

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320180108

ARTÍCULO 1º: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

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

ARTÍCULO 2º: DEFINICIONES

Para los efectos del presente contrato, de los adicionales que accedan a éste y sus condiciones particulares, se entenderá por: 1. 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 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 que sufra el asegurado. 2. Invalidez permanente dos tercios: La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de un accidente, de a lo menos dos tercios (2/3) de la 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. Nº 3.500 de 1980.

En todo caso, para efectos de esta póliza, siempre se considerará como invalidez permanente dos tercios los siguientes casos:

La pérdida total de:

- la visión de ambos ojos, o

- ambos brazos, o

- ambas manos, o

- ambas piernas, o

- ambos pies, o

- una mano y un pie.

3. Miembro: Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.

4. Órgano: Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

5. Pérdida Total: La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.

6. Pérdida Funcional Absoluta: La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

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

8. Gastos 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 las lesiones; las características y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel profesional de las personas encargadas de la atención.

ARTICULO 3º: COBERTURA

La Compañía pagará al asegurado o a sus beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por accidente, las indemnizaciones y reembolsos, de acuerdo a lo indicado en la descripción de las coberturas que a continuación se mencionan, siempre y cuando estén expresamente consignadas en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTICULO 4º: DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

1. COBERTURA PRINCIPAL:

Plan A. MUERTE ACCIDENTAL:

La Compañía aseguradora, pagará a los beneficiarios de la póliza, el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta cobertura, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo a consecuencia directa e inmediata de un accidente y durante la vigencia de esta cobertura.

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

La Compañía cubrirá la consecuencia de muerte que pueda resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) 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 abonado al asegurado por el mismo accidente bajo el plan B, en caso de haber sido contratado.

2. COBERTURAS ADICIONALES:

Adicionalmente a la cobertura de Muerte Accidental se podrá contratar una o más de las siguientes coberturas según se estipule en la Condiciones Particulares de la póliza.

Plan B. INVALIDEZ ACCIDENTAL:

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado producto de un accidente, la Compañía aseguradora, pagará al asegurado los porcentajes que se indican a continuación, sobre el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta cobertura, si a consecuencia directa de un accidente, el asegurado sufre lesiones que le provoquen algunas de las siguientes formas de invalidez:

1. El 100% por la pérdida total de:

- la visión de ambos ojos, o
- ambos brazos o ambas manos, o
- ambas piernas o ambos pies, o
- una mano y un pie.

2. El 50% por la pérdida total de:

- la audición completa de ambos oídos, o
- un brazo, o
- una mano, o
- una pierna, o
- un pie, o
- la visión de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiese tenido ceguera total del otro, antes de contratar

esta cobertura.

3. El 35% por la pérdida total de:

- la visión de un ojo en caso que no existiere ceguera total del otro, antes de contratar esta cobertura.

4. El 25% por la pérdida total de:

- la audición completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiese tenido sordera total del otro, antes de contratar esta cobertura.

5. El 20% por la pérdida total del:

- pulgar derecho o izquierdo.

6. El 15% por la pérdida total del:

- índice derecho o izquierdo.

7. El 13% por la pérdida total de:

- la audición completa de un oído.

8. El 5% por la pérdida total de:

- cualquiera de los otros dedos de la mano.

9. El 3% por la pérdida total de:

- un dedo del pie, orjejo.

10. La pérdida de cada falange, se calculará en forma proporcional en función de falanges que tenga el dedo. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos o falanges perdidos.

11. El 100% en aquellos casos de invalidez no contemplado precedentemente y que produzca al asegurado una pérdida total o el debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales de a lo menos un ochenta por ciento (80%) de su capacidad de trabajo. Lo anterior será 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.

En caso de ocurrir más de un accidente, cubierto por la póliza durante la vigencia de ésta, los porcentajes a indemnizar se calcularán aplicando los porcentajes indicados, sobre el capital asegurado y no sobre el saldo después de pagadas indemnizaciones anteriores. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de la invalidez por uno o más accidentes ocurridos durante la vigencia de esta cobertura, no podrán en ningún caso exceder el 100% del capital asegurado por concepto de esta cobertura.

Plan C. INVALIDEZ PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE

La Compañía pagará al asegurado el capital contratado indicado en las Condiciones Particulares para esta cobertura en caso de verificarse su invalidez permanente dos tercios, como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza y por causa no excluida.

La determinación de la invalidez se efectuará en conformidad al artículo 15 de las presentes Condiciones Generales.

Plan D. BENEFICIO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

En virtud de esta cobertura, la Compañía aseguradora reembolsará al asegurado los gastos médicos y hospitalarios razonables y acostumbrados en que efectivamente éste incurra a consecuencia de un accidente amparado por esta cobertura, siempre que estos sean provenientes de: hospitalización; honorarios de profesionales médicos; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos terapéuticos y de

diagnóstico; derecho de pabellón, incluyendo los insumos utilizados dentro del pabellón y el uso de la unidad de tratamiento intensivo e intermedio.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que los gastos médicos sean consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente.

La Compañía cubrirá también los gastos médicos que puedan resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

La presente cobertura obliga a la Compañía, por cada accidente, al reembolso de los gastos médicos incurridos sólo hasta la concurrencia del monto asegurado por concepto de esta cobertura, señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Podrá pactarse un deducible por cada accidente, del que se dejará constancia 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, como asimismo, el programa médico en el que se prescriban las prestaciones, exámenes o insumos que originan dichos gastos.

En caso que el asegurado tuviese derecho a beneficios de alguna Institución de Salud Previsional, Bienestar, Ley de Accidentes del Trabajo o por el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecida en la Ley Nº 18.490, deberá hacer uso de ellos previamente. En este evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales, si en vez de ellas se presentan documentos originales comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos en que efectivamente el asegurado haya incurrido.

ARTICULO 5°:

EXCLUSIONES No se efectuará el pago de las indemnizaciones establecidas en las coberturas mencionadas, cuando el fallecimiento o lesiones del asegurado se produzca a consecuencia de:

a) Suicidio o intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.

b) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.

c) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no, declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del Estado.

d) Participación activa del Asegurado en un acto terrorista. Para estos efectos, se entiende por acto terrorista toda conducta calificada como tal por 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.

e) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

f) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

g) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y lanchas; y otros deportes riesgosos, que hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia y de las cuales haya quedado constancia en las Condiciones Particulares.

h) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio objetivamente riesgosa, que hayan sido declaradas por el asegurado y que las partes hayan acordado excluir de la cobertura, al no aceptar el contratante un recargo en las primas, o que no haya sido declarado por el asegurado al momento de contratar la presente Póliza o durante su vigencia. En el primer caso, deberá dejarse constancia de las exclusiones en las Condiciones Particulares de la póliza.

i) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.

j) Riesgos nucleares o atómicos o contaminación radioactiva.

k) Que el asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

l) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

m) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

n) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo.

o) Infecciones bacterianas.

p) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico de la Universidad de Chile, o del servicio que en el futuro lo reemplace.

q) Lesiones preexistentes, sus consecuencias y complicaciones. Se entenderá por lesiones preexistentes aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado con anterioridad a la fecha de contratación de la cobertura que otorga esta póliza. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión la compañía deberá consultar al asegurado acerca de todas aquellas enfermedades o situaciones que puedan importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el asegurado.

Gastos no cubiertos:

r) Remedios, medicamentos, órtesis y prótesis.

s) La atención particular de enfermería.

t) Los traslados del asegurado por una distancia terrestre mayor a 50 kilómetros.

u) Traslados aéreos.

v) Hospitalización para fines de reposo.

w) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa que provenga.

x) La atención dental en general.

ARTICULO 6°: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La Compañía cubrirá los accidentes que afecten al asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el Artículo N° 5 letras g), h) y l), cuando estos hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la Compañía con el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza. ARTICULO 7°:

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Conforme dispone el artículo 524 del Código de Comercio, el asegurado estará obligado a:

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

b) Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;

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

d) Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;

e) No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que agraven sustancialmente el riesgo.

f) En caso de siniestro, tomar todas las providencias necesarias para salvar la cosa asegurada o para

conservar sus restos;

g) Notificar al asegurador la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro;

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

i) Las demás obligaciones contempladas en la póliza.

ARTICULO Nº 8º: AGRAVACION DEL RIESGO

De conformidad al artículo 526 del Código de Comercio, 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.

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 30 días a contar del momento en que hubiere tomado conocimiento de la agravación de los riesgos, deberá comunicar al asegurado su decisión de rescindir 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 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá dar por rescindido el contrato. 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 declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el primer párrafo de este artículo, 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 párrafos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al asegurado, la proporción de prima correspondiente al periodo en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

ARTÍCULO 9º: BENEFICIARIOS

Se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio asegurado para las coberturas adicionales de los planes; B, C y D. En caso de fallecimiento de éste se tendrá como beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres estén indicados con tal carácter en las Condiciones Particulares de esta póliza. El asegurado podrá instituir como beneficiario a cualquier persona. Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario establecida en las Condiciones Particulares. Si no se designa a una persona determinada, se entenderá que instituye como tal a sus herederos. La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en el testamento. La compañía aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado por escrito con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

El asegurado podrá revocar la designación de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que hubiese renunciado a esta facultad por escrito, de la cual deberá dejarse constancia en las Condiciones Particulares de la póliza. Cuando la designación se hubiere hecho en calidad de irrevocable, para cambiar al beneficiario designado en tal carácter, se deberá contar con su consentimiento.

ARTICULO 10º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. La veracidad de las declaraciones hechas por los asegurados en la propuesta o solicitud de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información solicitada por la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el asegurado no fueron determinantes del riesgo asegurado, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el contratante rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la

misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, el asegurador 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.

ARTICULO 11º: REAJUSTE DE VALORES

El capital asegurado y el monto de las primas correspondiente a esta póliza, se expresarán en Unidades de Fomento o en otras unidades reajustables aprobadas por la Comisión para el Mercado Financiero. El valor de las referidas unidades que deberá considerarse para el pago de las primas o indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas de esta póliza.

ARTICULO 12º: PRIMAS Y EFECTO DE NO PAGO DE PRIMA

a) Pago de Primas: El pago de las primas se hará en la oficina principal del asegurador o en los lugares que éste designe, dentro de los plazos estipulados para el efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

b) Plazo de Gracia: Efectuado el pago de la primera prima inicial de la póliza, el asegurador concede un plazo de gracia de 30 días o aquél que se establezca en las condiciones particulares, para el pago de las primas siguientes, cualquiera sea la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

c) Término del Contrato por Falta de Pago de Prima: Si al vencimiento del plazo de gracia antes señalado, el asegurado no ha pagado la prima, se producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 días contados 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. Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna. Todo ello en conformidad al artículo 528 del Código de Comercio.

ARTICULO 13º: CONDICIONES DE RENOVACION

Esta póliza puede ser renovada con el consentimiento de la compañía, al término de cada período de cobertura, mediante el pago por adelantado de la prima especificada por la compañía, siendo dicha prima calculada a la tasa que ésta tuviere en vigencia al momento de la renovación y según lo establecido en las Condiciones Particulares y hasta una edad máxima del asegurado según se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. ARTÍCULO 14º: DENUNCIA DE SINIESTRO El asegurado o sus beneficiarios, en su caso, deberán dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de este. Para los beneficiarios, este plazo correrá desde que toman conocimiento del accidente.

Asimismo, deberá presentar a la Compañía los antecedentes relativos al siniestro dentro de los sesenta (60) días contados desde igual fecha. En el caso de fallecimiento como consecuencia directa e inmediata de un accidente se deberá acompañar:

a) Certificado de Defunción del Asegurado;

b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado;

c) Copia del parte policial;

d) Otros antecedentes tales como, informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado.

Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago de los beneficios que correspondan, la Compañía Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios para acreditarlo.

El incumplimiento o presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta póliza, y que digan relación con el riesgo cubierto bajo esta, hará perder los derechos del asegurado o beneficiarios, liberando a la Compañía del pago de la indemnización que habría correspondido. Lo anterior no será aplicable cuando el asegurado acredite fehacientemente la imposibilidad de haber dado cumplimiento a las obligaciones ya señaladas, por caso fortuito o fuerza mayor.

El asegurado, deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efectos de que esta pueda determinar y verificar las lesiones originadas en el accidente o el grado de invalidez y efectividad de las lesiones originadas en el accidente. El costo será de cargo de la compañía aseguradora.

ARTICULO 15°: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

La Compañía determinará en un plazo máximo de 30 días si se ha producido la invalidez a causa de un accidente de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la invalidez sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos

por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la compañía aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la invalidez del asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y 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, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha invalidez.

La Junta Médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la compañía aseguradora.

La declaración de invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, solo tendrá para la Compañía y para la Junta Médica un valor meramente informativo.

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

Si procede el pago de la indemnización, se devolverán las primas pagadas desde el mes siguiente a la notificación de la invalidez a la compañía aseguradora.

ARTICULO 16º: TERMINACIÓN ANTICIPADA

En conformidad al artículo 537 del Código de Comercio, las partes podrán convenir que el asegurador pueda poner término anticipadamente al contrato, con expresión de las causas que lo justifiquen, salvo las excepciones legales, en cuyo caso devolverá al asegurado la prima efectivamente pagada y no devengada correspondiente al tiempo que falta por transcurrir desde la fecha en que opera la terminación del contrato.

En todo caso, la terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador, pero en este caso la compañía le devolverá la prima no devengada.

ARTICULO 17º: REHABILITACION DE LA POLIZA

En caso que a la póliza se le haya puesto término anticipado, el contratante podrá solicitar su rehabilitación dentro del plazo de 1 año, o el plazo establecido en las condiciones particulares en caso de ser distinto, contado desde la fecha de la terminación anticipada. Para resolver sobre esta petición, el asegurador podrá exigir del asegurado que acredite, a su satisfacción, que reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal, debiendo pagar la diferencia que corresponda y los gastos que origine la rehabilitación.

ARTICULO 18º: IMPUESTOS Los impuestos que en el futuro se establezcan sobre las primas, intereses, capitales asegurados o sobre cualquier otra base y que afecten al presente contrato serán de cargo del contratante, del beneficiario o herederos según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo del asegurador.

ARTÍCULO 19º: 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 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.

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

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o los Asegurados, según corresponda, podrán, por sí solos y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la Compañía Aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931, o en la disposición equivalente que se encuentre vigente a la fecha en que se presente la solicitud de arbitraje.

ARTÍCULO 20º: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al contratante o el asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico o a través de cualquier sistema de transmisión o registro digital de la palabra escrita o verbal indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de tales medios de comunicación o se opusiere a estas formas de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación antes señalada, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado o contratante, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse estas vías de comunicación o de recibir una constancia de que dicho correo o comunicación no fue enviado o recibido exitosamente, deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico o por los sistemas de transmisión antes señalados, se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones

hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.