

PÓLIZA DE SEGURO ENFERMEDADES GRAVES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320150648

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:

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.

Asegurado: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. El o los asegurados corresponderán a las personas designadas como tal en las Condiciones Particulares de la póliza y que cumplan con los requisitos que la misma exige.

Carencia: Es el periodo de tiempo señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y contado desde la fecha de incorporación al seguro o desde su aceptación por parte de la compañía, durante el cual el asegurado no tiene derecho a indemnización en caso de siniestro.

Condiciones de Asegurabilidad: Aquellas características con que debe cumplir el Asegurado para ser cubierto por esta póliza.

Contratante: Es aquel que celebra el seguro con el asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato.

Diagnóstico Clínico: Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio, incluyendo el informe histopatológico del paciente.

Enfermedad: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

Evento: Todas las intervenciones quirúrgicas definidas en el artículo tercero y toda enfermedad grave cubierta por esta póliza.

Hospital: Una institución legalmente autorizada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o accidentadas; que presta servicios de enfermería las 24 horas del día y que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipos de rayos X y quirófano, atendidos por personal profesional especializado, y cuya finalidad principal no sea la de una casa de reposo o convalecencia o algún establecimiento similar, como tampoco, se trate de un establecimiento para tratamiento de alcohólicos o drogadictos.

Hospitalización: La internación del asegurado por un período mínimo de 24 horas en un hospital como resultado directo de una enfermedad grave indemnizable bajo esta póliza.

Médico: Persona habilitada y legalmente autorizada para ejercer la medicina humana en el país según el Artículo 112 del Código Sanitario.

Médico especialista: Médico que posee estudios profundizados, experiencia o práctica profesional en una o más ramas de la medicina y, que se encuentra adscrito a un capítulo o sociedad médica de esa especialidad, que permite ser reconocido como tal por sus pares.

ARTÍCULO 3° COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA:

En virtud de la presente póliza, la Compañía Aseguradora protege los riesgos de enfermedades graves, intervenciones quirúrgicas o lesiones provenientes de un accidente o enfermedad conforme a lo señalado más adelante, indemnizando al beneficiario el monto estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza.

El beneficiario, el monto de la indemnización y su forma de pago serán indicados en las Condiciones Particulares. Así mismo, en ellas podrá establecerse un periodo de carencia, limitaciones territoriales, condiciones de asegurabilidad y permanencia para la presente póliza.

Las coberturas señaladas a continuación pueden contratarse en forma conjunta o separada, según se estipule en las Condiciones Particulares de la póliza.

La Compañía indemnizará al beneficiario con el pago del monto estipulado en las Condiciones Particulares en caso que el asegurado sufra alguno de los siguientes eventos:

A) Diagnóstico por primera vez de alguna de las siguientes Enfermedades Graves:

A1) Cáncer Primario: Es aquel cáncer que no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza. Se entiende por Cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfática crónica), 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 de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito. Se encuentran excluidos de esta cobertura:

- a) Los cánceres no invasores in-situ.
- b) Los tumores en presencia de un virus de inmunodeficiencia adquirida, SIDA.
- c) Los cánceres a la piel, con excepción del melanoma maligno.

A2) Infarto del Miocardio

La enfermedad que consiste en la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una ramificación importante 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:

- Una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
- Un historial del típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
- Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EGG.
- Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.

A3) 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 suaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal.

El diagnóstico debe ser inequívoco y deberá registrar un déficit neurológico ya sea reversible o irreversible.

A4) 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 renal.

A5) Enfermedad de las Coronarias

Es la que requiera la cirugía de dos 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 que no requieran cirugía.

A6) Esclerosis Múltiple

La enfermedad cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirma al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, consistentes con la impariedad de función, pero las que no lleven necesariamente al asegurado a una silla de ruedas en forma permanente.

Esta enfermedad se caracteriza por zonas de tejidos endurecidos del cerebro o de la médula espinal manifestada por parálisis parcial o completa, parestesia, y/o neuritis óptica. Se caracteriza más allá por episodios de exacerbación o remisión.

El diagnóstico radica en el historial y exámenes físicos y el análisis del líquido cerebro-espinal; un episodio anterior o un episodio único de Esclerosis Múltiple no será una Esclerosis Múltiple para efectos de esta definición.

A7) Distrofia Muscular

Una enfermedad hereditaria que se caracteriza por una progresiva pérdida de la capacidad muscular. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico, basado principalmente en los síntomas clínicos y el historial genético (genético/historial familiar o un estudio de cromosomas). Las copias de cualquier informe de biopsias musculares podrán ayudar al diagnóstico pero en ningún caso constituirán por sí solas el diagnóstico.

A8) Enfermedad de Alzheimer

Deterioro de la capacidad intelectual o comportamiento anormal, puesto de manifiesto por el estado clínico y los cuestionarios estandarizados acerca de la enfermedad de Alzheimer, o de alteraciones orgánicas irreversibles, excluyendo neurosis y enfermedades psiquiátricas, que dan por resultado disminución importante del funcionamiento social y que requiere supervisión continua del asegurado. El diagnóstico deberá ser confirmado clínicamente por un médico especialista.

A9) Enfermedad de Parkinson

Enfermedad lentamente degenerativa del sistema nervioso central, por pérdida del pigmento contenido en las neuronas cerebrales (sustancia negra). El diagnóstico inequívoco deberá ser hecho por un neurólogo. Para los fines de la cobertura estará condicionada a que:

a.- No pueda controlarse con medicación.

b.- Muestre signos de evolución progresiva del daño.

c.- La evaluación de las actividades de la vida diaria conforme la inhabilidad del asegurado para realizar sin asistencia, tres o más de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, ir al baño, salir o entrar en la cama o en una silla, comer. Únicamente está cubierta la enfermedad de Parkinson idiopática. Está excluida la enfermedad inducida por medicamentos o tóxicos.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía en virtud de esta cobertura, que el diagnóstico de cualquiera de las enfermedades antes señaladas sea realizado por un médico.

B) Sometimiento a una de las siguientes intervención quirúrgica:

B1) 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. La cobertura sólo comprende el trasplante de todo el órgano y no de fracciones o partes de éste, por lo que en el caso del páncreas se excluye el trasplante de Islotes de Langerhans. No estará cubierto el trasplante autólogo. Será requisito indispensable para el pago del beneficio que el asegurado notifique previamente y por escrito a la compañía aseguradora el hecho de ser definido como candidato a trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente y antes que éste se realice. Una vez que la compañía ha sido notificada de este hecho sólo podrá poner término al contrato del asegurado que se encuentre en dicha situación si éste incurriere en alguna causal legal que así lo permita.

B2) Cirugía de válvulas cardíacas

La realizada por cirugía a corazón abierto para reemplazar o dilatar válvulas cardíacas, por defectos valvulares ocurridos con posterioridad al inicio de la vigencia de la póliza.

B3) Injerto aórtico

El realizado por enfermedad de la aorta que requiera la escisión de la misma y su reemplazo quirúrgico por un injerto. Para los propósitos de esta definición, aorta significa la porción torácica y la abdominal, pero no sus ramas.

B4) Angioplastia por balón

La angioplastia realizada por las técnicas de balón, láser o cualquier otra, para corregir estenosis importantes, cuando menos setenta por ciento (70%) de dos o más arterias coronarias, siempre que haya sido considerada como tratamiento necesario por un médico cardiólogo.

B5) Neurocirugía

Toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras y los vasos sanguíneos del cerebro.

C) Lesiones producto de enfermedad o accidente:

C1) Parálisis

La pérdida completa y permanente de la función motora, de una o más extremidades a causa de una enfermedad o accidente. Deberá haber evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal por sección medular. La conexión de tiempo y causa con el daño debe ser obvia. Se requerirá evidencia documentada del accidente o enfermedad que causó la parálisis.

C2) Quemaduras Graves

Comprende las quemaduras de tercer grado que abarquen a lo menos el veinte por ciento (20%) de la

superficie corporal, medidas por la regla de los nueve (9) de la Carta de Superficie Corporal de LUND y BROWDER, diagnosticada por médico especialista.

C3) Ceguera

Pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos, causada por accidente o enfermedad. Deberá estar certificada clínicamente por un médico Oftalmólogo.

C4) Pérdida de miembros

Pérdida completa y permanente, por enfermedad o accidente, de la función de ambas piernas o ambos brazos, o un brazo y una pierna, o la amputación de ambas manos por encima de las articulaciones de la muñeca, o de ambos pies por encima de la articulación tibiotarsiana.

C5) Pérdida de la audición

Pérdida total e irreversible de la audición de todos los sonidos, por accidente o por enfermedad. Deberá proporcionarse evidencia médica por audiometría y por prueba del umbral de sonido.

C6) Politraumatismo

Toda patología derivada de un accidente que provoque fracturas múltiples, incluyendo traumatismo encéfalo craneano complicado, y sus secuelas, fracturas, complicaciones de viseras y partes blandas, que a causa de su gravedad requieren o hayan requerido permanecer al paciente en un recinto hospitalario por diez (10) o más días y que además dentro de la hospitalización haya sido derivado a una unidad de cuidados intensivos.

ARTÍCULO 4° EXCLUSIONES:

A) Exclusiones a diagnóstico de Enfermedades Graves:

A1) Exclusiones aplicables al diagnóstico de todas las enfermedades graves:

La Compañía no será responsable de pago alguno por enfermedades graves producidas como consecuencia de:

- a) Guerra, terrorismo o cualquier conflicto armado.
- b) Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.
- c) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.
- d) Adicción o intoxicación con drogas o alcohol.
- e) Lesión o padecimiento infringido a sí mismo intencionalmente.
- f) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualesquier enfermedad, dolencia o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la contratación del seguro.

A2) Exclusiones aplicables sólo al diagnóstico de Cáncer primario:

- a) Cáncer premaligno
- b) Cáncer que está en la frontera de ser maligno o tiene un bajo potencial de ser maligno.

c) Tumores a la próstata a menos que histológicamente sea clasificado con un puntaje de Gleason mayor a 6 o al menos una clasificación médica TNM de T2N0M0

d) La leucemia linfocítica crónica a menos que histológicamente sea clasificado por tener progreso de a lo menos Binet Stage A.

B) Exclusiones a sometimiento de Intervenciones Quirúrgicas:

La Compañía no será responsable de pago alguno de aquellas intervenciones quirúrgicas a consecuencia de:

a) Guerra, terrorismo o cualquier conflicto armado.

b) Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.

c) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.

d) Adicción o intoxicación con drogas o alcohol.

e) Lesión o padecimiento infringido a sí mismo intencionalmente.

f) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquier enfermedad, dolencia o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la contratación del seguro.

- g) Participación en peleas, delitos o faltas;
- h) Actividades peligrosas como manipulación de explosivos o armas de fuego;

C) Exclusiones a lesiones producidas por accidente o enfermedad

La Compañía no será responsable de pago alguno de las lesiones que sean consecuencia de accidente o enfermedad en los siguientes casos:

- a) Ingestión o inhalación voluntaria o involuntaria de veneno, gas o vapores.
- b) Intervención en riñas o peleas populares.
- c) Actos calificados como delito o crimen.
- d) Cualquier tipo de servicios militares o la policía que el titular de la póliza haya hecho.
- e) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- f) Intoxicación, influencia del alcohol o cualquier otra droga, a menos que estas hayan sido tomadas con una prescripción médica, en ese caso, la situación será evaluada por la autoridad competente.
- g) Piloto o la tripulación de aviones comerciales o civiles, a menos que la compañía asegurada permita esta condición.
- h) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el

Servicio Sismológico de la Universidad de Chile.

i) Guerra, terrorismo o cualquier conflicto armado.

j) Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.

k) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.

l) Adicción o intoxicación con drogas o alcohol.

m) Lesión o padecimiento infringido a sí mismo intencionalmente.

n) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquier enfermedad, dolencia o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la contratación del seguro.

ARTÍCULO 5° OBLIGACIONES DEL ASEGURADO:

El asegurado estará obligado a:

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

2° Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo riesgo;

3° Pagar la prima en la forma y época pactadas;

4° Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro.

5° Notificar al asegurador, de conformidad al artículo 9 de estas Condiciones Generales, una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y

6° Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

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

ARTÍCULO 6° DECLARACIONES DEL ASEGURADO:

El Asegurado deberá realizar las siguientes declaraciones:

1) Las estipuladas en el artículo 524, N°1) del Código de Comercio.

2) Las estipuladas en el artículo 525 del Código de Comercio.

Cualquiera sea la declaración que haga el deudor asegurado en virtud de esta póliza deberá ser hecha de buena fe y respecto de las circunstancias por él conocidas y solicitadas por el asegurador.

ARTÍCULO 7° 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.

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

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

Plazo de Gracia: El Asegurador podrá conceder un plazo de gracia, que será el señalado en las condiciones particulares, el cual será contado a partir del primer día de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo la cobertura permanecerá vigente. Si ocurriera un siniestro durante dicho plazo de gracia, se deducirá de la indemnización a pagar la prima vencida y no pagada. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la cobertura terminará anticipadamente de conformidad al procedimiento señalado en los incisos anteriores.

ARTÍCULO 8° DENUNCIA DE SINIESTROS:

El denunciado de un siniestro cubierto por esta póliza deberá informarse a la Compañía Aseguradora dentro del plazo establecido para estos efectos en las Condiciones Particulares contado desde que el asegurado o beneficiario tomó conocimiento de la ocurrencia del siniestro, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

El asegurado deberá proporcionar a la compañía aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizando a la compañía aseguradora para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, dar las facilidades y someterse a los exámenes que la compañía aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la enfermedad. El costo de éstos será de cargo de la compañía aseguradora.

En el caso que el asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones establecidas en esta póliza o las cumpla imperfectamente por su culpa o negligencia, éste perderá todo derecho a exigir indemnización con cargo a la presente póliza. Sin perjuicio de lo anterior, en el evento que el asegurado haya incumplido con alguna(s) de estas obligaciones por caso fortuito o fuerza mayor, la Compañía Aseguradora otorgará una prórroga prudencial para el cumplimiento de las mismas.

Dentro del marco de lo establecido en el Decreto Supremo N° 1055 de 2013, Reglamento sobre los Auxiliares del Comercio de Seguros, o el reglamento que lo reemplace, la denuncia de siniestros y, en general, todo el procedimiento de liquidación de siniestros se regirá por lo que dispongan las Condiciones Particulares de la póliza, en la medida que no se opongan a lo establecido en el reglamento antes citado y demás disposiciones legales y normativas vigentes.

ARTÍCULO 9° VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y COBERTURA:

La vigencia de la póliza y de las coberturas contratadas serán las que se especifiquen en las Condiciones Particulares o en la respectiva Solicitud de Incorporación/Certificado de Cobertura para cada uno de los Asegurados en particular.

ARTÍCULO 10° TERMINACIÓN:

El seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares, por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia indicada en la póliza o por la pérdida de la calidad de asegurado de conformidad a lo establecido en las condiciones particulares o tras el pago del capital asegurado.

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

El Asegurador, a su vez, podrá poner término 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.

2.- Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo 7 de las presentes Condiciones Generales.

Si se han convenido coberturas adicionales, las partes no podrán ponerles término en forma separada de la cobertura principal sino poniendo término al contrato en su totalidad, salvo que sea de común acuerdo.

ARTÍCULO 11° COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES:

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía y el contratante, los asegurados o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta, correo electrónico u otro medio fehaciente. En caso de carta, ésta debe ser dirigida al domicilio de la compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. En caso de correo electrónico, deberán realizarse a la dirección de correo electrónico señalado en las Condiciones Particulares, en la solicitud de seguro respectiva o en la grabación telefónica si correspondiese.

ARTÍCULO 12° CLÁUSULA DE SOLUCION DE CONFLICTO:

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.

Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251 de 1931, en virtud de la cual el asegurado, el contratante 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 Compañía cuando el monto de los daños no sea superior a 120 Unidades de Fomento.

ARTÍCULO 13º DOMICILIO:

Para todos los efectos legales, las partes de este contrato fijan domicilio en la ciudad indicada en las Condiciones Particulares.