

POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130207

CONDICIONES GENERALES

El presente condicionado se compone de un Título preliminar; un Título primero sobre coberturas; y un Título segundo sobre reglas generales.

TÍTULO PRELIMINAR

PRIMERO: REGLAS APLICABLES

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

SEGUNDO: DEFINICIONES

Para los efectos del presente contrato, se entenderá por:

1. Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecten en su organismo al asegurado, tales como lesiones corporales determinadas por caídas, fracturas, heridas por armas de fuego, luxaciones, dilaceraciones, cortaduras, golpes, quemaduras de cualquiera especie, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramiento producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.
2. Certificado de cobertura o certificado definitivo: Documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo o flotante.
3. Deducible: La estipulación por la que asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado.
4. Garantías: Los requisitos destinados a circunscribir o disminuir el riesgo, estipulados en un contrato de seguro como condiciones que deben cumplirse para que haya lugar a la indemnización en caso de siniestro.
5. Incapacidad permanente: Son incapacidades permanentes las que imposibilitan al accidentado de una manera definitiva para el trabajo. Será total si la imposibilidad se refiere a todo género de trabajos y será parcial si se refiere sólo a uno o varios géneros de trabajo.
6. Incapacidad temporal: Es la pérdida transitoria de la capacidad funcional.
7. Miembro: Los miembros o extremidades son largos apéndices anexos al tronco, destinados a ejecutar los grandes movimientos de locomoción y prensión.
8. Órgano: Es una entidad anatómicamente independiente y siempre específico.
9. Pérdida Total o efectiva: Se entiende por pérdida total o pérdida efectiva, referida a un miembro u órgano, la eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica.
10. Pérdida parcial: Se entiende por pérdida parcial referida a un órgano o miembro, a su eliminación incompleta del organismo al cual pertenece, en forma definitiva.
11. Pérdida funcional: Es la ausencia de capacidad de función fisiológica del o de los órganos afectados, pudiendo estar o no implicado el aspecto anatómico del órgano o del miembro comprometido. Será absoluta

si involucra la pérdida de toda capacidad de función.

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

TÍTULO PRIMERO: COBERTURA

PRIMERO: DESCRIPCIÓN DE COBERTURA

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

El accidente que cause daños cubiertos en este seguro, puede ocurrir tanto en el ámbito de la vida privada o en el desempeño de la profesión u oficio del asegurado, que se indique en los condicionados particulares.

Este seguro protege al Asegurado en sus viajes dentro y fuera de la República de Chile.

En caso de incapacidad temporal o permanente, este pago se hará al asegurado y, en caso de muerte, al beneficiario señalado en la póliza, de acuerdo con las condiciones que a continuación se expresan y hasta la concurrencia de las sumas máximas que en ella se establecen, en los términos del inciso segundo del artículo 589 del Código de Comercio.

El asegurado podrá contratar, siempre que la naturaleza de los planes lo permita, uno más de los planes definidos en esta cláusula.

Producido un accidente cubierto por el presente seguro y siempre que las consecuencias de las lesiones corporales sufridas se manifiesten a más tardar dentro de un año de producido el accidente, la compañía pagará:

Plan A: En caso de muerte por accidente, al beneficiario indicado en la póliza, la suma convenida por las partes. Si no existiere beneficiario determinado, la indemnización será pagada por la compañía a los herederos legales del asegurado. La póliza cubre el riesgo de muerte, hasta por un año a contar de la fecha del accidente.

Plan B: En caso de incapacidad permanente, se pagarán al asegurado los siguientes porcentajes de la suma asegurada:

100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) y de una mano.

50% por la pérdida de uno de los miembros superiores (brazo).

50% por la pérdida de una mano o de un miembro inferior (pierna).

40% por la pérdida de un pie.

50% por sordera completa de ambos oídos.

13% por sordera completa de un oído.

25% por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiere tenido sordera completa del otro.

35% por la ceguera total de un ojo.

50% por la ceguera total de un ojo, tratándose de un asegurado que sufría de ceguera total del otro.

20% por la pérdida total de un pulgar.

15% por la pérdida total del índice derecho.

15% por la pérdida total del índice izquierdo.

5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano.

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

La pérdida de cada falange se calculará en forma proporcional, en relación a la pérdida de el dedo completo correspondiente.

La indemnización por la pérdida total o parcial (amputación) de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos o falange perdidos. Igual procedimiento se seguirá para avaluar la pérdida de varios miembros, pero en ningún caso la indemnización podrá ser mayor del 100% del capital asegurado en Plan B.

La pérdida funcional total y absoluta de cualquier miembro será considerada como pérdida efectiva del mismo.

La pérdida de las falanges de los dedos de la mano o del pie, será considerada como invalidez únicamente cuando se haya producido su separación.

La incapacidad funcional parcial de alguno o de algunos de los órganos o miembros anteriormente señalados dará derecho a indemnización cuando produzca incapacidad para el desempeño de la actividad desarrollada por el asegurado, siendo su monto igual al señalado para la incapacidad permanente del órgano o miembro afectado.

En caso de incapacidad no clasificada, pero que produzca incapacidad total para el desempeño de los negocios u ocupación normal del asegurado, la compañía pagará a éste el porcentaje señalado en las Condiciones Particulares, del valor del seguro en el momento de ser aceptada la incapacidad, y el saldo, mientras el asegurado esté vivo, en las mensualidades iguales y vencidas que se señalan en tales Condiciones Particulares. Es indispensable en este caso que la incapacidad total y permanente, la compañía tendrá derecho a revisar el asunto con los facultativos de su elección, quienes podrán en todo momento revisar al asegurado.

PLAN C: En caso de incapacidad temporal para el trabajo, la indemnización diaria establecida en las Condiciones Particulares de la póliza será considerada desde el día siguiente de ocurrido el accidente, hasta un máximo de días que se establece en las Condiciones Particulares.

Si el asegurado puede ocuparse parcialmente de su trabajo, la indemnización será reducida en un porcentaje de lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza en conformidad al informe médico.

La indemnización diaria no será pagada hasta que el total indemnizable haya sido establecido y acordado.

PLAN D: En caso de asegurarse el reembolso de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, la compañía pagará los gastos hasta la concurrencia de la suma determinada bajo este rubro y señalada en las Condiciones Particulares de la póliza. Se excluyen los gastos de viaje y los que importe la convalecencia.

SEGUNDO: RIESGOS EXCLUIDOS

Queda excluido de este seguro lo siguiente:

1. Las enfermedades de cualquier especie, sean ellas corporales o síquicas, aunque sean una consecuencia de intoxicaciones, de picaduras o mordeduras de insectos, de impresiones ni de las dolencias provenientes del ejercicio de una profesión u oficio determinado, que se conoce con el nombre de enfermedades profesionales.
2. Los accidentes o daños sufridos con motivo de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones guerreras, sea que haya sido declarada o no la guerra, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, o poder militar, naval o usurpado.
3. Los accidentes o daños sufridos con motivo de peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se

establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

4. Los accidentes o daños sufridos con motivo de haber participado o haberse visto envuelto el asegurado en acciones o actos delictuosos, infracciones a las leyes, ordenanzas y reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.
5. Los accidentes o daños sufridos con motivo de duelos, suicidios, tentativas de suicidios frustrados.
6. Los accidentes o daños sufridos con motivo de la intervención del asegurado en motines o tumultos que tengan o no el carácter de guerra civil, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de carácter civil o militar.
7. Los accidentes o daños sufridos con motivo de hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
8. Los accidentes o daños sufridos con motivo la participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en competencias profesionales; remuneradas en cualquiera forma, u otras actividades deportivas similares.
9. Los accidentes o daños sufridos con motivo de ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis; ni los que le ocurran estando el asegurado en estado de embriaguez, aún cuando ella sea parcial o bajo la influencia de drogas, en estado de sonambulismo, insolación o congelación.
10. Los accidentes o daños sufridos con motivo de carreras de vehículos motorizados, ya sea en calidad de conductor o pasajero.
11. Los accidentes o daños sufridos con motivo de movimientos sísmicos, cualquiera sea su grado o fuerza.
12. Los accidentes o daños sufridos con motivo de intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
13. Los accidentes o daños sufridos con motivo de desempeñarse el asegurado como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación y asimismo como empleado de las referidas líneas que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
14. Los accidentes o daños sufridos con motivo de daños y pérdidas ocasionadas por experimentos de energía atómica o nuclear o de cualquier riesgo atómico.
15. Los accidentes o daños sufridos con motivo de servicio militar, actividad bomberil u otras que cuenten con aprobación de la autoridad.
16. Los accidentes o daños sufridos con motivo de movimientos sísmicos hasta el grado 7 inclusive, determinados por el Departamento de Geofísica de la Universidad de Chile, o el que haga sus veces
17. Los accidentes o daños sufridos con motivo de las consecuencias derivadas de motines o tumultos, sin perjuicio de lo estipulado respecto de la intervención del asegurado en dichos motines o tumultos, que queda excluida absolutamente del seguro, en virtud de lo preceptuado en la letra e) del artículo anterior.
18. Los accidentes o daños sufridos con motivo de motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, motofurgonetas o vehículos similares.
19. Los accidentes o daños sufridos con motivo de viajes aéreos en general distintos de los mencionados en el último párrafo del artículo 2º.
20. Los accidentes o daños sufridos con motivo del ejercicio de deportes extraordinarios y notoriamente peligrosos como ser: polo, hockey, rugby, futbol, paperchase, steeplechase, andinismo, box y ski, y toda demostración atlética o deportiva que no se premie con dinero. Equitación o rodeo practicados como deportes.
21. Los accidentes o daños sufridos con motivo pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o relacionados con cualquier acto de terrorismo, sin perjuicio de la existencia de cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al siniestro en forma concurrente o en cualquier otra secuencia.

Para los efectos de la presente exclusión, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

Esta exclusión se extiende asimismo a las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directos o indirectos, originados en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos.

Cuando los hechos en que se basa esta exclusión configuren un delito de cuya comisión estén conociendo los Tribunales de Justicia, la compañía no estará obligada a pagar ninguna indemnización por siniestro, mientras no exista un sobreseimiento judicial basado en que no concurrieron los hechos constitutivos del delito, en que éstos no son constitutivos de delito o en que no se encuentra completamente justificada la perpetración del mismo delito.

22. Los accidentes o daños sufridos con motivo pérdidas, daños o responsabilidades que, directa o indirectamente, sean causados por, o a los cuales contribuyan o emanen de, la falla o inhabilidad de cualquier Equipo Electrónico, sea o no de propiedad del Asegurado y ya sea que ocurra antes, durante o después del año 2000, y que consista en:

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

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

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

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

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

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

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

Quedan comprendidas en este artículo las personas menores de 18 años y mayores de 60, como asimismo las personas que en razón de tener defectos físicos o padecer enfermedades orgánicas nerviosas o mentales que puedan aumentar o agravar el riesgo normal. Por lo mismo, para asegurar contra los riesgos cubiertos en esta póliza, a las personas antes señaladas, se requerirá estipulación expresa y pago de prima

extra en los términos indicados en el inciso primero de esta cláusula.

TERCERO: FORMA DE INDEMNIZAR

La forma de indemnizar se ajustará a las normas contenidas en la presente póliza, según los términos del artículo 563 del Código de Comercio. Salvo pacto en contrario en las condiciones particulares, en este seguro la indemnización sería dineraria.

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

CUARTO: SUMA ASEGURADA Y LÍMITE DE LA INDEMNIZACIÓN

La suma asegurada constituye el límite máximo de la indemnización que se obliga a pagar el asegurador en caso de siniestro.

El total de las indemnizaciones derivadas de uno o más accidentes producidos dentro del plazo de vigencia del seguro no podrá en caso alguno exceder de la suma contratada para el Plan B si este fuese contratado, con excepción de los derechos del Plan D.

Si el asegurado falleciere a consecuencia de un accidente, la compañía deducirá de la suma asegurada para el caso de muerte, Plan A, el importe total abonado por el mismo accidente bajo los planes B o C o ambos y al tratarse de una inhabilitación permanente, Plan B, se deducirá lo pagado bajo el Plan C.

El monto de la indemnización se establecerá por la compañía a base del informe médico del facultativo que asistió al asegurado y a las Condiciones Generales de la presente póliza. En caso de que la compañía lo estimare necesario, aportará la opinión de un facultativo nombrado por ella.

TÍTULO SEGUNDO: REGLAS GENERALES

PRIMERO: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

El Asegurado estará obligado a:

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

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

SEGUNDO: DEBER DE COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El asegurado, o contratante en su caso, deberá informar al asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado, y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los cinco días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido

ser conocidos de otra forma por el asegurador, todo en los términos de los artículos 524 número 5 y 526 del Código de Comercio.

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

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

Si el siniestro se ha producido sin que el asegurado, o el contratante en su caso, hubieren efectuado la declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el inciso primero, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización respecto de las coberturas del seguro afectadas por el agravamiento. No obstante, en caso que la agravación del riesgo hubiera conducido al asegurador a celebrar el contrato en condiciones más onerosas para el asegurado, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

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

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

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

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

TERCERO: DECLARACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

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

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

No obstante lo señalado, en el caso de incumplir el asegurado, contratante o tomador el deber de responder el cuestionario sin culpa en los términos de los artículos 524 número 1º y 525 del Código de Comercio, podrá el asegurador proponer una mantención del contrato mediante una adaptación de la prima o de las

condiciones de cobertura inicialmente pactadas. Sí ha ocurrido el siniestro, el asegurado, contratante o tomador, tendrá derecho a una rebaja de la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo, según lo dispuesto en el inciso 4º del artículo 525 del Código de Comercio.

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

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

CUARTO: TERMINACIÓN POR NO PAGO DE PRIMA

La falta o simple retardo en el pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir, que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato, según lo dispone el artículo 528 del Código de Comercio.

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

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

QUINTO: DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

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

- a) Notificar al asegurador, dentro del plazo de 8 días o tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, esto es, un hecho dañoso contemplado y cubierto en esta póliza.
- b) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias. A mayor abundamiento, deberá el asegurado, tomador o contratante, justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar los antecedentes que sean necesarios para establecer, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales, causantes de la muerte, de la incapacidad permanente o de la incapacidad temporal, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente sujeto a indemnización.
- c) Facilitar a la compañía todos los informes que le sean pedidos a fin de indagar y aclarar las causas y consecuencias del accidente y los medios empleados para disminuirlas y atenuarlas.
- d) Informar a la Compañía la existencia de otros seguros sobre la misma materia asegurada.

SEXTO: TERMINACIÓN ANTICIPADA

El asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato, en los términos dispuestos en el artículo 537 del Código de Comercio. La compañía deberá expresar en la respectiva comunicación enviada al asegurado, contratante o tomador, según el caso, las causas que motiven o justifiquen el término del seguro. Además de las causales legales de término anticipado, y sólo a modo ejemplar, y sin que la siguiente

enunciación sea considerada como taxativa o excluyente de otras causales, la Compañía podrá poner término anticipado a este seguro en razón de cambios en las políticas de suscripción de la compañía respecto del riesgo cubierto.

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

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

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

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

SÉPTIMO: COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

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

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

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

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

OCTAVO: SUBROGACIÓN

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

NOVENO: REHABILITACIÓN DEL SEGURO.

En caso de pérdida cubierta bajo este seguro, la suma asegurada quedará reducida en el monto indemnizado, salvo que a petición del asegurado, contratante o tomador hecha antes de un nuevo siniestro la suma asegurada hubiere sido reajustada en el valor indemnizado, mediante el pago de una prima extra igual al 365 avo de la prima anual que corresponde a la suma aumentada, por cada día que falte para la expiración normal del seguro.

DÉCIMO PRIMERO: REGLAS SOBRE EL BENEFICIARIO

1. Designación de o los beneficiarios

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

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

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

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

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

2. Revocación del o los beneficiarios

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

3. Pluralidad de Beneficiarios

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

DÉCIMO SEGUNDO: LIBERACIÓN DEL ASEGURADOR DE SU OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR

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

DÉCIMO TERCERO: EFECTOS DE LA PLURALIDAD DE SEGUROS

Si el asegurado tuviere otro seguro individual de accidentes personales, contratado con anterioridad a la presente póliza, o si posteriormente contratare otro seguro de esta especie, deberá avisarlo de inmediato a la compañía.

Se excluyen de esta obligación los seguros de vida con cláusulas de indemnización por accidentes, accidentes personales de viajes y facultativos de aviación.

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

DÉCIMO CUARTO: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso,

el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria, en los términos establecidos en el artículo 543 del Código de Comercio.

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

DÉCIMO QUINTO: DOMICILIO

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