

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE MÉDICOS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL120131627

ARTÍCULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

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

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza, se entenderá por definiciones las establecidas en el Art. 513 del Código de Comercio y donde quiera que aparezcan los siguientes términos en esta póliza, se entenderá por:

2.1 Acto Médico: Conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a terceros por el Asegurado y/o sus empleados en calidad de técnicos y/o auxiliares para las especialidades de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o Anexos.

Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.

2.2 Acto Medico Negligente: Significa cualquier Acto Médico u omisión, real o supuesto, que implique falta de mesura, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los Servicios Médicos Profesionales prestados por el Asegurado.

2.3 Asegurado: Significa:

a) Empresa o institución Contratante del seguro en su calidad de Prestador de Servicios Médicos Profesionales con licencia reconocida por la respectiva autoridad competente para la prestación de los mismos.

Por virtud de la presente Póliza, se considerarán cubiertos en su calidad de Prestador de Servicios Médicos Profesionales a los médicos, odontólogos, enfermeros, técnicos y auxiliares para las especialidades de la salud debidamente autorizados y con una relación de dependencia laboral con el Asegurado, exclusivamente cuando presten Servicios Médicos Profesionales en nombre del Asegurado.

b) Persona física Contratante del seguro en su calidad de Prestador de Servicios Médicos Profesionales con

autorización emitida por la respectiva autoridad competente para desempeñar la especialidad objeto del presente Contrato de Seguro debidamente especificada en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o Anexos.

Por virtud de la presente Póliza, se considerarán cubiertos en su calidad de Prestador de Servicios Médicos Profesionales a los médicos auxiliares, enfermeros, técnicos y auxiliares para las especialidades de la salud debidamente autorizados, exclusivamente cuando presten Servicios Médicos Profesionales en asistencia y bajo la supervisión del Asegurado. Se excluyen absolutamente los servicios médicos profesionales prestados por anestesiólogo o relacionados con la aplicación y administración de cualquier tipo de anestesia al paciente.

2.4 Aseguradora: La Compañía de seguros que asume el riesgo.

2.5 Contaminantes: Significa cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, los cuales, de manera enunciativa pero no limitativa pueden llegar a ser humo, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

2.6 Contratante: Significa la persona física o moral señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza señalada como tal.

2.7 Daño Corporal: Significa cualquier lesión, enfermedad mental, trastorno emocional, herida corporal, ansiedad, tensión mental, sufrimiento emocional (fuera o no resultante de la lesión) y/o hasta muerte de una persona causada por el Asegurado al Paciente como consecuencia de un Acto Médico Negligente.

2.8 Fecha de Retroactividad: Significa la fecha especificada en las Condiciones Particulares de la Póliza partir de la cual se otorga cobertura al Asegurado bajo los términos de esta Póliza. En caso de no estar especificada, será la misma fecha de Reconocimiento de Antigüedad.

2.9 Gastos de Defensa: Significa cualquier retribución económica por servicios profesionales brindados por abogados, peritos y demás profesionales contratados por la Aseguradora que intervengan en la defensa del Asegurado ante una Reclamación, así como las costas y gastos del Proceso Legal, incluyendo fianzas o cauciones judiciales que fehacientemente hayan sido aprobados por la Aseguradora previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una Reclamación iniciada contra el Asegurado, estos no incluirán salarios ni gasto alguno de directores, ejecutivos o empleados del Asegurado.

2.10 Indemnización: Significa cualquier suma de dinero, compensación o monto compensatorio que el Asegurado esté legalmente obligado a pagar como consecuencia de una Reclamación y establecida en una sentencia ejecutoriada, o de transacción judicial o extrajudicial celebrada por el asegurado con consentimiento del Asegurador. Se incluye dentro de la Indemnización todos los acuerdos y/o convenios judiciales o extrajudiciales suscritos por el Asegurado o su representante legal, mismos que tienen que ser negociados y acordados previamente por la Aseguradora.

Indemnización no comprende:

- I. Las cauciones, multas y sanciones pecuniarias de cualquier tipo (salvo la exclusión 4.1).
- II. Daños punitivos.
- III. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los Asegurados por sus acreedores.

IV. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes Chilenas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.

V. El importe de las cauciones que deba rendir el asegurado.

2.1 Paciente: Significa la persona física que recibe atención mediante la prestación de Servicios Médicos Profesionales por parte de un Asegurado.

2.2 Pérdida: Significa el pago de forma conjunta o por separado y de manera indistinta, ya sea de una Indemnización y/o de los Gastos de Defensa.

2.3 Póliza: Es el presente Contrato de Seguro, entiéndase el documento debidamente suscrito por el Contratante y la Aseguradora en el que constan los derechos y obligaciones de los signatarios.

Forman parte de la Póliza todos aquellos documentos necesarios para su expedición, así como los Anexos y Endosos posteriores a la firma del documento.

2.4 Prestador de Servicios Médicos Profesionales: Significa la persona que a la fecha del Acto Médico Negligente cuenta con los títulos profesionales y/o técnicos expedidos por autoridad competente conforme a la normatividad en vigor necesarios para la prestación de Servicios Médicos y que de acuerdo a la legislación vigente sean necesarios para ejercer dicha actividad, los cuales deberán encontrarse debidamente vigentes y no haber sido revocados por autoridad alguna.

2.15 Proceso Legal: Significa cualquier procedimiento civil, penal, arbitral y/o administrativo iniciado y/o presentado por el Paciente, sus familiares, tutores o representantes legales en los Juzgados, Tribunales y/o Cortes que conocen de estos procesos y que se inicien y/o presenten en contra del Asegurado alegando un Acto Médico Negligente.

2.16 Prórroga para Notificaciones: Significa el periodo de tiempo con extensión de cobertura que se otorga de acuerdo a la Cláusula 14° de la presente Póliza.

2.17 Reclamación: Significa:

I. Toda demanda o procedimiento instaurado por el Paciente, sus familiares y/o su representante legal en contra del Asegurado, ya sea por la vía civil, penal, arbitral para obtener una Indemnización y/o la reparación de un daño en forma patrimonial sufrido por el Paciente y originado por un Acto Médico Negligente.

II. Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del Asegurado que pretenda la declaración por parte de una autoridad competente de que el Asegurado es responsable de un Daño Corporal causado a un Paciente como resultado o derivado de un Acto Médico Negligente.

III. Cualquier procedimiento o investigación administrativa o judicial relacionada con un Acto Médico Negligente del Asegurado cuando sea alegado por un Paciente y sujeto a lo establecido en esta Póliza.

Los tres puntos que anteceden se considerarán Reclamaciones siempre y cuando estén relacionadas con una Pérdida cubierta bajo la presente Póliza.

2.18 Reconocimiento de Antigüedad: Significa la fecha especificada en las Condiciones Particulares de la Póliza y que constituye el momento a partir del cual el Asegurado ha mantenido cobertura con la Aseguradora bajo los términos de esta Póliza.

2.19 Servicios Médicos Profesionales: Significa únicamente aquellos Actos Médicos cuya especialidad esté especificada e informada previamente en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o Anexos y que el

Asegurado preste a terceros y en cuya prestación el Asegurado reciba un pago por honorarios y/o por nómina, o bien, cuando actué en cumplimiento de su deber de prestar asistencia médica en casos de notoria urgencia.

2.20 Vigencia de la Póliza: Significa el espacio de tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza y la terminación, expiración o revocación de esta Póliza.

Para efectos de esta póliza, todas las palabras y conceptos específicamente definidos al final de la misma deben ser entendidas de acuerdo con su definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo al texto que los acompaña.

Con base en las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente completado por el Contratante, el cual forma parte de ésta póliza, y sujeto a las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la póliza, la Compañía de Seguros otorgará cobertura en los términos que a continuación se señalan.

ARTÍCULO 3º: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

COBERTURA BÁSICA: COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE MÉDICOS

Por la presente Póliza, la Aseguradora pagará, en exceso del deducible, y hasta la suma asegurada contratada, la Indemnización y los Gastos de Defensa provenientes de una Reclamación presentada por primera vez en contra del Asegurado y derivada de un Acto Médico Negligente en la prestación de sus Servicios Médicos Profesionales, durante la Vigencia de la Póliza y/o durante la Prórroga para Notificaciones, en caso en que esta última sea contratada por el Asegurado.

Los Actos Médicos Negligentes deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la Fecha de Retroactividad especificada en las Condiciones Particulares de la Póliza y hasta el fin de la Vigencia de la Póliza.

En adición a lo establecido en el párrafo anterior, la Póliza amparará hasta por el Límite de Responsabilidad señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza y sujeto a los términos y condiciones de esta Póliza, lo siguiente:

Herederos legales:

En el caso de fallecimiento, incapacidad o insolvencia de cualquier persona física considerada como Asegurado, la presente Póliza se extenderá a cubrir la Pérdida proveniente de una Reclamación interpuesta contra la masa hereditaria, herederos o representantes legales del Asegurado por causa de un Acto Médico Negligente en la prestación de sus Servicios Médicos Profesionales de acuerdo a las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente Póliza.

Cónyuges:

La cobertura se extiende a cubrir al cónyuge de cualquier persona física considerada Asegurado, cuando su cónyuge deba asumir la Pérdida derivada de una Reclamación basada en un Acto Médico Negligente

cometido por el Asegurado en la prestación de sus Servicios Médicos Profesionales y que, como consecuencia, se pretenda obtener Indemnización del patrimonio de los cónyuges. Lo anterior de acuerdo a las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente Póliza.

Gastos legales incurridos en una investigación iniciada contra los Asegurados:

La definición de Gastos de Defensa se extiende a cubrir, hasta el límite de responsabilidad señalado en las Condiciones Particulares, los gastos y honorarios que se generen en la defensa legal del Asegurado y en la comparecencia de los Asegurados en cualquier procedimiento administrativo o investigación formal relacionada con un Acto Médico Negligente de los Asegurados en la prestación de sus Servicios Médicos Profesionales.

Responsabilidad Civil por Productos Suministrados y Uso de Instrumentos Médicos:

La presente Póliza se extiende a cubrir las responsabilidades derivadas del suministro, prescripción o administración de medicamentos o provisiones médicas o dentales así como el uso de instrumentos propios de la Medicina cuando el Asegurado los utilice y/o suministre en el desempeño de sus Servicios Médicos Profesionales especificados en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o Anexos. La presente Extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del Asegurado en el uso de dichas herramientas médicas, en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas en conexión directa con los Servicios Médicos Profesionales que preste.

La presente Extensión no cubrirá, de ninguna manera y en ningún caso, pérdidas originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente al diseño o manufactura de bienes o productos vendidos, proporcionados o distribuidos por el ASEGURADO o por otro bajo su permiso o mediante licencia otorgada por el ASEGURADO.

Médico suplente:

Se cubre la prestación de Servicios Médicos Profesionales de la misma especialidad que el Asegurado haya declarado a la Aseguradora en el Formulario de Solicitud de Seguro y que facilite en sustitución del Asegurado, un Prestador de Servicios Médicos Profesionales distinto por un tiempo provisional determinado, siempre y cuando la Aseguradora cuente con prueba fehaciente de que la prestación de los Servicios Médicos Profesionales en sustitución se hayan realizado por designación previa y libre del Asegurado.

Para dicho Prestador de Servicios Médicos Profesionales suplente aplicarán todos los términos y condiciones de la presente Póliza.

Empleados no profesionales:

Se cubrirán, hasta por el total de Límite de Responsabilidad, las Reclamaciones derivadas de las actividades realizadas por las personas físicas independientes y no profesionales contratadas por el Asegurado, siempre y cuando medie una prueba fehaciente de que la contratación se realizó antes de que se haya causado el daño. Esta Extensión de Cobertura aplica exclusivamente cuando los empleados no profesionales desarrollen labores directamente relacionadas con los Servicios Médicos Profesionales que presta el Asegurado cuando no constituyan en sí mismas Actos Médicos y cuando dichos servicios sean realizados en nombre, por orden y bajo la supervisión directa del Asegurado.

Se entiende que solamente un profesional o persona debidamente autorizada por autoridad competente podrá realizar un Acto Médico, sin embargo, les aplicarán a los empleados no profesionales todos los términos, condiciones y Exclusiones de la presente Póliza, con excepción de la Exclusión 4.15.

Periodo Extendido para Notificaciones en caso de Discapacidad o Muerte

De acuerdo a las disposiciones de la Cláusula 14° de esta Póliza, se otorgará, previo acuerdo de la Aseguradora, sin prima adicional y por tiempo a ser convenido, una Prórroga para Notificaciones en los casos en que el Asegurado muera o sufra algún accidente o enfermedad imprevista y ajena a su voluntad y por la cuál se vea imposibilitado permanentemente a prestar sus Servicios Médicos Profesionales.

La presente Extensión de Cobertura será efectiva siempre y cuando el Asegurado cuente con su cédula profesional o licencia vigentes al momento de la muerte o cuando el hecho generador del accidente o enfermedad ocurra y sea reportado a la Aseguradora.

Para que la presente Extensión de Cobertura opere, la incapacidad total y permanente del Prestador de Servicios Médicos Profesionales deberá de ser evaluada y calificada por el o los médicos que la Aseguradora determine y quienes deberán de emitir un reporte o informe al respecto. En caso de deceso del Asegurado, se deberá presentar a la Aseguradora de manera fehaciente, el certificado de defunción emitido por autoridad competente.

ARTÍCULO 4° EXCLUSIONES

La ASEGURADORA no será responsable de pagar PÉRDIDAS causadas por RECLAMACIÓN alguna originada por, en conexión con o de cualquier manera relacionada con:

4.1 Mala fe, dolo y/o retribuciones improcedentes:

I. PÉRDIDAS derivadas de acciones u omisiones deliberadamente dolosas, de mala fe o fraudulentas establecidas así por la legislación y práctica común aplicable.

Esta Exclusión solamente surtirá efectos cuando la responsabilidad por dolo, mala fe o fraude a la que se refiere este inciso, se establezca en sentencia, resolución en firme u otra similar. En el caso en que el ASEGURADO sea responsable por dolo, mala fe o fraude deberá proceder a rembolsar en un plazo no mayor a quince (15) días la PÉRDIDA incurrida por ello a la ASEGURADORA, de conformidad con lo dispuesto en las Condiciones Particulares de esta PÓLIZA.

Queda entendido que la conducta reclamada a un ASEGURADO no debe ser reclamada a otro ASEGURADO.

II. La obtención por cualquier ASEGURADO de cualquier beneficio, remuneración, lucro, provecho indebido o ventaja personal, actos ilícitos, deshonestos o cualquier otro similar a los que no tuviera derecho.

4.2 Cauciones, Multas y sanciones:

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a multas o sanciones pecuniarias o administrativas de cualquier naturaleza impuestas a los ASEGURADOS, incluyendo las costas de defensa jurídica directa y exclusivamente relacionadas con las mismas y con otras obligaciones económicas relacionadas, salvo aquellas costas de defensa derivadas de la INDEMNIZACIÓN de un perjuicio causado a un tercero y amparado por esta PÓLIZA. Tampoco se cubrirá el importe de las cauciones que deba rendir el asegurado.

Se cubrirán las multas y sanciones ocasionadas a un tercero por un ACTO MÉDICO NEGLIGENTE del ASEGURADO cuando las mismas no se relacionen con actos dolosos o fraudulentos.

4.3 Circunstancias, juicios y seguros anteriores:

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a litigios interpuestos y/o hechos, circunstancias o situaciones conocidas o que razonablemente debió de haber conocido el ASEGURADO con anterioridad a la fecha de RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD a que se refiere esta PÓLIZA, o que tengan como base o de cualquier manera sean atribuibles a los mismos hechos, o esencialmente los mismos hechos, que hubiesen sido alegados en dichos litigios, aún cuando hayan sido iniciados contra terceros y o que hubiesen estado relacionados con cualquier RECLAMACIÓN que haya sido reportada anteriormente, o cualquier circunstancia de las cuales se haya dado aviso, bajo cualquier contrato de seguro o póliza de la cual, la presente PÓLIZA sea una renovación o reemplazo o a la póliza o contrato que pueda eventualmente reemplazar.

4.4 Asegurado contra Asegurado:

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, a RECLAMACIONES presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier otro ASEGURADO amparado bajo esta PÓLIZA.

Queda estipulado que la presente Exclusión no aplica cuando el afectado estuviere en la condición de PACIENTE.

4.5 Responsabilidades Patronales:

I. PÉRDIDAS derivadas como consecuencia de las obligaciones del ASEGURADO como patrón frente a sus trabajadores y que se desprendan de su relación netamente laboral, quedando por ello excluida cualquier responsabilidad patronal cuando no sea derivada directamente, ya sea de un ACTO MÉDICO o de la prestación de un SERVICIO MÉDICO PROFESIONAL.

II. PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a la violación de cualquier disposición legal que imponga obligaciones a cargo del CONTRATANTE.

4.6 Garantías de resultados:

Las obligaciones que conlleven o se deriven del ofrecimiento al PACIENTE, por escrito o no, de la garantía de un determinado resultado de un ACTO MÉDICO específico o las RECLAMACIONES resultantes del incumplimiento de obligaciones de resultado.

4.7 Directores y administradores:

La responsabilidad del ASEGURADO como propietario, director, administrador o funcionario del hospital, sanatorio, clínica con facilidades de instalaciones de comida y ropa de cama, hogar de ancianos, centros de cirugía ambulatoria, laboratorio, organización de cuidados para la salud, proveedores exclusivos de la organización, otras entidades de atención a la salud u otras empresas comerciales.

4.8 Contaminación ambiental:

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a:

I. Cualquier amenaza, real o supuesta, de descarga, dispersión, filtración, migración, liberación o escape de CONTAMINANTES en cualquier ocasión; y/o

II. Cualquier requerimiento, demanda, notificación u orden recibida por un ASEGURADO para monitorear, limpiar, remover, contener, tratar, neutralizar o de cualquier forma responder a/o calcular los efectos de los CONTAMINANTES incluyendo pero no limitando a cualquier RECLAMACIÓN, juicio o procedimiento por o en nombre de una autoridad gubernamental, una parte potencialmente responsable o cualquier otra persona

física o entidad por daños debidos a pruebas, monitoreo, limpieza, remoción, contención, tratamiento, desintoxicación o neutralización de los efectos de los CONTAMINANTES.

4.9 Asbestos:

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a asbestos o a cualquier DAÑO CORPORAL o daño material causado por asbestos o presunto acto, error, omisión u obligación que involucre asbestos, su uso, exposición, presencia, existencia, detección, remoción, eliminación o uso en cualquier ambiente, construcción o estructura incluyendo la fabricación, elaboración, transformación, montaje, venta o uso de amianto o de cualquier producto que pueda contenerlo.

4.10 Reacción nuclear:

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente, a los efectos de explosión, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutación de núcleos de átomos de radioactividad, así como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, así como cualquier instrucción o petición para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

Esta Exclusión no aplica en los casos en los que la energía nuclear sea utilizada únicamente para fines terapéuticos o de diagnóstico en las instalaciones y bajo la supervisión directa del ASEGURADO, siempre y cuando se lleve a cabo con las medidas necesarias para su aplicación.

4.11 Influencia de tóxicos:

INDEMNIZACIONES originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente, a los DAÑOS CORPORALES causados por el ASEGURADO cuando éste último actúe o haya actuado bajo la influencia de tóxicos, intoxicantes, narcóticos, alcaloides o alcohol que haya sido o no inducido por un tercero. Si se prueba que la responsabilidad se generó por el consumo de cualquiera de los agentes mencionados, el ASEGURADO deberá proceder a rembolsar en un plazo no mayor a quince (15) días la PÉRDIDA incurrida por ello a la ASEGURADORA, de conformidad con las Disposiciones Particulares de esta PÓLIZA.

4.12 Honorarios:

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a reclamos motivados en la liquidación, cobro y facturación de honorarios profesionales a un PACIENTE, que no sean los especificados en las Condiciones Particulares de la PÓLIZA.

4.13 Abuso:

PÉRDIDA originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a el abuso físico, amenaza, acoso sexual, comportamiento sexual inmoral donde se tenga o no la intención de culminar en, o que culminase en cualquier acto sexual ya sea causado por instigación del ASEGURADO y/o si fue causado por un acto u omisión del ASEGURADO, los empleados del ASEGURADO, o cualquier persona por cuyos actos el ASEGURADO sea legalmente responsable.

4.14 Responsabilidades Solidarias:

La Responsabilidad Civil que solidaria o exactamente subsidiaria sea atribuida a otros médicos, técnicos, auxiliares, hospitales, clínicas o instituciones de salud similares.

Así como cualquier tipo de responsabilidades atribuidas a los fabricantes de remedios o equipos médicos para la prestación de servicios.

4.15 Falta de Autorización:

Cuando el ASEGURADO preste sus SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES al momento de que su cédula profesional, licencia o permiso para desempeñarlos haya sido suspendida, cancelada o revocada por autoridad competente, o bien cuando ésta haya expirado.

4.16 Exclusiones específicas:

Se excluye, salvo pacto en contrario, a solicitud del ASEGURADO y con la aceptación explícita de la ASEGURADORA las RECLAMACIONES derivadas de o relacionadas con cualquiera de los siguientes riesgos:

I. ACTOS MÉDICOS practicados con técnicas, medicamentos y/o equipamientos no reconocidos por la ciencia médica y/o organismos competentes así como los ACTOS MÉDICOS en los que se involucren técnicas experimentales y/o no autorizadas, incluyendo pruebas clínicas;

II. DAÑOS CORPORALES derivados del uso de sangre o derivados de la sangre;

III. DAÑOS CORPORALES relacionados con el transporte de PACIENTES en ambulancias o aeronaves; y/o

IV. Tratamiento domiciliario.

ARTÍCULO 5º: LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El Límite de Responsabilidad establecido en las Condiciones Particulares, es el límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora con relación a todas las Pérdidas a consecuencia de todas las Reclamaciones cubiertas por esta Póliza, independientemente de la cantidad de Asegurados, Reclamaciones hechas o personas o entidades que efectúen tales Reclamaciones.

La Aseguradora no estará obligada, en ningún caso, a pagar Pérdidas que excedan el Límite de Responsabilidad aplicable, una vez que éste haya sido agotado por el pago de Indemnización y/o Gastos de Defensa.

Todas las Reclamaciones derivadas del mismo Acto Médico Negligente se considerarán como una sola Reclamación, la cual estará sujeta a un único Límite de Responsabilidad por Reclamación establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Dicha Reclamación se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las Reclamaciones haya sido presentada, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio de la Vigencia de la Póliza pero después de la Fecha de Retroactividad. En consecuencia, constituirá una sola y única Pérdida la serie de actos originados de una misma Reclamación, con independencia del número de reclamantes y Reclamaciones formuladas. La responsabilidad máxima de la Aseguradora con dicha Pérdida, incluyendo los Gastos de Defensa, no excederá del Límite de Responsabilidad por evento establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 6º DEDUCIBLE

La Aseguradora será exclusivamente responsable de pagar la Pérdida en exceso del deducible establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. El Deducible estará desprovisto de cobertura bajo la Póliza y

en consecuencia, será retenido por la Aseguradora.

Se aplicará un sólo deducible a la Pérdida originada en Reclamaciones en las que se alegue los mismos o similares Actos Médicos Negligentes.

ARTÍCULO 7º: 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, cargas o deberes que contemple la Ley, este condicionado general, cláusulas adicionales y condiciones particulares que correspondan.
 5. 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.
 6. Cumplir con las obligaciones relativas a las notificaciones de reclamos que se señalan en la cláusula 11º.
- 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.

ARTÍCULO 8º: AGRAVACIÓN O ALTERACIÓN DEL RIESGO

En materia de agravación de riesgos asegurados, este contrato se regirá por lo señalado en el Artículo 526 del Código de Comercio. Para efectos de esta póliza, se presume que el asegurado conoce las agravaciones de riesgo que provienen de hechos ocurridos con su directa participación.

ARTÍCULO 9º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la materia asegurada y apreciar la extensión de los riesgos en los cuestionarios o formularios de contratación que disponga el Asegurador para estos fines.

ARTÍCULO 10º: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al Asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si el obligado al pago incurre en mora o simple retardo en el pago del todo o parte de la prima, reajustes o intereses, el asegurador podrá declarar terminado el contrato mediante el envío de una comunicación dirigida al contratante y/o asegurado. El envío de la comunicación se realizará mediante el sistema señalado en esta póliza.

El término del contrato operará al vencimiento del plazo de 15 días corridos, contados desde la fecha del envío de la comunicación, y dará derecho al asegurador para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato, a menos que antes de producirse el vencimiento del plazo señalado, sea pagada toda la parte de la prima, reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, y de sus reajustes o intereses, o de haber desistido de la terminación, no significará que la compañía aseguradora renuncia a su derecho a

poner nuevamente en práctica el mecanismo de la terminación pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

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

ARTÍCULO 11º: DENUNCIA DE SINIESTROS

Notificación de Reclamaciones

El Asegurado, deberá avisar lo más pronto posible a la Aseguradora acerca de la presentación de cualquier Reclamación judicial o extrajudicial que haya recibido o sepa que puede llegar a recibir, así como de cualquier circunstancia que pueda dar lugar a una Pérdida a cargo del Asegurado, o a más tardar dentro de los cinco (5) días corridos siguientes, contados desde la fecha que los haya conocido o debido conocer. De lo contrario, la Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

El Asegurado deberá tomar todas las medidas necesarias para colaborar en tanto sea necesario con la Aseguradora en la prestación de una defensa adecuada de sus intereses, sujeto a lo dispuesto en la Cláusula 12º "Gastos y Costas Legales y Defensa Legal de la Reclamación", y deberá mantener a la Aseguradora permanentemente informada sobre el desarrollo de la Reclamación en su contra y cooperar con ella en todo momento.

Si debido al incumplimiento de esta obligación se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la Reclamación, la Aseguradora podrá reclamar al Asegurado los daños y perjuicios que la Aseguradora hubiere erogado con motivo de la defensa de la Reclamación en proporción a la culpa de los mismos y al perjuicio sufrido.

Si el incumplimiento del Asegurado se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o de engañar a la Aseguradora o si se obrase dolosamente con los reclamantes o con los afectados, la Aseguradora quedará liberada de toda responsabilidad bajo la Póliza.

Notificación de Reclamaciones Potenciales

Si durante la Vigencia de la Póliza o durante la Prórroga para Notificaciones, en caso en que esta última sea contratada, el Asegurado tuviere conocimiento de cualquier Acto Médico que pueda razonablemente dar origen a una Reclamación cubierta por esta Póliza, deberá dar notificación fehaciente y por escrito de ello a la Aseguradora mencionando todos los detalles que razonablemente conozca o deba conocer, los que de manera enunciativa pero no limitativa puedan llegar a ser:

I. El Acto Médico Negligente alegado durante la prestación de los Servicios Médicos Profesionales;

II. Las fechas y personas involucradas;

III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes; y

IV. Las circunstancias por las cuales el Asegurado tuvo conocimiento por primera vez de la posible Reclamación.

Cumplidos estos requisitos, cualquier Reclamación posteriormente efectuada contra el Asegurado y proveniente de dicho Acto Médico Negligente, que haya sido debidamente reportado a la Aseguradora, será considerada como efectuada en la Vigencia de la Póliza.

Asistencia y Cooperación

El Asegurado cooperará con la Aseguradora y le suministrará toda la información y asistencia que la Aseguradora pueda razonablemente requerir, las que de manera enunciativa pero no limitativa pueden llegar a ser, el expediente médico y toda la información clínica que el Asegurado pudiera tener en su poder o señalar en donde se encuentra, así como la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos; asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y colaborando en la defensa de cualquier Reclamación cubierta por esta Póliza y en general deberá cooperar con la Aseguradora en todo aquello que esté a su alcance. El Asegurado no hará nada que pueda llegar a perjudicar la posición de la Aseguradora.

Obligaciones del Asegurado

Una vez conocida la Reclamación y/o la Pérdida, el Asegurado deberá suministrar a la Aseguradora la información, documentos y pruebas necesarias para demostrar la Reclamación y la cuantía de la Pérdida, según lo exigido por la Ley. La Aseguradora, mediante esta Póliza, solicita al Asegurado que adjunte al reclamo formal todos los documentos, comprobantes contables y facturas, entre otros, que le permitan establecer la ocurrencia de la Reclamación.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Aseguradora llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, la Aseguradora deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Aseguradora y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la Aseguradora deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Toda notificación de Reclamación se tendrá como realizada a la Aseguradora y surtirá sus efectos legales en la fecha en que sea recibida fehacientemente por la Aseguradora.

Las notificaciones deberán contener una descripción detallada de la naturaleza del Acto Médico Negligente, la identidad del Asegurado involucrado, la identidad del perjudicado así como los perjuicios y daños que se hubiere podido causar.

El Asegurado no podrá admitir su responsabilidad ni celebrar convenio alguno, ni incurrir en Gastos de Defensa sin el consentimiento escrito y fehaciente de la Aseguradora quien tendrá el derecho exclusivo del manejo de la defensa o liquidación del reclamo.

ARTÍCULO 12°: GASTOS Y COSTAS LEGALES Y DEFENSA LEGAL DE LA RECLAMACIÓN

Será obligación exclusiva de la Aseguradora asumir la defensa de la Reclamación hasta las últimas consecuencias; dicha defensa incluye de manera enunciativa pero no limitativa la contratación de los abogados, peritos y demás elementos que sirvan para la buena defensa de la Reclamación.

La Aseguradora podrá investigar cualquier Reclamación, Acto Médico Negligente que involucre al Asegurado y tendrá el derecho de intervenir en la defensa y transacción de la Reclamación, de la manera que lo estime conveniente.

El Asegurado se abstendrá de incurrir en Gastos de Defensa, admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir o realizar oferta alguna en relación con la Reclamación, sin haber recibido previo y fehaciente consentimiento por escrito de la Aseguradora. La Aseguradora no será responsable de asumir Gastos de Defensa que no hayan sido incurridos en la defensa de una Reclamación originada de un Acto Médico Negligente.

Si se llegare a determinar que los Gastos de Defensa no están cubiertos por esta Póliza, el Asegurado

deberá rembolsar la integridad de los mismos a la Aseguradora en un plazo no mayor a quince (15) días.

El / los Asegurado(s) y el Contratante, están obligados a entregar toda la información y a cooperar con la Aseguradora en la defensa de la Reclamación, en la medida en que la Aseguradora lo requiera, y se abstendrán de realizar acto alguno que perjudique la posición de la Aseguradora o sus derechos de subrogación.

ARTÍCULO 13º: DISTRIBUCIÓN

En el evento en que una Reclamación de lugar a una Pérdida cubierta por esta Póliza y a una Pérdida no cubierta por la Póliza, el Asegurado y la Aseguradora distribuirán dicha Pérdida proporcionalmente a la responsabilidad de cada una en el riesgo, no correspondiéndole a la aseguradora responsabilidad alguna por la Pérdida no cubierta por esta Póliza .

Una vez acordada o determinada la Distribución de las Pérdidas, estas serán aplicadas de manera retroactiva a todas las ya incurridas en relación con dicha Reclamación, sin perjuicio de cualquier anticipo previo que haya sido efectuado, la Aseguradora suministrará las Pérdidas por el valor acordado.

Si el Asegurado y la Aseguradora no lograren llegar a un acuerdo en relación con las Pérdidas que deben ser desembolsadas para la atención de dicha Reclamación, la Aseguradora suministrará, aquellas que considere razonablemente y necesariamente cubiertas bajo la Póliza hasta que se acuerde o se determine una Distribución diferente.

Cualquier Distribución o anticipo de Pérdidas en relación con una Reclamación no será de ninguna forma presunción alguna respecto a la Distribución de otras Pérdidas de otra Reclamación.

ARTÍCULO 14º: PRÓRROGA PARA NOTIFICACIONES

La cobertura de esta Póliza se extenderá a cubrir las Pérdidas derivadas de una Reclamación que sea formulada por primera vez en contra del Asegurado, y presentada por éste a la Aseguradora durante esta extensión que se denominará Prórroga para Notificaciones.

Los términos y condiciones de la última Vigencia de la Póliza, continuarán siendo aplicables a la Prórroga para Notificaciones. Las Reclamaciones presentadas contra los Asegurados durante la Prórroga para Notificaciones deben basarse en Actos Médicos Negligentes derivados de la prestación de los Servicios Médicos Profesionales, que generen una Pérdida cubierta por la Póliza, siempre y cuando dichos Actos Médicos Negligentes se hayan cometido después del inicio de la Fecha de Retroactividad y hasta la fecha de entrada en vigor de la Prórroga para Notificaciones. Cualquier Reclamación presentada durante la Prórroga para Notificaciones será considerada como si hubiere sido presentada durante la Vigencia de la Póliza inmediatamente anterior.

La Prórroga para Notificaciones se otorgará previa solicitud del Contratante, si la Póliza es terminada, revocada o no renovada por cualquier razón diferente al no pago de prima o al incumplimiento de alguna obligación a cargo del Asegurado bajo la Póliza y siempre y cuando ésta no sea reemplazada por otra Póliza de la misma naturaleza, tomada con ésta o con otra compañía de seguros. La vigencia y la prima de este período serán las indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza. Para ejercer el derecho que esta Cláusula otorga, los Asegurados deberán comunicar fehacientemente y por escrito a la Aseguradora su intención de contratar la Prórroga para Notificaciones, debiendo pagar la prima establecida en las Condiciones Particulares, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de terminación, revocación o no renovación de la Póliza.

El Límite de Responsabilidad aplicable durante la Prórroga para Notificaciones será el que continúe disponible a la expiración de la última Vigencia de la Póliza, no suponiendo de ninguna forma que la Prórroga para Notificaciones implique una reconstitución del Límite de Responsabilidad.

ARTÍCULO 15°: TERMINACIÓN

Vigencia y término normal del seguro.

La vigencia de la presente póliza es la que se consigna en las condiciones particulares. Si nada se indicara, se entenderá que tiene una vigencia de un año calendario a partir del momento en que se perfeccione el contrato y se fija las 12 horas del día de vencimiento de esta póliza señalado en las condiciones particulares como hora de término del contrato, cualquiera sea la causa o forma en que termine.

Derecho de las partes de poner término anticipado al seguro.

A. Derecho del Asegurador a poner Término Anticipado: Causales

El Asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato de seguro en caso de concurrir una cualquiera de las siguientes causales:

1. Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso el asegurado tendrá derecho a restitución de la parte de la prima pagada no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no corrido.
2. Por falta del pago de la prima en los términos indicados en las presentes Condiciones Generales.
3. En caso de pérdida, destrucción o extinción de los riesgos o de la materia asegurada después de celebrado el contrato de seguros, sea que el evento tenga o no cobertura en la póliza contratada. En caso que el evento no tenga cobertura, el asegurado tendrá derecho a restitución de la parte de la prima pagada no ganada correspondiente al tiempo no corrido.
4. Si el asegurado rechaza la proposición de modificación a los términos del contrato o no responde al asegurador dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la comunicación a que se refiere el inciso 3° del artículo 526 del Código de Comercio. En este caso, la terminación se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Salvo en caso de agravación dolosa de los riesgos, el asegurador deberá devolver al asegurado la proporción de prima correspondiente al período en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.
- 5.- Cuando el Contratante y/o Asegurado hubiere omitido o falseado información sustancial y relevante de acuerdo a lo establecido en esta póliza.
- 6.- Si el Contratante y/o el Asegurado con el fin de hacer incurrir en el error, disimulara o declarara inexactamente hechos que liberarían al Asegurado de sus obligaciones o podrían limitarlas.
- 7.- Si, con igual propósito, el Contratante y/o el Asegurado no entregara en tiempo a la Aseguradora toda la documentación que deba o sea propicio entregar a la Aseguradora en los términos de esta Póliza.
- 8.- Si hubiese en el siniestro o en la Reclamación dolo o mala fe del Asegurado, beneficiario, causahabiente o apoderado.

B.- Derecho del Asegurado a Poner Término Anticipado:

El asegurado podrá, poner término anticipado al contrato, sin expresión de causa y en cualquier momento de la vigencia, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador en la forma establecida en esta póliza.

C.-En caso de quiebra del asegurador, el asegurado podrá exigir alternativamente la devolución de la prima o que el concurso le afiance el cumplimiento de las obligaciones del fallido.

En todo caso, la terminación del contrato por alguna causal señalada en la letra A números 1), 3), 5), 6), 7) y 8) de este artículo, se producirá a la expiración del plazo de 30 días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

La prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, pero en caso de haber ocurrido un siniestro de pérdida total se entenderá devengada totalmente.

ARTÍCULO 16°: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar el Asegurador al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

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

El Asegurador deberá facilitar mecanismos para que se le realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su individualización mediante códigos de verificación, u otros. Estos mecanismos serán individualizados en la Condiciones Particulares de esta póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 17°: REPRESENTATIVIDAD

El Asegurado actuará por derecho propio y en nombre de sus Filiales, en el caso que éstas estén incluidas en la presente cobertura, y de todas las personas físicas consideradas como Asegurados, en todo en cuanto concierne al envío y recepción de comunicaciones de demandas, resolución, terminación o revocación de este Contrato, pago de primas y recibo de cualquier devolución de primas que pueda devenir obligatoria según esta Póliza, recibo y aceptación de cualesquiera suplementos, anexos o endosos de esta Póliza y al ejercicio o la negativa a ejercitar cualquier derecho a la Prórroga para Notificaciones.

ARTÍCULO 18°: CESIÓN

Esta Póliza y todos y cualquiera de los derechos y obligaciones en ella contenidos y/o relacionados con ella no podrán ser objeto de cesión sin el previo y fehaciente consentimiento por escrito de la Aseguradora.

ARTÍCULO 19°: DELIMITACIÓN TEMPORAL.

La cobertura de esta Póliza es aplicable a las Reclamaciones presentadas por primera vez contra cualquier Asegurado durante la Vigencia de la Póliza o en la Prórroga para Notificaciones en caso en que esta última sea contratada.

ARTÍCULO 20°: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Para solicitar la renovación de la Póliza, el Asegurado deberá proporcionar a la Aseguradora, por lo menos treinta (30) días naturales antes de la fecha de vencimiento de la Vigencia de la Póliza, el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente llenado y contestado, así como la toda la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, la Aseguradora determinará los términos y condiciones para la nueva Vigencia de la Póliza.

ARTÍCULO 21°: PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

Si las Pérdidas incurridas durante la Vigencia de la Póliza o la Prórroga para Notificaciones derivadas de una Reclamación son expresadas en una moneda distinta a la establecida en el Límite de Responsabilidad de las Condiciones Particulares y/o en la Carátula de la Póliza, ésta será convertida y pagada en la moneda establecida en dichas disposiciones, de acuerdo al tipo de cambio vigente en la fecha de pago.

ARTÍCULO 22°: SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

La Aseguradora, una vez efectuados cualesquiera de los pagos previstos en esta Póliza, se subrogará hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón de la Reclamación correspondieran al Asegurado. Para estos efectos, el Asegurado prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar a la Aseguradora de legitimación activa para demandar judicialmente por sí o, en su caso, en nombre del o los Asegurados. Así mismo, al Asegurado le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la Indemnización y Gastos de Defensa en caso de incumplir con esta obligación.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta Póliza, la Aseguradora podrá presentar una demanda judicial de recobro en contra de los Asegurados por la cantidad de la Pérdida que haya tenido que pagar a la parte perjudicada o a los beneficiarios como consecuencia de una acción directa contra la Aseguradora por dicha tercera parte, si las Pérdidas se generaron por un acto fraudulento de los Asegurados.

ARTÍCULO 23°: CONSENTIMIENTO PARA NEGOCIAR.

Para el caso de que la Aseguradora considere necesario optar por un convenio, negociación o acuerdo con el objeto de finalizar o dar por terminado cualquier Proceso Legal, investigación, arbitraje o mediación, el Asegurado deberá aceptar los términos de la negociación propuesta por la Aseguradora, siempre que dicha negociación sea razonable.

En el caso del párrafo anterior, la responsabilidad de la Aseguradora por cualquier Pérdida que resulte de una Reclamación estará limitada a la cantidad ofrecida para dar por terminado dicho Proceso Legal, investigación, arbitraje o mediación. Si el convenio, negociación o acuerdo no se lleva a cabo como consecuencia clara de que el Asegurado se haya negado o rehusare a aceptarlo, el monto de la Pérdida o reembolso que resulte del convenio, negociación o acuerdo será cubierto y correrá por cuenta del Asegurado.

La misma condición y los mismos términos de los dos párrafos inmediatos anteriores se aplicarán para el caso, de que el Asegurado además de no aceptar el convenio, negociación o acuerdo, decida continuar mediante algún recurso permitido por la Ley, cualquier procedimiento, investigación, arbitraje o mediación, iniciados con motivo de la Reclamación, ya sea por apelación, amparo, recurso de revisión, recurso de nulidad u otro similar en cualquier jurisdicción.

ARTÍCULO 24°: MODIFICACIONES Y CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE LA PÓLIZA.

La notificación a cualquier intermediario o agente de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos,

de cambios solicitados por el Asegurado con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en ninguna de las partes, condiciones ni términos de esta Póliza; los términos de esta Póliza serán cambiados o modificados solamente mediante un Endoso o Anexo emitido y firmado por un representante autorizado de la Aseguradora para formar parte de esta Póliza.

ARTÍCULO 25° FORMULARIO DE SOLICITUD

Para emitir esta Póliza la Aseguradora se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud o Propuesta de Seguro, cuestionarios complementarios y demás información exigida para la suscripción y sometida a la Aseguradora; dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta Póliza, y por lo tanto, se considerarán como parte integrante de la misma.

ARTÍCULO 26°: JURISDICCIÓN

La cobertura de esta Póliza es aplicable a las Reclamaciones entabladas conforme a la jurisdicción y leyes que se menciona en la Póliza, presentadas por primera vez contra cualquier Asegurado durante la Vigencia de la Póliza o en la Prórroga para Notificaciones en caso de que esta última sea contratada.

ARTÍCULO 27°: DELIMITACIÓN TERRITORIAL

La cobertura de esta Póliza es aplicable a las Reclamaciones entabladas en el territorio que se señala en la Póliza, presentadas por primera vez contra cualquier Asegurado durante la Vigencia de la Póliza o en la Prórroga para Notificaciones en caso de que esta última sea contratada.

ARTÍCULO 28°: ARBITRAJE

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.

Todo lo anterior se entiende sin perjuicio de lo previsto en los incisos 2° y 3° del artículo 16 de la Ley 19.496 sobre Protección del Consumidor y artículo Noveno de la Ley N° 20.416 que Fija Normas Especiales para las Empresas de Menor Tamaño.