

**CONDICIONES GENERALES**  
**SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL**

**POL320160237**

**ARTÍCULO N° 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO**

Se aplicarán al presente contrato de seguro individual 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 contratante a solicitud de la aseguradora, y en base a la cotización que ha entregado la aseguradora al contratante, respecto a las condiciones de cobertura, 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.

**ARTÍCULO N° 2: CONDICIONES Y OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA**

**DECLARACION PREVIA SOBRE LA COBERTURA CONTRATADA:**

Las condiciones del presente seguro consideran como elemento esencial del contrato, la afiliación de los asegurados al actual sistema de salud vigente, esto es, a los planes de las instituciones de salud previsional (Isapres) y/o al sistema público de salud (Fonasa) como primera capa de cobertura de los riesgos de salud.

Conforme a lo establecido en el artículo 22 de la Ley Sobre Efecto Retroactivo de las Leyes, cualquier Ley que modifique las normas vigentes que se entienden incorporadas al presente contrato y por ello, cualquier cambio legislativo, normativo y/o regulatorio que pueda ocurrir durante la vigencia del seguro, en especial aquellas que se refieren a los planes de salud que otorgan las Isapres y sistema público de salud (Fonasa), si afectan los derechos y obligaciones asumidas por las partes en este contrato en forma importante, en especial las condiciones de los planes de salud de la ya denominada primera capa de cobertura, y por ello los montos asumidos como riesgo por la aseguradora bajo la cobertura del seguro, dará derecho a las partes para revisar y evaluar en conjunto con el asegurado, tomador o contratante, el nuevo escenario, con el objeto de adaptar las condiciones del seguro a la nueva realidad del riesgo al que se enfrentará la aseguradora.

De no existir acuerdo, se pondrá término anticipado a la póliza, y se aplicará lo señalado en el artículo 537 del Código de Comercio, debiendo la aseguradora enviar la respectiva comunicación en este sentido, con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de término.

Esta estipulación se basa en lo esencial que resulta para la celebración del presente contrato de seguro o de la cobertura que se otorga, la normativa sobre prestaciones de salud y los contratos que tienen impacto en los riesgos que asume la Aseguradora y que transfiere el asegurado.

#### **FORMAS DE OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA:**

La aseguradora bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar al asegurado titular, o a quien acredite haberse hecho cargo de los gastos cuyo reembolso se solicita, o en su defecto a sus herederos legales, o pagar directamente al prestador de salud, en adelante también llamados como los pagos directos, los gastos médicos razonables y acostumbrados en que se haya incurrido efectivamente por un asegurado a consecuencia de las afecciones a la salud que le afectaren, producto de una enfermedad, accidente o incapacidad cubierta conforme a lo señalado en el artículo N° 3 y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza.

Los reembolsos o los pagos directos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a las coberturas señaladas en el artículo N° 3 de estas Condiciones Generales, siempre y cuando estén expresamente contratadas e indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. El porcentaje de reembolsos o pago directo al prestador, se determinará en base al cuadro de bonificación señalado en las Condiciones Particulares, y en él se indican los diferentes porcentajes de reembolso, los tope de reembolso que afectarán a cada cobertura en caso de existir, los montos asegurados, los deducibles y los topes de números de prestaciones médicas según lo contratado.

Las coberturas descritas en el artículo N° 3 de estas Condiciones Generales, pueden ser contratadas en forma conjunta, o bien, el contratante puede optar por una o más de ellas, las cuales se dejan expresamente establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por un asegurado tanto dentro como fuera de Chile, en los términos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

El asegurado podrá solicitar reembolsos o recibir pagos directos de los gastos médicos que correspondan, por las prestaciones en que incurra durante el período en que se encuentre amparado por esta póliza, y siempre que ésta se encuentre vigente a esa fecha.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible, la aseguradora reembolsará o pagará directamente los gastos médicos que excedan el deducible que se haya contratado, cuyo monto, periodo y forma de acumulación se señalan en Condiciones Particulares de la póliza. A efectos de orden de aplicación, en primer lugar se determinarán los montos reclamados que corresponda reembolsar o pagar al prestador, a estos montos, se le aplicarán los porcentajes de reembolso pactados para cada cobertura, y luego se aplicarán los topes que pudieren haberse pactado. Cuando se hubiese estipulado un deducible, este se rebajará directamente del monto resultante del cálculo precedentemente señalado.

La determinación del monto a reembolsar o pagar directamente, siempre se calculará sobre los gastos efectivamente incurridos por el asegurado.

Para los efectos del pago directo al prestador, la aseguradora podrá hacerlo con aquellos prestadores con los que haya suscrito previamente un convenio en tal sentido. El pago directo al prestador podrá efectuarse cuando el prestador identifique que su paciente es un asegurado de la aseguradora, momento en el cual podrá tramitar la cobertura de este seguro de manera directa en la aseguradora para dichos asegurados. En estos casos, los asegurados deberán pagar al prestador sólo el copago final, por lo cual no se podrá solicitar el reembolso de esta cantidad posteriormente a la aseguradora. Para optar al beneficio de pago directo al prestador, será requisito que la institución de salud previsional Isapre, o Fonasa, haya otorgado cobertura a las prestaciones reclamadas, y que la prestación tenga cobertura en base a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

### **ARTÍCULO N° 3: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS**

Las coberturas que otorga la aseguradora en virtud de esta póliza, siempre y cuando estén expresamente indicadas como contratadas en las Condiciones Particulares de la póliza, son las que se indican a continuación.

**A) Beneficio de Hospitalización:** Gastos provenientes de prestaciones médicas realizadas durante una hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

a) Días cama: Gasto por habitación, alimentación y atención en general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.

b) Servicios hospitalarios: Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos especiales; equipos; insumos y medicamentos hospitalarios; y gastos por otros servicios médicos hospitalarios suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la incapacidad.

c) Honorarios médicos quirúrgicos: Los honorarios de médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.

d) Cirugía dental por accidente: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que ésta se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y este beneficio esté vigente. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

e) Servicio Privado de Enfermera: Servicio privado de enfermera durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante.

f) Servicio de Ambulancia: Servicio de ambulancia terrestre para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio de 50 Kms, y con el máximo número de traslados indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

g) Cirugía ambulatoria: Si el asegurado sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, que requiera cirugía sin que fuere hospitalizado en un hospital, se reembolsará o pagará directamente los gastos en que se incurra por concepto de los servicios

hospitalarios suministrados por el hospital, descritos en la letra b) anterior, y los honorarios médicos relacionados directamente.

h) Cirugía bariátrica: Esto es para el caso de obesidad, entendiéndose por tal si el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor o igual a 40, u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, o si el Índice de Masa Corporal es mayor o igual a 35, con la presencia de al menos una o más de las siguientes enfermedades agregadas a la obesidad: Diabetes Mellitus tipo 2; Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad; Apnea Obstructiva del Sueño Severa o Enfermedades Osteo-Articulares Severas candidatas a prótesis de reemplazo. Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la aseguradora reembolsará o pagará directamente los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de treinta y seis (36) meses. Los gastos que se cubren bajo esta cobertura son todos aquellos definidos en las letras a, b, c y d, antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

i) Cirugía maxilofacial por Enfermedad: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la aseguradora reembolsará o pagará directamente los gastos efectivamente incurridos provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado después de haber cumplido el período de carencia de treinta y seis (36) meses. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en las letras a, b, c y d, antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

j) Cirugía rinolaringológica: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la aseguradora reembolsará o pagará directamente los gastos efectivamente incurridos provenientes de todo procedimiento quirúrgico rinolaringológico, incluyendo la cirugía de rinoplastia y/o septoplastía funcional en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de treinta y seis (36) meses. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en las letras a, b, c y d, antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

**B) Beneficio Ambulatorio:** Gastos provenientes de prestaciones médicas realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

**C) Beneficio Enfermedades Graves:** Si se hubiese estipulado un deducible en las Condiciones Particulares de la póliza por la contratación de esta póliza, se reembolsará el monto del deducible descontado en el reembolso de los gastos médicos correspondientes a los beneficios de Hospitalización y Ambulatorio señalados en las letras A y B precedente, incurridos con motivo de una incapacidad cubierta por esta póliza, siempre y cuando dicha incapacidad sea exclusivamente a consecuencia de una de las Enfermedades Graves que se indican a continuación:

1) Cáncer: Se entiende por Cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tejido maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas específicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local con infiltración y/o destrucción directa de tejidos, o metástasis a distancia; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico que certifique la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito.

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

- Una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
- Dolor de pecho de carácter anginoso.
- Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma.
- Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.

3) Enfermedad de las Coronarias que requiere Cirugía: Enfermedad que requiere de la cirugía de una o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización (by-pass), realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo y otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.

4) Enfermedades Cerebrales (Tumores benignos o malformaciones vasculares): La enfermedad originada en tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas) que en ambos casos se presenten en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo, o vecinos a estructuras vitales.

5) Accidente Vascular Encefálico: La enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco fundamentado y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral.

6) Insuficiencia Renal Crónica: La enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, como consecuencia de la cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

7) Trasplante de Órganos Mayores: El que se realiza al asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas, siempre y cuando el órgano del asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo.

## ARTÍCULO N° 4: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

**1. Asegurados:** Se consideran asegurados de esta póliza aquellos 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.

a) Asegurado Titular: La persona que tiene la calidad de asegurado titular en las Condiciones Particulares de la póliza y que cumpla los requisitos de edad establecidos en ellas.

b) Asegurados Dependientes: Los familiares del asegurado titular que tengan los siguientes vínculos y que cumplan los requisitos de edad establecidos en ellas:

i. Cónyuge;

ii. Los hijos mayores de 14 días de edad;

iii. Otros dependientes, que se establezcan en las Condiciones Particulares de la póliza.

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.

**2. Contratante:** La persona que suscribe este contrato con la aseguradora y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por 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 sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

**3. Aseguradora:** Es la Compañía de Seguros que toma a su cuenta el riesgo asegurado.

**4. Incapacidad:** Toda enfermedad, malformación, 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.

**5. Enfermedad:** Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico.

**6. Dolencia:** Toda indisposición, malestar o alteración del estado de salud que se manifieste a través de la presencia de síntomas en quien los padece y que posteriormente puedan ser confirmatorios de la existencia de una enfermedad.

**7. 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. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas que sufra el asegurado por cualquier causa, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

**8. Deducible:** Es el monto de los gastos cubiertos por esta póliza que serán siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto para cada evento se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.

**9. Periodo de acumulación:** Es el periodo de tiempo que se considera para contabilizar el monto el deducible y el monto máximo de reembolso.

**10. Evento:** Se entiende como tal a todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores relacionadas directamente al diagnóstico principal, con una duración máxima definida en las Condiciones Particulares de la póliza, contados desde la fecha de pago del primer reembolso cubierto por el evento en particular.

**11. Gastos Ambulatorios:** Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

**12. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados:** Es 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 la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

**13. 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. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

**14. Hospitalización:** Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

**15. 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.

**16. Prestador de salud:** Son los hospitales y médicos que otorgan servicios o acciones de salud.

**17. Prestadores Preferentes:** Corresponde a hospitales, médicos o Centros de atención médica o diagnóstica, respecto de los cuales se podrá pactar condiciones de reembolso diferenciadas y/o exclusivas y que estarán debidamente descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza..

**18. IMC:** Índice de Masa Corporal, es el índice para determinar si el peso y estatura de una persona es el indicado, y corresponde al cociente entre el peso expresado en kilos y la talla expresada en metros elevada al cuadrado.

**19. Tratamiento Dental:** Toda atención efectuada por un Odontólogo, o un cirujano Maxilofacial, que comprenda prestaciones sobre las piezas dentarias, y el conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, angiológicas, nerviosas, glandulares y dentales, organizadas alrededor de las articulaciones occípito-atloidea, atlo-axoidea, vértebro-vertebrales cervicales, témporo-mandibulares, dento-dentales en oclusión y dento-alveolares.

**20. Porcentaje de Reembolso Efectivo del Sistema Previsional:** Corresponde al cociente entre el monto bonificado por el Sistema Previsional de Salud del asegurado, y el valor original de las prestaciones bonificadas. Este valor se determinará en cada programa médico Hospitalario, y en cada Bono o Reembolso para los casos de atenciones ambulatorias, agrupados por los conceptos de coberturas que corresponda liquidar en cada solicitud de reembolso presentada, según las definiciones de coberturas del artículo N° 3 anterior.

**21. Porcentaje de Reembolso de la Póliza:** Corresponde al porcentaje que se aplicará al monto reclamado para determinar el valor a reembolsar por parte de la aseguradora. Este porcentaje se definirá en las Condiciones Particulares de la póliza para cada cobertura contratada. El porcentaje de reembolso podrá variar en una misma cobertura dependiendo del “Porcentaje de Reembolso Efectivo del Sistema Previsional” y/o de los “Prestadores Preferentes” que puedan estar estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

## **ARTÍCULO N° 5: EXCLUSIONES**

Esta póliza no cubre los gastos médicos señalados en el artículo N°3 precedente, cuando el reembolso o pago directo se origine por, o como consecuencia de, o por complicaciones de:

a) La atención de psiquiatría o psicología, hospitalizada y/o ambulatoria, aun cuando sea necesaria como consecuencia de una enfermedad cubierta por la póliza.

b) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.

c) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento, para corregir malformaciones congénitas o producidas por enfermedades conocidas o diagnosticadas, o por accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia del asegurado en la póliza.

d) Cirugía plástica de mama por cualquier causa, y tratamientos secundarios o como consecuencia de ellas, salvo los casos de reconstrucción mamaria como consecuencia del tratamiento de un cáncer de mama que haya requerido de una mastectomía radical y que haya sido cubierta por la póliza.



e) La obesidad mórbida, o no, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Bariátrica descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 3 de este condicionado, se cumpla con las condiciones de IMC descritas en él o en las Condiciones Particulares de la póliza, y esté la cobertura expresamente indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

f) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por esta cobertura.

g) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.

h) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA, sus consecuencias y complicaciones.

i) No se consideran para efecto de este seguro como enfermedad la cirugía y/o tratamientos a causa de:

1. Cirugía Maxilofacial por enfermedad, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Maxilofacial descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 3 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. Una Cirugía Rinolaringológica, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Rinolaringológica descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 3 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento.
4. Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual se indique.
5. Tratamientos para adelgazar.

j) Lesión o enfermedad causada por:

1. Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
2. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
3. Estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos.
4. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
5. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.
6. Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio y lesiones autoinferidas.
7. Fusión y fisión nuclear.

k) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general, cuando no sea a consecuencia de un accidente cubierto según la letra d) del punto A) del artículo N° 3 de este condicionado.

l) Cirugía ocular para la corrección de defectos de refracción, salvo que hayan transcurrido cinco (5) años de vigencia ininterrumpida desde la fecha de incorporación a la póliza.

- m) Aparatos auditivos, lentes o anteojos de cualquier tipo.
- n) Medicamentos, remedios, drogas e insumos ambulatorios, con excepción de los otorgados en el punto A) del artículo N°3 precedente.
- o) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherentes ni necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una incapacidad.
- p) La atención particular de enfermería fuera del hospital.
- q) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- r) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- s) La práctica en las siguientes actividades o deportes: piloto de aeronave civil o militar, estudiante de piloto, pasajero en línea aérea no regulares, inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, bungee jumping, paracaidismo, rodeo, equitación, carreras de caballo, automovilismo motocicletas o lanchas. y otros no detallados precedentemente, pero que sean reconocidos popularmente como “deportes extremos” tales como Wingsuit, Salto Base, DownHill y otros. Al momento de la contratación la aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas estas circunstancias. La aseguradora cubrirá los accidentes excluidos cuando estos hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la aseguradora con el pago de la prima adicional respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.
- t) Maternidad: los gastos de parto normal, cesárea, aborto, embarazo extrauterino o ectópico y cualquier patología inherente a la concepción, embarazo, parto o puerperio .
- u) Estudios de diagnóstico y tratamientos de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.
- v) Epidemias o pandemias.
- w) Servicio de ambulancia aérea y traslado aéreo.
- x) Incapacidades preexistentes. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas lesiones, dolencias o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares o en el certificado de cobertura, según corresponda, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable.

#### **ARTÍCULO N° 6: GASTOS EFECTIVAMENTE INCURRIDOS**

Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta póliza, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontados los montos cubiertos por alguna institución de salud previsional, y las sumas reembolsadas por iguales beneficios

contratados con otras instituciones. Para estos efectos se deberá entender que el seguro es de mera indemnización y jamás podrás ser fuente de lucro para el asegurado o contratante.

Los beneficios de esta póliza no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta póliza no cubrirá los gastos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, los seguros de accidentes del trabajo, o por otras instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas. Asimismo tampoco podrán ser reembolsados o pagados los montos usados para el pago de servicios o prestaciones mediante los denominados excedentes previsionales provenientes de los pagos de los planes de salud.

#### **ARTÍCULO N° 7: PRIMAS**

- a) **Pago de la Prima**: Las primas de este seguro podrán ser mensuales, trimestrales, semestrales o anuales, según se señale en las Condiciones Particulares de la póliza, y deberán ser pagadas a más tardar, el último día hábil del mes de inicio del período a que corresponden.

El contratante estará obligado a pagar las primas en las oficinas de la aseguradora o en los lugares que esta designe. Todo ello, sin perjuicio de otros mecanismos de pago o descuento que la aseguradora podrá poner a disposición del contratante para facilitar el pago.

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.

- 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.

#### **ARTÍCULO N° 8: VIGENCIA Y RENOVACIONES**

La duración de ésta póliza será de uno o más años según se haya estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Vencido el plazo de vigencia establecido, la póliza se renovará automáticamente por un nuevo período que podrá ser igual, o diferente al período original, siempre y cuando no exista la necesidad de definición de nuevas tarifas de renovación, o que corresponda dar término al contrato por las estipulaciones del artículo N° 15 de este condicionado. En caso de renovación automática, esta se comunicará por medio escrito, físico o electrónico y se dirigirá al contratante según la información que la Aseguradora tenga de él en sus registros.

Ante la necesidad de establecer nuevas primas en la renovación para uno o más de los asegurados vigentes, el procedimiento de renovación estará condicionado a la aceptación expresa de parte del contratante de las nuevas primas. Las nuevas primas serán comunicadas por escrito al contratante con una anticipación de a lo menos treinta (30) días corridos a la fecha de renovación. En caso de aceptación de las condiciones de renovación, el contratante deberá manifestarlo por escrito en la aseguradora, a través de su intermediario, o directamente en la página WEB de la aseguradora, en la sección habilitada para tales efectos.

Asimismo, se deja expresa constancia que la aseguradora se reserva el derecho de no renovar esta póliza o cobertura, 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.

En caso que algún asegurado de la póliza se encuentre hospitalizado a la fecha de término de esta póliza, la aseguradora seguirá cubriendo solamente aquellos gastos relacionados directamente con esa hospitalización, con el tope indicado en el artículo N° 10 de estas Condiciones Generales, y hasta el plazo máximo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, contados desde la fecha de término de este seguro.

#### **ARTÍCULO N° 9: INCLUSION DE NUEVOS ASEGURADOS**

Con posterioridad a la vigencia inicial de la presente póliza, podrán incorporarse nuevos asegurados. El contratante de la póliza deberá comunicarlo a la aseguradora y será necesario acreditar a satisfacción de ésta la buena salud de las personas propuestas mediante la suscripción de las declaraciones y propuestas que la aseguradora disponga, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se inicia el día primero del mes siguiente de la aceptación.

#### **ARTÍCULO N° 10: MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO**

El monto máximo de reembolso y/o pago directo por persona indicado en las Condiciones Particulares de la póliza será por período de vigencia y cubrirá todos los siniestros ocurridos bajo su vigencia hasta agotar dicho monto. Así en el caso de que un único siniestro ascienda precisamente a una suma equivalente al monto máximo de reembolso, no podrán ser cubiertos los siniestros posteriores, pero si el gasto cubierto no agota el monto asegurado, los siniestros siguientes se cubrirán en la medida del monto que resta.

La aseguradora sólo reembolsará o pagará directamente los porcentajes y hasta los montos asegurados y hasta un máximo del número de prestaciones todos ellos señalados en las Condiciones Particulares de esta póliza, por los gastos efectivamente incurridos por el asegurado a consecuencia de una o más prestaciones derivadas de un evento, cubiertas en virtud de esta póliza, en la medida que tales gastos excedan el deducible que se hubiere estipulado, el cual se aplicará para cada evento.

Se entenderá que el inciso anterior será aplicable a cada evento que ocurra dentro de la vigencia de esta póliza, determinando en cada uno de ellos el exceso del deducible. En todo caso no se requerirá rehabilitación de la cobertura por este concepto.

#### **ARTÍCULO N° 11: DECLARACIONES DE LOS ASEGURADOS**

Corresponde al asegurado titular 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 de él y sus dependientes, 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.

Particular relevancia tienen las respuestas en la Declaración Personal de Salud, también denominada D.P.S., en la que deberá referirse específicamente a:

- I. Exámenes y/o procedimientos de diagnósticos efectuados durante los 180 días anteriores a la fecha de solicitud de seguro, o de incorporación a la póliza.
- II. Dolencias, padecimientos, o inicios de sintomatologías en proceso, por los cuales haya o aún no haya consultado una opinión médica.
- III. Licencias médicas o solicitudes de invalidez vigentes, rechazadas o en trámite.

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado, 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.

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 la indemnización 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 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.

#### **ARTÍCULO N° 12: AVISO DE SINIESTROS**

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la aseguradora tan pronto sea posible, una vez tomado conocimiento del gasto o 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 que la aseguradora dispondrá para estos efectos, en forma física o en el acceso a clientes de su sitio Web, con la información que en él se exija.

Asimismo, el asegurado deberá acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias, según lo dispuesto en el artículo N° 524, N° 8 del Código de Comercio.

#### **ARTÍCULO N° 13: REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO**

Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto por parte de la aseguradora:

- a) La entrega oportuna por el asegurado a la aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.
- b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y a los cuales pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la aseguradora de los documentos originales extendidos a nombre del asegurado correspondientes a boletas y facturas cuando corresponda, bonos, órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

Con todo, la aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, la aseguradora podrá verificar por medio de sus médicos o representantes la efectividad del diagnóstico de la incapacidad cubierta, para lo cual el asegurado deberá dar las facilidades necesarias, sometiéndose a los exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos necesarios incurridos por concepto de dicha verificación serán de cargo de la aseguradora.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

d) Será condición necesaria para la aceptación por parte de la aseguradora de la incapacidad cubierta, que el asegurado o sus representantes autoricen a la aseguradora, para requerir ante cualquier médico, institución u otra persona que haya reconocido, examinado o asistido al asegurado en sus dolencias, y también respecto de los que lo hagan en el futuro, de todos los antecedentes médicos, clínicos o patológicos que pudiera tener respecto del asegurado.

e) La aseguradora deberá pronunciarse sobre la aceptación de la existencia de una incapacidad cubierta por esta cobertura, dentro de los 15 días de presentadas las pruebas requeridas para determinar su responsabilidad.

Sin perjuicio de lo anterior, para el pago directo a las entidades prestadoras de servicios cubiertos por esta póliza, conforme a las coberturas contratadas, se hará en los términos que establezca la aseguradora con dichas entidades, y sin que esos términos afecten de ningún modo los derechos de los asegurados.

#### **ARTÍCULO N° 14: PAGO DE SINIESTROS**

Denunciado un siniestro y cuantificada la pérdida, la aseguradora dispondrá el pago de la indemnización en los términos convenidos en la póliza y, en caso de requerirse mayores antecedentes sobre su procedencia y monto, dispondrá su liquidación.

La liquidación de cada siniestro 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° 1.055 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. El contratante declara en éste acto aceptar la forma de liquidación señalada.

El pago de la indemnización y el informe de liquidación se pondrá a disposición del asegurado, en las oficinas principales de la aseguradora o en el acceso a clientes de su sitio Web, a través del contratante, del corredor de seguros, o a través de la forma y medios que se pacten con el contratante y se indiquen en las Condiciones Particulares de la póliza, y sean comunicadas a los asegurados,

En caso que los gastos cuya devolución o pago se esté solicitando se hubieren efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio oficial vendedor que exista a la fecha de pago, conforme el procedimiento establecido en el Título II de la Ley N° 18.010.

El reembolso de los gastos se efectuará por la aseguradora a nombre del asegurado titular o al contratante del seguro, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza. En el evento que el asegurado titular hubiese fallecido antes de solicitar el reembolso, el mismo se pagará a quién acredite haber realizado los gastos reembolsables o a sus herederos legales.

#### **ARTÍCULO N° 15: TERMINACION ANTICIPADA**

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 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.
- b) Por solicitud expresa del contratante, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a este seguro.
- c) Cuando el asegurado titular hubiere omitido, retenido o falseado información sobre si o sus dependientes 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° 16: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS**

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia de la póliza y que afecten al presente contrato, serán de cargo del contratante, salvo que por ley fuesen del cargo de la aseguradora. Cualquier cambio legal relativo a los impuestos aplicables a la prima, no serán de cargo del asegurador, por ende, a contar de la fecha de modificación se aplicarán sobre la prima neta de la póliza o sus adicionales.

#### **ARTÍCULO N° 17: TITULAR DE ESTA POLIZA**

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidos bajo esta póliza y que no pertenecen a la aseguradora, estarán reservados al contratante, asegurado titular o las asegurados dependientes según sea el caso y naturaleza de ellas, salvo que en estas Condiciones Generales se hubiere convenido algo diferente.

Si el contratante falleciere estando esta póliza en vigencia, se producirá la terminación del contrato, a menos que el asegurado titular u otro de los asegurados, se hiciera cargo de sus obligaciones antes del término del período de gracia conferido para el pago de la prima, y en tal caso ejercerá también los derechos, facultades y opciones que esta póliza reconoce al contratante ocupando su lugar para todos los efectos del contrato.

#### **ARTÍCULO N° 18: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO**



El capital asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato 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 la póliza.

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

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 días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

#### **ARTÍCULO N° 19: 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, salvo en los casos contemplados en el tercer párrafo del Artículo N°2, sección "DECLARACION PREVIA SOBRE LA COBERTURA CONTRATADA" en cuyo caso primará dicho plazo. 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° 20: REHABILITACION**

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los doce meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, los asegurados deberán acreditar que reúnen las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la aseguradora y pagar toda la prima vencida que corresponda, los gastos que origine la rehabilitación y demás cantidades que adeudare a la aseguradora.

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 la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

#### **ARTÍCULO N° 21: INDISPUTABILIDAD**

Conforme a lo señalado en el artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos (2) años desde la iniciación del seguro, 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° 22: 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° 23: 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° 24: 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° 25: CLÁUSULAS ADICIONALES**

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria 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° 26: 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.