomado conocimiento de la agravación de los riesgos, deberá comunicar al asegurado su decisión de dejar sin efecto el contrato o proponer una modificación, a los términos del mismo para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura de la póliza. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días, contados desde la fecha de envío de la misma, este último podrá dar por rescindido el contrato, quedando sin efecto. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido sin que el asegurado, o el contratante en su caso, hubieren efectuado la declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el inciso primero, el asegurador quedará

exonerado de su obligación de pagar la indemnización respecto de las coberturas del seguro afectadas por el agravamiento. No obstante, en caso que la agravación del riesgo hubiera conducido al asegurador a celebrar el contrato en condiciones más onerosas para el asegurado, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, por la naturaleza de los riesgos, hubiere debido conocerlos y los hubiere aceptado expresa o tácitamente.

Salvo en caso de agravación dolosa de los riesgos, en todas las situaciones en que, de acuerdo a los incisos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al asegurado la proporción de prima correspondiente al período en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la terminación del contrato, la que se producirá dentro de los plazos indicados en el artículo 526 inciso segundo del Código de Comercio, esto es, a la expiración del plazo de treinta días contados desde el envío de la respectiva comunicación de termino del seguro.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la opción de cambio de condiciones de cobertura o adecuación de la prima.

TERCERO: DECLARACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

El presente contrato fue celebrado en consideración a las declaraciones completadas por el asegurado, contratante o tomador, en el cuestionario sobre el riesgo asegurado, y en los términos de los artículos 524 número 1º y 525 del Código de Comercio.

El incumplimiento culposo o inexcusable del deber de responder del asegurado, contratante o tomador, dejará sin efecto del contrato en los términos del artículo 525 del Código de Comercio. En el caso de dolo o mala fe en la declaración o respuestas al cuestionario sobre el riesgo asegurado procederá la sanción prevista en el artículo 539 del referido Código.

No obstante lo señalado, en el caso de incumplir el asegurado, contratante o tomador el deber de responder el cuestionario sin culpa en los términos de los artículos 524 número 1º y 525 del Código de Comercio, podrá el asegurador proponer una mantención del contrato mediante una adaptación de la prima o de las condiciones de cobertura inicialmente pactadas. Si ha ocurrido el siniestro, el asegurado, contratante o tomador, tendrá derecho a una rebaja de 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, según lo dispuesto en el inciso 4º del artículo 525 del Código de Comercio.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la terminación del contrato, la que se producirá dentro de los plazos indicados en el artículo 525 inciso tercero del Código de Comercio, esto es, a la expiración del plazo de treinta días contados desde el envío de la respectiva comunicación de termino del seguro.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la opción de cambio de condiciones de cobertura o adecuación de la prima.

CUARTO: TERMINACIÓN POR NO PAGO DE PRIMA

La falta o simple retardo en el pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador

al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato, según lo dispone el artículo 528 del Código de Comercio.

No terminará el contrato, si dentro del plazo indicado, el asegurado entera o paga el saldo insoluto de la prima.

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

QUINTO: DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

En el caso de siniestro, el asegurado, contratante o tomador, según los casos, debe:

a) Notificar al asegurador, dentro del plazo de 180 días o dentro del plazo de 180 días o tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, esto es, un hecho dañoso contemplado y cubierto en esta póliza.

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

SEXTO: TERMINACIÓN ANTICIPADA

El asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato, en los términos dispuestos en el artículo 537 del Código de Comercio. La compañía deberá expresar en la respectiva comunicación enviada al asegurado, contratante o tomador, según el caso, las causas que motiven o justifican el término del seguro.

Además de las causales legales de término anticipado, y sólo a modo ejemplar, y sin que la siguiente enunciación sea considerada como taxativa o excluyente de otras causales, la Compañía podrá poner término anticipado a este seguro en razón de cambios en las políticas de suscripción de la compañía respecto del riesgo cubierto.

La terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación al asegurado, contratante o tomador.

El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador.

Producida la terminación del contrato, la prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, y el asegurador deberá poner el importe de prima no devengada, a disposición del quien corresponda, de inmediato.

No se procederá a la restitución de prima, en caso de haber ocurrido un siniestro de pérdida total, según lo dispone el inciso final del artículo 537 del Código de Comercio.

SÉPTIMO: COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Las comunicaciones del asegurador al contratante, tomador, asegurado o beneficiario, podrán enviarse por medios electrónicos o tecnológicos, garantizando su recepción y la posibilidad de almacenamiento o impresión.

Para los efectos señalados en el párrafo anterior el contratante, tomador, asegurado o beneficiario deberá informar a la compañía de seguros sobre su dirección de correo electrónico. A su falta, el asegurador deberá comunicar por escrito, mediante carta enviada al domicilio del contratante, tomador, asegurado o beneficiario.

El asegurado debe comunicar al asegurador de cualquier modificación de su dirección de correo electrónico o domicilio convencional informado al contratar este seguro.

Las comunicaciones que envíe el contratante, tomador, asegurado o beneficiario deberán ser por escrito, y remitidas al domicilio del asegurador indicado en la póliza.

OCTAVO: REGLAS SOBRE EL BENEFICIARIO

1. Designación de o los beneficiarios

La designación del beneficiario podrá hacerse en los condicionados particulares de este seguro, en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en testamento.

Si al momento de la muerte real o presunta del asegurado no hubiere beneficiarios ni reglas para su determinación, se tendrá por tales a sus herederos.

Los beneficiarios que sean herederos conservarán dicha condición aunque repudien la herencia.

La misma disposición se aplicará cuando el asegurado y el beneficiario único mueran simultáneamente, o se ignore cuál de ellos ha muerto primero.

La designación del cónyuge como beneficiario se entenderá hecha al que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado.

2. Revocación del o los beneficiarios

El contratante o tomador de este seguro puede revocar la designación de beneficiario en cualquier momento, a menos que haya renunciado a esta facultad por escrito. En este último caso, para cambiar al beneficiario designado deberá obtener su consentimiento.

3. Pluralidad de Beneficiarios

Si la designación se hace en favor de varios beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales. Cuando se haga en favor de los herederos, la distribución tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario. La parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a los demás.

NOVENO: SUBROGACIÓN

Por el pago de la indemnización, el asegurador se subroga de pleno derecho en los derechos y acciones que el asegurado tenga en contra de terceros en razón del siniestro, según los términos previstos en este condicionado y en el artículo 534 del Código de Comercio.

DÉCIMO: DERECHO DE RETRACTO

Para los casos de contratación a distancia, el contratante o asegurado tendrá la facultad de retractarse dentro del plazo de diez días, contado desde que reciba la póliza, sin expresión de causa ni cargo alguno, teniendo el derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado, en los términos dispuestos en el artículo 538 del Código de Comercio. No obstante, este derecho no podrá ser ejercido si se hubiere verificado un siniestro o si el plazo de vigencia del contrato es inferior a los diez días contemplados para el desistimiento del seguro.

DÉCIMO PRIMERO: REAJUSTE DE VALORES

El capital asegurado y el monto de la prima se expresarán en moneda extranjera, en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las

condiciones particulares de este seguro.

El valor de la Unidad de Fomento o de la unidad reajutable señalada en las condiciones particulares, que se considerará para el pago de prima y beneficios, será el vigente al momento de su pago efectivo.

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 compañía 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 contrato.

DÉCIMO SEGUNDO: EXONERACIÓN DEL ASEGURADOR DE SU OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR

Salvo los casos expresamente regulados en este condicionado, cualquier incumplimiento del asegurado, contratante o tomador del seguro de las obligaciones, cargas o deberes contenidas en este contrato, provocará la exoneración de la Compañía de la obligación de indemnizar de en el caso de ocurrencia de un siniestro. No obstante, la Compañía podrá además, poner término anticipado al contrato según lo establecido en los artículo 537 y 539 del Código de Comercio.

DÉCIMO TERCERO: EFECTOS DE LA PLURALIDAD DE SEGUROS

Si al momento de producirse un siniestro que cause pérdidas o daños en los bienes asegurados por la presente póliza y existieren otro u otros seguros sobre la misma materia, interés y riesgo, el asegurado podrá reclamar a cualquiera de los aseguradores el pago del siniestro, según el respectivo contrato, y a cualquiera de los demás, el saldo no cubierto. El conjunto de las indemnizaciones recibidas por el asegurado, no podrá exceder el valor del objeto asegurado.

DÉCIMO CUARTO: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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, en los términos establecidos en el artículo 543 del Código de Comercio.

No serán aplicables al contrato de seguro las reglas sobre solución de controversias contenidas en la Ley 19.496.

DÉCIMO QUINTO: DOMICILIO

Para los efectos del contrato de seguro, las partes fijan como domicilio el indicado por el asegurado, contratante, tomador o beneficiario en las condiciones particulares de la póliza, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 543 inciso 5º del Código de Comercio.