

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320170201

ARTICULO 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.

Los siguientes conceptos, ya sea en el presente documento, en las cláusulas que accedan a éste, en las condiciones particulares y en general en cualquier texto que forme parte del presente contrato, tendrán el significado que se les asigna a continuación:

- 1. Accidente:** Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos 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. Pérdida Total:** Se entiende por "Pérdida Total" referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.
- 3. Pérdida Parcial:** Se entiende por "pérdida parcial" la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.
- 4. Pérdida Funcional Total:** Se entiende por "pérdida funcional total" la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.
- 5. Incapacidad Permanente dos Tercios por Accidente:** la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980.
- 6. Incapacidad Permanente Ochenta por Ciento (80%) por Accidente:** la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de a lo menos el ochenta por ciento (80%) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980.
- 7. 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.
- 8. Monto Máximo:** Es el máximo de cobertura de esta póliza por los gastos provenientes de todos los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, en conjunto. Dicho monto máximo, el cual deberá establecerse en el Condicionado Particular de la póliza, operará respecto de cada renovación de la póliza.

9. Carencia: Las coberturas de esta póliza podrán tener un período de carencia a partir del inicio de vigencia respectivo, el cual se determina en las Condiciones Particulares de ésta. En virtud de lo anterior, las coberturas contenidas en la presente póliza comenzarán sólo una vez que haya transcurrido dicho período. El período de carencia para los asegurados que se incorporen con posterioridad a la vigencia inicial de esta póliza se contabilizará desde la fecha de su incorporación. En caso de futuras renovaciones de la presente cobertura, no se considerarán nuevamente períodos de carencia con respecto a los asegurados sobre los cuales hubiere sido aplicada.

ARTICULO 3: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA.

En virtud de este seguro y en las condiciones y términos establecidos en las presentes condiciones generales, la Compañía pagará al asegurado o a sus beneficiarios la indemnización que corresponda, de acuerdo a la definición de las coberturas que se indican a continuación en este artículo. El asegurado podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares.

Alternativa A. Muerte Accidental.

En virtud de esta cobertura la compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de ocurrido el accidente. Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún Accidente, la compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en las Alternativas B., C., y D. en caso de haber sido contratadas.

Alternativa B. Desmembramiento.

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia, la compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza:

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) con una mano o un brazo;

50% por la Pérdida Total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;

40% por Pérdida Total de un pie;

50% por la sordera completa de ambos oídos;

25% por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;

13% por la sordera completa de un oído;

50% por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

35% por la ceguera total de un ojo;

20% por la Pérdida Total de un pulgar;

15% por la Pérdida Total del índice derecho o 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 Total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la Pérdida Total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la Pérdida Total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta Alternativa.

Alternativa C. Incapacidad Total Y Permanente Dos Tercios Por Accidente.

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encuentre dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente dos tercios, la compañía pagará el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al asegurado bajo la cobertura definida en las Alternativas B. y D.

El asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la invalidez permanente dos tercios sea evaluada por una junta compuesta por tres (3) médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de cinco (5) o más médicos propuestos por la compañía aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la invalidez permanente dos tercios del asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha invalidez permanente dos tercios.

La Junta Médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados por la compañía aseguradora.

La declaración de invalidez del asegurado, emitida por algún organismo previsional o legal, será vinculante para la compañía aseguradora y para la Junta Médica.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la compañía, el asegurado deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza.

Si procede el pago de la indemnización, la compañía pagará el beneficio desde la fecha de la notificación de la invalidez a la compañía y devolverá las primas de esta cobertura pagadas desde el mes siguiente de la referida fecha de notificación de la invalidez.

Alternativa D. Incapacidad Total Y Permanente 80% Por Accidente.

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encuentre dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente ochenta por ciento (80%), la compañía pagará el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al asegurado bajo la cobertura definida en las Alternativas B., y C.

El asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la invalidez permanente dos tercios sea evaluada por una junta compuesta por tres (3) médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de cinco (5) o más médicos propuestos por la compañía aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la invalidez permanente dos tercios del asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha invalidez permanente dos tercios.

La Junta Médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados por la compañía aseguradora.

La declaración de invalidez del asegurado, emitida por algún organismo previsional o legal, será vinculante para la compañía aseguradora y para la Junta Médica.

Si procede el pago de la indemnización, la compañía pagará el beneficio desde la fecha de la notificación de la invalidez a la compañía y devolverá las primas de esta cobertura pagadas desde el mes siguiente de la referida fecha de notificación de la invalidez.

Alternativa E. Reembolso De Gastos Médicos Por Accidente.

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado el porcentaje expresado en las condiciones particulares de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un accidente, hasta el monto anual indicado en las Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de ciento ochenta (180) días siguiente a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados.

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos originales comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

Esta cobertura podrá contar con un deducible por evento cuyo monto, de existir, será el indicado en las condiciones particulares de la póliza.

Alternativa F. Reembolso de Gastos por Hospitalización a causa de Accidente.

En virtud de esta cobertura, la compañía reembolsará al asegurado hospitalizado a causa de accidente el porcentaje expresado en las condiciones particulares de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, hasta el monto máximo diario que se indica en las Condiciones Particulares de acuerdo a lo que más adelante se señala.

Los gastos de las atenciones prestadas serán reembolsados una vez que hayan transcurrido el número de días consecutivos de hospitalización por evento señalado en las Condiciones Particulares de la póliza. La hospitalización del asegurado por un número de días inferior al antes señalado no dará lugar a indemnización alguna.

Los gastos cubiertos por esta cobertura serán reembolsados en los términos antes señalados, hasta por el máximo de días de hospitalización por evento consignado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados, y todos los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro cubierto, incluyendo el diagnóstico que justifica la hospitalización.

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos originales comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

Esta cobertura podrá contar con un deducible por evento cuyo monto, de existir, será el indicado en las condiciones particulares de la póliza.

Alternativa G. Cantidad Diaria por Hospitalización a Causa de Accidente.

En virtud de esta cobertura, la compañía pagará al asegurado hospitalizado a causa de accidente, la cantidad diaria que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el asegurado.

Se pagará la cantidad diaria a contar del número de días de hospitalización señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el máximo de días señalados en dichas Condiciones Particulares.

Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario.

Alternativa H. Fractura accidental de huesos.

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado inmediato y directo de un accidente, al asegurado sufra la fractura de uno o más de los huesos indicados en las Condiciones Particulares dentro de los treinta (30) siguientes a éste, la compañía aseguradora pagará el monto indicado para cada una de ellas en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 4: BENEFICIARIOS.

Se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio asegurado. En caso de fallecimiento de éste se tendrá como beneficiario a los designados por el contratante o el asegurado en las Condiciones Particulares de esta póliza, a falta de designación los beneficiarios serán sus herederos legales por partes iguales.

ARTICULO 5: EXCLUSIONES.

Las coberturas otorgadas en virtud de esta póliza no serán exigibles a la compañía en los siguientes casos:

a) Efectos o eventos accidentales causados directa o indirectamente por guerra, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin; declaración de guerra, guerra civil, revolución civil, pronunciamiento o golpe de estado, huelga.

b) Participación del Asegurado o Beneficiario en cualquier acto calificado como delito según la ley, en cualquier grado de participación.

c) Accidentes relacionados directamente o indirectamente con:

- a. Cualquier evento nuclear, atómico, radioactivo, biológico o químico.
- b. Ataques o intromisiones deliberadas en predios y en todo tipo de instalaciones nucleares, biológicas o químicas.

- d) Siniestros ocurridos durante la práctica profesional de cualquier deporte y de aquellos deportes, hobbies, actividades y ejercicio de profesiones en los casos en que efectivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo, salvo que sea previamente aceptada por el asegurador.

- e) Accidentes ocurridos en asientos de pasajeros de aviones y helicópteros.

- f) Accidentes producto de peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

- g) Suicidio. No obstante, la Compañía dará las coberturas en caso de suicidio, si hubiesen transcurrido dos (2) años completos de vigencia ininterrumpida de la póliza desde la fecha de contratación del seguro.

- h) Encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

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

- j) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.

ARTICULO 6: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA.

La compañía cubrirá los accidentes que afecten al asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el Artículo 5 número 5), cuando estos hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la compañía con el pago de la extra prima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTICULO 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 del Código de Comercio.

ARTICULO 8: AGRAVACIÓN O ALTERACIÓN DEL RIESGO.

Durante toda la vigencia de la póliza, el asegurado deberá emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro.

ARTICULO 9: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.

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

ARTICULO 10: 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, se declarará terminado el contrato mediante comunicación enviada de acuerdo a lo establecido en el artículo 15.

El término del contrato operará al vencimiento del plazo de 15 días corridos, contados desde la fecha del envío de la comunicación, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo 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. Si el vencimiento del plazo de 15 días recién señalado, recayere en día sábado, domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

Mientras la terminación no haya operado, la compañía aseguradora podrá desistirse de ella mediante una nueva comunicación en que así lo informe a la persona que contrató el seguro.

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 resolución, no significará que la compañía aseguradora renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

ARTICULO 11: DENUNCIA DE SINIESTROS.

Producido un siniestro, el Asegurado o (los) beneficiario(s) deberá(n) comunicarlo por escrito a la Compañía dentro del plazo máximo señalado en las Condiciones Particulares. A falta de estipulación en las Condiciones Particulares, el plazo máximo de denuncia será de treinta (30) días corridos contados desde la fecha del siniestro.

Los documentos que se deban presentar para la liquidación del siniestro se individualizarán en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar cualquier otro que estime necesario para realizar esta liquidación, de conformidad a la normativa vigente.

ARTICULO 12: OBLIGACIÓN DE PRUEBA DEL SINIESTRO.

El siniestro se presume ocurrido por un evento que hace responsable al asegurador. Sin perjuicio de lo anterior, el asegurador puede acreditar que el siniestro ha ocurrido por un hecho que no lo constituye en responsable de sus consecuencias, según el contrato o la ley.

El asegurado deberá acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

ARTICULO 13: VIGENCIA.

La vigencia de la póliza será señalada en las Condiciones Particulares. En las mismas las partes podrán acordar la renovación automática de la vigencia por los plazos que allí se definan si ninguna de las partes comunica a la otra su intención de no renovar la póliza con una anticipación mínima de treinta (30) días a la fecha de vencimiento de la póliza.

Cumplida la vigencia de la póliza esta terminará automáticamente sin necesidad de aviso al asegurado.

ARTICULO 14: TERMINACIÓN.

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

a.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.

a.2) Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo 10 de las presentes Condiciones Generales.

a.3) Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia definida en las Condiciones Particulares.

b) A su turno, el asegurado podrá poner término anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador en la forma establecida en el artículo 15.

La terminación del contrato por alguna causal en que el Asegurador ponga término anticipado, distinto al no pago de la prima, 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 el artículo 15.

ARTICULO 15: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito, mediante correo electrónico, carta cuyo despacho sea debidamente certificado u otro medio de contacto fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al domicilio o dirección de correo electrónico que el Contratante, Asegurado o Beneficiario haya informado para estos efectos a la Compañía, en caso que corresponda, ya sea en la propuesta de seguro, en las Condiciones Particulares o en el denuncia de siniestro si procede.

ARTÍCULO 16: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y la Compañía, sea en relación con la validez o ineficiencia 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 las disputas entre el Asegurado y la Compañía 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.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o el Asegurado, según corresponda, podrán, por sí solos 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 reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTICULO 17: DOMICILIO.

Para todos los efectos derivados del presente contrato de seguro las partes fijan como domicilio especial el que se establece en las Condiciones Particulares de esta póliza.

PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA DE VIAJE

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL120180026

ARTICULO Nº 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.

ARTICULO Nº2: COBERTURA

Mediante este seguro, la compañía se obliga a pagar las indemnizaciones o, si la compañía así decide, a efectuar las prestaciones que esta póliza contempla en favor de las personas aseguradas, respecto de una o varios siniestros que puedan sufrir durante un viaje y que se describen en este contrato de seguro, conforme a lo señalado en estas Condiciones Generales y en las respectivas Condiciones Particulares.

ARTICULO Nº3: PERSONAS ASEGURADAS

Para los efectos de esta póliza, se entiende que quedan protegidas por la cobertura del seguro las siguientes personas que se especifiquen expresamente en las Condiciones Particulares:

- a) La persona que aparezca como asegurado titular en la póliza;
- b) El cónyuge, pareja o pareja conviviente civil, y todos los hijos del asegurado titular menores de 24 años de edad y siempre que vivan a expensas económicas de este.

Cada vez que en esta póliza se use la expresión "asegurado", se entiende que ella incluye a todas las personas mencionadas en este artículo junto con aquellas indicadas en las Condiciones Particulares.

ARTICULO Nº4: VIGENCIA Y AMBITO TERRITORIAL DE LA COBERTURA

El tiempo de vigencia se establece en las Condiciones Particulares de esta póliza.

El derecho a las indemnizaciones y, en su caso, a las prestaciones contempladas en esta póliza se refiere a contingencias que ocurran fuera del territorio de la República de Chile.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, excepto Chile, cualquiera que sea el medio de transporte utilizado, siempre que la permanencia del asegurado fuera de su residencia habitual con motivo del viaje, no sea superior al periodo indicado en las Condiciones Particulares.

ARTICULO N°5: COBERTURAS RELATIVAS A LAS PERSONAS

Las coberturas en favor de las personas aseguradas son las que se especifican en este artículo y las expresadas en las Condiciones Particulares, con los topes y límites que se establezcan de acuerdo al plan contratado:

5.1 Transporte o repatriación sanitaria en caso de lesiones o enfermedad:

La compañía financiará los gastos de traslado del asegurado hasta el Centro Hospitalario más próximo para que reciba atención médica. En caso de ser necesario se procederá al traslado del asegurado hasta el Centro Hospitalario más adecuado. Cuando las condiciones sanitarias del país donde se produce la lesión o enfermedad no cumplan con los parámetros óptimos de suficiencia para una resolución adecuada del cuadro clínico en cuestión, la compañía financiará los gastos de traslado del asegurado hasta su domicilio habitual.

5.2 Repatriación Funeraria:

En caso de fallecimiento del asegurado durante el viaje, la compañía efectuará los trámites necesarios para el transporte o repatriación del cadáver y asumirá los gastos de traslado para su inhumación en Chile. En el mismo evento, la compañía sufragará los gastos de traslado de un acompañante del asegurado hasta su respectivo domicilio, siempre y cuando dicho acompañante sea también asegurado de la póliza y estuviera viajando junto al asegurado al momento de producirse el deceso del mismo.

5.3 Acompañante de menores en caso de que titular viaje solo con el menor:

Si alguno de los acompañantes asegurados señalados en los números 5.1 y 5.2 anteriores fuera menor de 15 años o mayor de 75 años y no tuviera quién le acompañase, la compañía organizará el desplazamiento de un familiar para que lo (los) acompañe de regreso al lugar de residencia permanente.

5.4 Asistencia sanitaria por lesión o enfermedad del asegurado en el extranjero:

En el caso de lesión o enfermedad del asegurado en el extranjero, la compañía indemnizará los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, los honorarios médicos y los productos farmacéuticos prescritos por el facultativo que le atienda. El límite máximo de esta prestación por asegurado, por todos los anteriores conceptos, y por viaje, será el indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, de acuerdo al plan contratado.

Esta indemnización podrá ser otorgada por la compañía Aseguradora pagando directamente al centro asistencial al que ella remita al asegurado, o bien mediante reembolso de gastos.

5.5 Gastos de alojamiento y traslado a una persona mayor de edad en caso que el asegurado siniestrado viaje solo:

En caso de que la hospitalización del asegurado fuese superior a 10 días y su condición médica lo amerite y según autorización del asegurador, la compañía asumirá los siguientes gastos para una persona mayor de edad:

El importe del viaje al lugar de hospitalización (avión clase turista o económica) y los gastos de alojamiento sin alimentación ni bebestibles.

Este beneficio se otorgará únicamente en la medida que todo el período de hospitalización previsto esté comprendido dentro de la vigencia del Seguro de Viaje más 7 (siete) días complementarios.

La aplicación de esta cobertura se considera sólo si el asegurado se encuentra viajando solo, es decir, sin la compañía de un familiar directo. Dichos gastos no podrán exceder del valor por día y del máximo que se especifica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

5.6 Transmisión de mensajes urgentes:

En caso de ocurrir cualquiera de los siniestros cubiertos por esta póliza, y a petición del asegurado, se podrá transmitir mensajes para una o más personas residentes en cualquier país del mundo y especificadas por el asegurado. Los mensajes sean relacionados con dicho siniestro.

5.7 Gastos de alojamiento por Convalecencia

La compañía indemnizará los gastos de alojamiento, sin alimentación ni bebestibles, del asegurado cuando por lesión o enfermedad y por prescripción médica dispuesta por el facultativo que lo atienda, precise prolongar la estancia en el extranjero por reposo forzoso luego de una hospitalización, sujeto al límite diario y el máximo total que se especifica en las Condiciones Particulares de la Póliza. Para obtener esta cobertura el asegurado deberá haber estado hospitalizado por un periodo mínimo de 5 días.

5.8 Regreso Anticipado por Siniestro Grave en el Domicilio

La Compañía tomará a su cargo el pago de la penalidad o diferencia de tarifa que corresponda o el costo de un nuevo pasaje en clase turista o económica desde el lugar en que el asegurado se encuentre hasta su domicilio permanente debido a la ocurrencia de un siniestro de robo, incendio o explosión en su residencia habitual. El desplazamiento se efectuará por vía aérea en clase turista. El evento que pueda generar esta asistencia deberá ser acreditado fehacientemente mediante la denuncia policial correspondiente.

5.9 Asistencia Médica por emergencia relativa agudización de Enfermedad Preexistente

En el caso de agudización de enfermedades preexistentes del asegurado que estén previamente diagnosticadas con certificación médica y ante una emergencia para tal condición en la cual necesite asistencia en el extranjero, la compañía indemnizará los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, los honorarios médicos y los productos farmacéuticos prescritos por el facultativo que le atienda, sujeto al máximo que se especifica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Esta indemnización podrá ser otorgada por la compañía Aseguradora pagando directamente al centro asistencial al que ella remita al asegurado, o bien mediante reembolso de gastos.

5.10 Medicamentos ambulatorios y durante la hospitalización

La compañía se encargará de los gastos de medicamentos recetados por el facultativo que lo atienda hasta los límites indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

5.11 Odontología de urgencia por enfermedad no preexistente o accidente:

Los gastos correspondientes a los servicios odontológicos recibidos por el asegurado durante el viaje en caso de emergencia odontológica por infección o trauma. La atención odontológica estará limitada únicamente al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria.

5.12 Reembolso gastos por Vuelo Demorado o Cancelado

Si el vuelo del asegurado fuera demorado por más de 6 horas consecutivas desde la hora de partida programada originalmente, la compañía reembolsará los gastos en concepto de alojamiento, alimentación, taxi, realizados por el asegurado durante el lapso de la demora y hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.13 Interrupción de Viaje por Fallecimiento de un Familiar

La compañía abonará los gastos de desplazamiento del asegurado cuando tenga que interrumpir el viaje por fallecimiento en Chile del cónyuge, del conviviente civil en su caso, o un familiar hasta el 2º grado de parentesco y hasta el lugar de inhumación, siempre que no pueda efectuar razonablemente dicho desplazamiento en el mismo medio de transporte utilizado en el viaje, sujeto al máximo que se especifica en las condiciones particulares de la póliza.

Cuando se haya brindado este servicio, el asegurado deberá transferir a la compañía el (los) cupón(es) correspondiente(s) al (a los) tramo(s) no utilizado(s) del boleto aéreo original o su contravalor.

5.14 Anticipo de Fondos para Fianzas

Si el asegurado fuera detenido por imputársele responsabilidad criminal en un accidente, podrá recurrir a la compañía para obtener un préstamo a fin de afrontar la fianza que le fuera exigida para su libertad condicional. El otorgamiento del préstamo al asegurado en estas circunstancias, estará sujeto a las condiciones que establezca la compañía en cada caso al momento del siniestro y que el asegurado deberá aceptar.

5.15 Asistencia Legal para realizar reclamos a raíz de accidentes:

Si el asegurado requiriese asistencia legal para realizar reclamos o efectuar demandas a terceros por daños u otra compensación a raíz de accidentes, la compañía pondrá un abogado a disposición del asegurado para tal efecto. Serán a exclusivo cargo del asegurado la contratación de los servicios profesionales, así como el pago de todos los honorarios y gastos que el caso genere.

La obligación de la compañía se limita a la puesta a disposición de un profesional. En todos los casos, los abogados designados o recomendados por la compañía serán considerados como agentes del asegurado sin derecho a reclamo o indemnización alguna en contra de la compañía por haber propuesto a determinados profesionales.

ARTICULO N°6: OTRAS COBERTURAS

La compañía prestará los siguientes servicios de asistencia al asegurado que se encuentre en viaje respecto de contingencia que sufra en relación del extravío o pérdida de su equipaje o efectos personales en las formas, condiciones, con los topes y límites que se establezcan en las Condiciones Particulares, de acuerdo al plan contratado:

6.1 Localización de equipajes

La compañía asistirá al asegurado en el exterior con todos los medios a su alcance para intentar localizar equipajes extraviados que hubieren sido despachados en la bodega del mismo vuelo internacional en el que viajaba el asegurado. La compañía no asume responsabilidad alguna por equipajes extraviados y/o no localizados.

6.2 Asistencia en caso de demora o extravío de equipajes

La compañía reintegrará al asegurado los gastos derivados de la compra de artículos de primera necesidad producidos como consecuencia de la demora del equipaje.

(1) Si el equipaje no es entregado dentro de las primeras 8 horas, contadas a partir del momento en que se realiza la denuncia a la línea aérea, el asegurado recibirá una compensación de acuerdo al monto indicado en las Condiciones Particulares. Dicha indemnización se habilitará nuevamente por cada lapso adicional de 8 horas, hasta completar el monto máximo.

(2) Si el equipaje no fuera entregado dentro de los 10 días, el asegurado percibirá de la compañía una suma adicional hasta completar el monto indicado en las Condiciones Particulares.

Si dos o más Titulares comparten el mismo bulto extraviado, se prorratará entre los mismos la compensación.

La compañía indemnizará al asegurado por kilogramo despachado, detallado en el talón de despacho de equipaje (bag tag), y bulto completo perdido y hasta el monto máximo indicado las Condiciones Particulares. En caso de que el peso del equipaje no pueda ser determinado, éste se calculara tomando la suma indemnizada por la línea aérea sobre el monto indemnizatorio por kilogramo que ésta utilice.

La indemnización al Asegurado será suplementaria o complementaria a la abonada por la línea aérea conforme a lo indicado en la póliza. En caso de indemnización complementaria, el importe de la misma se determinará como la diferencia entre lo abonado por la línea aérea y el monto que se determine, y siempre hasta el límite máximo indicado por este concepto en la póliza. No será válida compensación alguna si la indemnización de la compañía aérea iguala o supera el límite máximo establecido en la póliza para este concepto.

Requisitos para obtener las compensaciones y/o indemnizaciones:

- a) Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo internacional (entre dos países) en un avión de línea aérea regular.
- b) Que el mencionado equipaje haya sido debidamente despachado a nombre del asegurado y en la bodega del transporte aéreo indicado.
- c) Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la compañía aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al asegurado al finalizar el viaje.
- d) Que el equipaje se haya extraviado fuera del territorio de la República de Chile.
- e) Que la falta de localización del equipaje haya sido informada por el asegurado de la póliza dentro de las 24 horas desde el momento en que se constató dicha falta.
- f) Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje y haya abonado al asegurado la indemnización correspondiente prevista por la compañía aérea. El asegurado deberá probar la aceptación de responsabilidad de la línea aérea mediante la presentación de comprobantes fehacientes.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA:

- a) Formulario P.I.R. (Property Irregularity Report).
- b) Pasaporte, pasajes aéreos.
- c) Comprobantes originales de los gastos efectuados (para el reembolso de gastos por demora en la localización del equipaje).
- d) Original del recibo de indemnización de la línea aérea (para la compensación por pérdida total) y/o copia del comprobante bancario de cobro de dicha indemnización.
- e) La indemnización por pérdida total de equipaje se abonará al Asegurado sólo en Chile y el tipo de cambio a aplicarse será el vigente al día de la fecha de transferencia.

ARTICULO N°7: EXCLUSIONES

Están excluidos de esta cobertura las prestaciones y los siguientes hechos:

- a) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta, sin previo consentimiento de la compañía, salvo que la comunicación haya sido imposible por razón de caso fortuito o fuerza mayor.
- b) Los gastos de asistencia médica, hospitalaria o sanitaria en que se haya incurrido dentro del Territorio de Chile.
- c) Quedan expresamente excluidos los estudios y/o los tratamientos relacionados con enfermedades Preexistentes. Cuando se trate de enfermedades excluidas según la presente cláusula, la Compañía sólo tomará a su cargo gastos hasta el tope indicado en la póliza, siempre y cuando la misma se produzca durante un viaje internacional.

- d) Intento de suicidio, intoxicaciones o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- e) La muerte producida por suicidio.
- f) La asistencia por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
- g) Enfermedades endémicas o epidémicas: Se aplica a las enfermedades endémicas y /o epidémicas en países con emergencia sanitaria en caso que el asegurado no haya seguido las sugerencias y /o indicaciones sobre restricciones de viaje y /o tratamiento profiláctico y /o vacunación emanadas de autoridades sanitarias.
- h) Gastos de prótesis odontológicas, audífonos, anteojos, lentes de contacto y prótesis funcionales de competición; como así también los gastos ocasionados por rotura, desgaste o mantenimiento de prótesis, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas que resulten necesarios por el paso del tiempo o por algún motivo no accidental.
- i) Partos y estados de embarazo a menos que se trate de una complicación clara e imprevisible. Los estados de embarazo posteriores a la semana 26 de gestación están excluidos cualquiera sea la naturaleza de la causa que motiva el tratamiento. Se excluyen controles ambulatorios vinculados al embarazo de curso normal, tanto consultas médicas como estudios relacionados; partos y cesáreas de curso normal y a término, abortos provocados, los gastos médicos y de cualquier otro tipo relacionados con el recién nacido.
- j) Chequeos o exámenes de rutina: Los chequeos o exámenes médicos de rutina. Se excluyen además inmunizaciones o vacunas profilácticas y tratamientos preventivos y/o profilácticos.
- k) HIV: Síndrome de inmunodeficiencia humana, SIDA y HIV en todas sus formas, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias.
- l) Enfermedades venéreas o de transmisión sexual.
- m) Tratamientos odontológicos más allá de la primera asistencia de Urgencia Dental (Tratamiento de conducto, implantes, obturación definitiva etc.). Asimismo, se excluyen reparación de implantes no naturales, fundas o complicaciones de elementos de ortodoncia o prótesis dentales.
- n) Extirpación de lunares, nevos o verrugas; así como intervenciones orientadas a un manejo estético más que reconstructivo.
- o) Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación activa en toda clase de competencias deportivas. Además, quedan expresamente excluidas las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos o de alto riesgo, incluyendo, pero no limitado a: motociclismo, automovilismo, boxeo, artes marciales, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, ski acuático, jet ski, wave runner, moto de nieve, cuatriciclos, vehículos todo terreno, snowboard, skate, parasail, buceo, aladeltismo, alpinismo, surf, windsurf, etc. Asimismo, quedan excluidas las asistencias que puedan ocurrir como consecuencia de la práctica de ski y/u otros deportes invernales no mencionados en el párrafo anterior fuera de pistas reglamentarias y autorizadas.
- p) Viajes aéreos en aviones no destinados y autorizados como transporte público.
- q) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico autorizado en el país de ocurrencia del sismo.

- r) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas. Por tanto, si el asegurado viajase al extranjero a someterse a algún tratamiento médico específico, estas prestaciones quedarán expresamente excluidas de las coberturas.
- s) Todo tipo de tratamiento por obesidad.
- t) Controles de tensión arterial. Hipertensión arterial y sus consecuencias.
- u) Diagnóstico y tratamiento de acné.
- v) Asistencia médica por malformaciones genéticas.
- w) La compañía está expresamente liberada, exenta y excusada de cualquiera de sus obligaciones y responsabilidades en caso de que el asegurado sufra algún daño o requiera asistencia a consecuencia y/o derivada de caso fortuito o de fuerza mayor, tales como catástrofes, inundaciones, tempestades, guerra internacional o guerra civil declaradas o no, rebeliones, conmoción interior, actos de guerrilla o antiguerrilla, hostilidades, represalias, conflictos, embargos, apremios, huelgas, movimientos populares, actos de sabotaje o terrorismo, entre otros similares.
- x) Se excluyen enfermedades mentales y/o afines de la esfera psiquiátrica y otras relacionadas con ella: Enfermedades psicológicas, mentales, psicosis, neurosis y cualquiera de sus consecuencias mediatas o inmediatas;
- y) Se excluyen daños al equipaje y/o faltantes parciales o totales de contenido.
- z) Si el motivo del viaje del Asegurado fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional. En todos los casos, los servicios descritos en la póliza serán complementarios de los que deban prestarse por parte de entidades asistenciales y de seguros según las normas de seguridad industrial y de riesgos laborales aplicables en el país donde se presente la enfermedad o accidente objeto del servicio.

ARTICULO N°8: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

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

- a) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos; y la materia asegurada. Esta obligación podrá cumplirla directamente al asegurador o a través del contratante de la póliza.
- b) Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;
- c) Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- d) Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
- e) Notificar al asegurador tan pronto sea posible de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro.
- f) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias; y

g) Las demás obligaciones contempladas en la póliza.

ARTICULO N° 9: PRIMA Y EL EFECTO 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, se declarará terminado el contrato mediante comunicación enviada de acuerdo a lo establecido en el artículo 15.

El término del contrato operará al vencimiento del plazo de 15 días corridos, contados desde la fecha del envío de la comunicación, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo 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. Si el vencimiento del plazo de 15 días recién señalado, recayere en día sábado, domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

Mientras la terminación no haya operado, la compañía aseguradora podrá desistirse de ella mediante una nueva comunicación en que así lo informe a la persona que contrató el seguro.

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 resolución, no significará que la compañía aseguradora renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

ARTICULO N°10: PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a alguna de las prestaciones comprendidas en esta póliza, el asegurado solicitará por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos identificativos, el número de la póliza, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa, de acuerdo al procedimiento establecido en las Condiciones Particulares.

ARTICULO N°11: TERMINACION ANTICIPADA DEL SEGURO

De acuerdo a los términos del Artículo 537 inciso 3° del Código de Comercio, el asegurado podrá poner término al seguro en cualquier momento mediante comunicación escrita a la Compañía Aseguradora, y sin expresión de causa, en cuyo caso se efectuará una devolución de la prima pagada no devengada.

Asimismo, el asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato, en los términos dispuestos en el artículo 537 del Código De Comercio. El asegurador deberá expresar en la respectiva comunicación enviada al asegurado, contratante o tomador, según el caso, las causas que motivan o justifican el término del seguro.

Las causas que podrá expresar el Asegurador serán las siguientes:

a) Que la siniestralidad de la cartera aplicable o la cantidad de siniestros del contrato supere el nivel

establecido en las condiciones particulares;

b) Que el asegurador decida no continuar asegurando uno o más de los riesgos que afecten a la materia asegurada descrita en las condiciones particulares;

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, según sea el caso.

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.

ARTICULO N° 12: SUBROGACION

El asegurado está obligado a realizar y ejecutar, a expensas de la compañía, cuantos actos sean necesarios y todo lo que razonablemente la compañía pueda exigir, con el objeto de ejercitar cuantos derechos, recursos o acciones le correspondan o pudieran corresponderle contra terceros que puedan tener responsabilidad civil o penal en la ocurrencia del siniestro.

Pagada la indemnización, operará la subrogación legal del artículo 534 del Código de Comercio.

Si por alguna circunstancia la compañía recibiese una suma mayor que la desembolsada por pago de la indemnización y otros gastos, devolverá la diferencia al asegurado.

ARTICULO N° 13: ARBITRAJE

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y la Compañía, sea en relación con la validez o ineficiencia 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 las disputas entre el Asegurado y la Compañía 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.

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

ARTÍCULO N°14: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito, mediante correo electrónico, carta cuyo despacho sea debidamente certificado u otro medio de contacto fehaciente, dirigida al

domicilio de la Compañía o al domicilio o dirección de correo electrónico que el Contratante, Asegurado o Beneficiario haya informado para estos efectos a la Compañía, en caso que corresponda, ya sea en la propuesta de seguro, en las Condiciones Particulares o en el denuncia de siniestro si procede.

ARTÍCULO N°15: DOMICILIO

Para todos los efectos derivados del presente contrato de seguro las partes fijan como domicilio especial el que se establece en las Condiciones Particulares de esta póliza.