

SEGURO DE VIDA SIN VALORES GARANTIZADOS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 220131805

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.

La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la compañía aseguradora o asegurador, y en base a la información que le ha entregado la compañía aseguradora al asegurado respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente póliza.

La presente póliza genera derechos y obligaciones para el asegurado y asegurador. 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. Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 2° - TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas por esta póliza y que no pertenecen a la compañía aseguradora, estarán reservados al contratante, salvo que en las condiciones particulares se hubiere convenido lo contrario.

ARTÍCULO 3° - INTERÉS ASEGURABLE

Es aquel que tiene el asegurado en la no realización del riesgo. El asegurado debe tener un interés asegurable, actual o futuro, respecto al asegurado. En todo caso es preciso que tal interés exista al momento de ocurrir el siniestro.

Si el interés no llegare a existir, o cesare durante la vigencia del seguro, el contrato terminará a contar de fecha de inicio de la inexistencia del interés asegurable, cesando así cualquier responsabilidad de la compañía aseguradora sobre el asegurado y, así mismo, el asegurado tendrá derecho a la restitución de la parte de la prima no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no cubierto.

ARTÍCULO 4° - DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

El contratante podrá instituir, para cobrar el importe de este seguro en caso de fallecimiento del asegurado, a una o más personas, individualizándolas en las condiciones particulares de esta póliza.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo mención en contrario.

A falta de beneficiarios instituidos por el contratante, el monto de la indemnización se pagará a los herederos testamentarios del asegurado, en los porcentajes establecidos en el testamento o la ley, o, a falta de herederos testamentarios, al cónyuge sobreviviente y a los herederos intestados del asegurado, por partes iguales. El cónyuge y los herederos, en estos casos, serán considerados beneficiarios para todos los efectos del presente contrato.

El contratante podrá cambiar de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso, deberá contar con su consentimiento, manifestado por escrito a la compañía aseguradora. La compañía aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, o a los designados en testamento, el que fuera de fecha posterior conforme al artículo 593 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 5° - COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

En los términos de la presente póliza, el capital asegurado señalado en las condiciones particulares será pagado por la compañía aseguradora a los beneficiarios después del fallecimiento del asegurado, si ocurre durante la vigencia de la póliza. Si el asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de la póliza, no habrá derecho a indemnización alguna.

La prima se devengará hasta la fecha de vencimiento de la póliza o hasta la fecha de fallecimiento del asegurado, si éste ocurre antes.

La duración de ésta póliza es de 1 año, contado desde la fecha inicial de vigencia. Sin embargo, si el asegurado no manifestare su opinión en contrario, la póliza se renovará automáticamente por igual período y la compañía aseguradora establecerá las primas de acuerdo con el capital asegurado señalado en las condiciones particulares de la póliza y la edad alcanzada por el asegurado, las que deberán ser pagadas hasta el vencimiento del nuevo período de pago de primas y así sucesivamente.

ARTÍCULO 6° - CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de la póliza o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

ARTÍCULO 7° - DERECHO DE CONVERSIÓN

Estando esta póliza vigente, sólo el contratante tendrá derecho a cambiar la cobertura, cuando lo estime conveniente, sin requisitos de asegurabilidad, siempre que no lo haga a una de mayor capital asegurado o plazo distinto, y pague la diferencia de prima que corresponda a la nueva cobertura, incluido el monto requerido para completar la reserva matemática que corresponda.

ARTÍCULO 8° - EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado fuere causado por:

a) Suicidio, automutilación, o autolesión.

No obstante, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que, hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro, desde su rehabilitación o desde el aumento de capital asegurado. En éste último caso el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital asegurado.

b) Pena de muerte o por participación en cualquier acto delictivo.

c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización

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

g) Realización o participación en una actividad riesgosa, considerándose como tales aquellas que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo y/o se requiera de medidas de protección y/o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin ser restrictivos en su enumeración, se considera riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajo, deporte o actividad en altura superior a 20 metros o líneas de alta tensión, inmersión submarina a más de 30 metros de profundidad, paracaidismo, alas delta, benji, parapente, andar en cuatrimoto o motocicleta, como conductor o pasajero, carreras de auto, montañismo sobre 3.000 metros del nivel del mar, vuelos no regulares como conductor o pasajero, carreras de caballo, ski fuera de canchas habilitadas, etc.

i) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

j) Conducción de algún vehículo motorizado cuando el asegurado se encuentre bajo la influencia de cualquier droga que produzca efectos desinhibidores, alucinógenos, somníferos o en estado de ebriedad. Para efectos de esta exclusión se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad cuando posea un resultado igual o superior a 0.8 gramos de alcohol por mil gramos de sangre al momento del accidente. Para estos efectos se establece que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende 0.11 gramos por mil cada hora.

ARTÍCULO 9° - PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima será pagada en forma anticipada en la oficina principal de la compañía aseguradora o en los lugares que ésta designe y mensualmente, salvo que en las condiciones particulares se establezca una modalidad diferente.

La compañía aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días, salvo que en las condiciones particulares se establezca un plazo diferente, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si el asegurado fallece durante dicho plazo de gracia, se deducirá del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

Si al vencimiento del plazo de gracia, no ha sido pagada la prima vencida, se producirá la terminación del contrato, la cual, se hará efectiva a contar del plazo de 15 días, contados desde la fecha de envío de la comunicación que, con este objeto, haya enviado la compañía aseguradora al contratante y dará el derecho a la compañía aseguradora, para exigir que se le pague la prima devengada hasta la terminación y los gastos de formalización del contrato que se definan en las condiciones particulares conforme lo establecido en el artículo 528 del Código de Comercio.

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

La prima del presente seguro por concepto de indemnización en caso de fallecimiento como el capital mismo asegurado indicado para ese caso en las condiciones particulares de esta póliza, se expresan en la unidad reajutable que se señala en dichas condiciones, y se reajustarán conforme la variación que experimente dicha unidad y según sea la edad alcanzada de cada asegurado, según tabla de ajuste indicada en las condiciones particulares.

ARTÍCULO 10° - MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato se expresarán en moneda extranjera, en unidades de fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las condiciones particulares.

El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajutable señalada en las condiciones particulares, que se considerará para el pago de prima y beneficios, será el vigente al momento de su pago efectivo. La misma regla será aplicable a la devolución de prima que correspondiere.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la compañía aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 11° - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado conforme al artículo 524 del Código de Comercio estará obligado a:

- 1° Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador o compañía aseguradora para identificar los riesgos a que se encuentra expuesto el asegurado y apreciar la extensión de los mismos;
- 2° Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen al mismo asegurado;
- 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° No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador o compañía aseguradora sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio;
- 6° Notificar a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
- 7° Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias. Si el tomador del seguro o contratante y el asegurado son personas distintas, corresponde al tomador o contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del tomador o contratante podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 12° - DECLARACIONES DEL ASEGURADO

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

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

Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no fueron determinantes del riesgo asegurado, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas.

Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, el asegurador tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en base a circunstancias por él conocidas y consultadas por la compañía aseguradora en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro. La compañía aseguradora se obliga a proporcionar los medios para efectuar estas declaraciones y comunicaciones por parte del asegurado.

ARTÍCULO 13° - AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Tanto el asegurado como el contratante deberán entregar a la compañía de seguros, información confidencial o no de cualquier Médico, Enfermera, Psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros o a cualquier otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud para la correcta liquidación del siniestro. Para lo anterior, la compañía aseguradora desde ya está facultada para solicitar tales documentos.

ARTÍCULO 14° - DENUNCIA DE SINIESTROS

JUSTIFICACIÓN:

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la cantidad reclamada y deberán proporcionar las pruebas necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente o enfermedad que requiere hospitalización, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de dicho accidente o enfermedad. En caso de no cumplirse con este requisito, la responsabilidad del asegurador con respecto del asegurado o beneficiarios emanada de esta póliza, cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo.

La compañía aseguradora se reserva el derecho a solicitar a las autoridades competentes, y a su costa, que efectúe una autopsia en caso de muerte del asegurado. Si el beneficiario se negare a permitir dicha autopsia o la retardase en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.

NOTIFICACIÓN Y PLAZO:

Cuando se produzca un accidente o enfermedad que requiere hospitalización, éste se deberá poner en conocimiento del asegurador por escrito dentro del plazo de treinta (30) días contado desde su ocurrencia, para lo cual se deberá llenar además un formulario proporcionado por el asegurador, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

ARTÍCULO 15° - PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO

La obligación de pagar el Capital Asegurado deberá ser cumplida por la compañía aseguradora en un sólo acto, por su valor total y en dinero, a menos que los beneficiarios, o el asegurado en su caso, opten porque ese valor se destine, total o parcialmente, al pago de una prima única de un seguro de renta vitalicia, temporal u otro seguro que se contrate para este efecto, los que deben estar registrados en la Superintendencia de Valores y Seguros.

La opción establecida en este artículo podrá ser ejercida por el contratante al designar o cambiar beneficiarios, en cuyo caso éstos carecerán de la facultad de optar.

En todo caso, de la liquidación de esta póliza será deducida cualquier deuda que con la compañía aseguradora tuvieren el contratante o el asegurado.

ARTÍCULO 16° - LIQUIDACIÓN DE LA PÓLIZA

Al fallecimiento del asegurado, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago del capital asegurado presentando los siguientes antecedentes:

- a) Certificado de Defunción del asegurado;
- b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado, y
- c) Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad del asegurador.

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 5° precedente, si la edad del asegurado fuese mayor a la declarada o a la señalada en las condiciones particulares, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado reducido en proporción al monto de la prima recibida. Si, además, el asegurado hubiere tenido más de sesenta y cinco (65) años de edad al momento de contratarse el seguro, la compañía aseguradora sólo devolverá al contratante la prima recibida, sin intereses y descontando el valor de las comisiones y gastos. Si la edad fuese menor que la declarada, se pagará el capital asegurado y se devolverá el exceso de prima recibida, sin intereses.

ARTÍCULO 17° - TERMINACIÓN

El inicio de vigencia de este seguro, será el indicado en las condiciones particulares de la póliza.

Este seguro terminará, en el momento que suceda alguno de los siguientes hechos:

a) Fallecimiento del asegurado.

b) Si el contratante falleciere estando esta póliza en vigencia, se producirá la terminación del contrato, a menos que el asegurado, si fuese persona distinta, se hiciera cargo de sus obligaciones antes del término del período de gracia conferido para el pago de la prima, y en tal caso ejercerá también los derechos, facultades y opciones que esta póliza reconoce al contratante, ocupando su lugar para todos los efectos del contrato.

c) Solicitud por parte del asegurado del término del contrato.

d) Cuando se cumpla el plazo de vigencia o cuando el asegurado cumpla la edad estipulada en las condiciones particulares de la póliza.

e) A partir del momento en que no se cancele la prima en la forma establecida en las condiciones particulares. En ese caso, se concederá un período de gracia estipulado en las condiciones particulares de la póliza, durante el cual la póliza permanecerá vigente. Si transcurrido dicho período de gracia el asegurado no ha abonado la prima estipulada en las condiciones particulares de la póliza y si no ha pagado a la compañía aseguradora lo adeudado por concepto de costo de coberturas, costo incremental de coberturas y gastos de la compañía aseguradora, la compañía aseguradora enviará carta de terminación del seguro al asegurado, produciéndose el término del seguro 15 días después de enviada dicha carta.

f) En caso que el asegurado no aceptare la nueva moneda o unidad de contrato de acuerdo a lo establecido en el artículo 10 del presente condicionado.

g) Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso el asegurado tendrá derecho a la restitución de la parte de la prima pagada no ganada por la compañía aseguradora correspondiente al tiempo no corrido.

ARTÍCULO 18° - REHABILITACIÓN

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de dicha terminación anticipada.

A tal efecto, deberá acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la compañía aseguradora y pagar toda la prima vencida y reserva matemática cuando corresponda, los gastos que origine la rehabilitación y demás cantidades que adeudare a la compañía.

La sola entrega a la compañía aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar la póliza si previamente no ha habido aceptación escrita de la compañía a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la compañía de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 19° - NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS

El contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador información sustancialmente falsa al prestar la declaración a que se refiere el número 1° del artículo 11 del presente condicionado y se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro.

En dichos casos, pronunciada la nulidad o la resolución del seguro, el asegurador podrá retener la prima o demandar su pago y cobrar los gastos que le haya demandado acreditarlo, aunque no haya corrido riesgo alguno, sin perjuicio de la acción criminal.

Esta póliza se encuentra sujeta al artículo 470 del Código Penal, que en su punto 10° establece que a los que maliciosamente obtuvieren para sí, o para un tercero, el pago total o parcialmente indebido de un seguro, sea simulando la existencia de un siniestro, provocándolo intencionalmente, presentándolo ante el asegurador como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando la cosa asegurada o aumentando fraudulentamente las pérdidas efectivamente sufridas. Si no se verifica el pago indebido por causas independientes de su voluntad, se aplicará el mínimo o, en su caso, el grado mínimo de la pena. La pena se determinará de acuerdo con el monto de lo indebidamente solicitado.

ARTÍCULO 20° - COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía aseguradora y el contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá realizarse por correo electrónico u otro medio electrónico o no, registrado para estos efectos en las condiciones particulares o certificados correspondientes, según sea el caso, la cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante, asegurado o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo el contratante, asegurado y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo de su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.

Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la compañía aseguradora podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio de la compañía aseguradora o al último domicilio del contratante, registrado en las condiciones particulares de la póliza. Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo.

Las comunicaciones dirigidas a la compañía aseguradora deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la compañía aseguradora.

ARTÍCULO 21° - ARBITRAJE Y 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.

Sin embargo, el asegurado o el beneficiario podrán por sí solos someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros, las resoluciones de las dificultades que se produzcan con la compañía aseguradora cuando el monto de la indemnización reclamada no sea superior a 120 Unidades de Fomento.

ARTÍCULO 22° - DOMICILIO

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro el del domicilio del beneficiario conforme al artículo 543 del Código de Comercio.

CLÁUSULA DE ANTICIPO DE CAPITAL POR ENFERMEDADES GRAVES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 320131657

Esta cláusula adicional, no obstante lo estipulado en las condiciones generales de la póliza, se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO 1° - COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La compañía aseguradora pagará al asegurado establecido en la póliza del seguro principal, el capital asegurado para la cobertura principal o bien un porcentaje de éste o bien el capital asegurado específicamente establecido para esta cláusula adicional, según lo señalado en las condiciones particulares, cuando dentro de la vigencia de esta cláusula y luego de transcurrido el período de carencia, se diagnostique al asegurado por primera vez una enfermedad o sea sometido a una intervención quirúrgica de aquellas cubiertas por esta cláusula, señaladas y definidas según los términos y condiciones que se estipulan en el presente artículo.

Serán asegurables las personas menores de sesenta y cinco (65) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las condiciones particulares de la póliza, que completen una declaración personal de salud, cuando corresponda, y que sean aceptados por la compañía aseguradora.

En los casos de renovación de esta cláusula adicional el asegurado tendrá cobertura hasta la edad o el periodo que se especifique en las condiciones particulares.

1. Infarto Cardíaco: Definido como la muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de una llegada inadecuada de sangre al área relevante. El diagnóstico se basará en los siguientes criterios: a) Historia del dolor torácico de presentación súbita y sugerente de infarto al miocardio. b) Cambios recientes y confirmatorios en el electrocardiograma. c) Elevación de enzimas cardíacas.

2. Derrame Cerebral: Cualquier incidente cerebrovascular que dé lugar a secuelas que dure más de veinticuatro (24) horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo de una fuente extra craneana. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo 3 meses después del suceso. No se aceptarán reclamaciones antes de transcurrido ese tiempo. No se considerarán dentro de la cobertura los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

3. Cirugía de Bypass Aortocoronaria: Definido como afecciones de las arterias coronarias tratadas con una operación "bypass" o "puente coronario", por recomendación de un especialista y evidenciada por el resultado de una angiografía, para corregir una estenosis u oclusión crítica en dos o más arterias coronarias. El resultado de la angiografía junto con el informe médico estará a disposición de la compañía. No se considerarán dentro de la cobertura las técnicas no operatorias mediante cirugía, como la angioplastia, el stent, tratamiento por láser o cualquier otro procedimiento no operatorio.

4. Cáncer: Definido como una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión de tejidos. El término cáncer también incluye la leucemia y el mal de Hodgkin.

5. 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 hemodiálisis o el trasplante renal.

6. 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 al trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente y antes que éste se realice. Una vez que la compañía aseguradora ha sido notificada de este hecho solo podrá poner término al contrato del asegurado que se encuentre en dicha situación si este incurriere en alguna causal legal que así lo permita. Se excluye de esta cobertura los costos de la criopreservación del trasplante de células madres.

ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura y no cubre ninguna enfermedad o lesión del asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Alcoholismo o drogadicción.
- b) Cánceres a la piel excepto melanomas malignos.
- c) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, SIDA.
- d) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado, con anterioridad a la fecha de la contratación de la cobertura de esta cláusula adicional. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la compañía aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En el condicionado particular o en el certificado de cobertura según corresponda, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza. Con todo, el consentimiento señalado del asegurable no será necesario en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por estos.
- e) En caso de Cirugía de Bypass Aortocoronaria, la presente cláusula adicional excluye además la angioplastia, tratamientos por láser y todas las otras técnicas que no requieran la apertura quirúrgica del tórax, así como operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita. f) Cáncer In situ de cualquier localización.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional, las exclusiones establecidas en las condiciones generales del seguro principal de la póliza.

ARTÍCULO 3° - CARENCIA

La compañía aseguradora podrá establecer en las condiciones particulares un período de carencia el cual se entiende como un periodo de tiempo en el cual el contratante o el asegurado, según corresponda, paga primas pero el asegurado no recibe la cobertura prevista en esta cláusula adicional. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la cláusula hasta una fecha posterior determinada y especificada en las condiciones particulares.

ARTÍCULO 4° - PRIMAS

La compañía aseguradora podrá establecer en las condiciones particulares un período de carencia el cual se entiende como un periodo de tiempo en el cual el contratante o el asegurado, según corresponda, paga primas pero el asegurado no recibe la cobertura prevista en esta cláusula adicional.

Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la cláusula hasta una fecha posterior determinada y especificada en las condiciones particulares.

ARTÍCULO 5° - DENUNCIA DE SINIESTROS

Será obligación del asegurado, proporcionar a la compañía aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la compañía para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos Sin perjuicio de lo señalado en las condiciones generales de la póliza principal, el aviso del siniestro deberá darse a la compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de diagnóstico comprobado de la existencia de alguna de las enfermedades cubiertas por esta cláusula adicional.

Asimismo, se deberán presentar los antecedentes relativos al siniestro dentro de los sesenta (60) días contados desde igual fecha.

El incumplimiento o presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta cláusula adicional y que digan relación con el riesgo cubierto bajo ésta, hará caducar los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, y liberará a la compañía del pago de la indemnización que habría correspondido bajo esta cobertura.

ARTÍCULO 6° - BENEFICIARIOS

En conformidad a lo dispuesto en el artículo 1° de esta cláusula adicional, el beneficiario será el asegurado de la póliza individualizado en las condiciones particulares. No obstante lo anterior, en caso de fallecer el asegurado antes del pago del siniestro, en caso que ello corresponda, el monto asegurado será pagado a los beneficiarios de la cobertura principal.

ARTÍCULO 7° - REQUISITOS PARA PAGO DE LOS SINIESTROS

Constituyen requisitos para el pago de un siniestro por parte de la compañía aseguradora:

- a) La entrega oportuna del asegurado a la compañía aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.
- b) Contar con la certificación emitida por un médico del país de un diagnóstico comprobado de la existencia de alguna de las enfermedades cubiertas por esta cláusula adicional. Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, y el asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la compañía solicite para aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro.

El costo de éstos será de cargo de la compañía aseguradora. Sin el cumplimiento de estos requisitos, la compañía aseguradora no estará obligada a efectuar el pago por concepto de esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 8° - PAGO DE SINIESTRO

Denunciado un siniestro, la compañía aseguradora efectuará el pago de la indemnización inmediatamente de concluido el análisis de los antecedentes respectivos. En caso de requerirse mayores antecedentes se procederá conforme a lo establecido en el título IV del D.S. N° 1.055 de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros. Durante este período se exonerará al asegurado del pago de primas por concepto de esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 9° - TERMINACIÓN

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio de la póliza principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las condiciones generales de la póliza principal, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto en los siguientes casos:

- a) Por terminación anticipada del seguro principal o de la cobertura para algún asegurado. En este caso, esto es válido sólo para dicho asegurado.
- b) Por rescate o transformación de la póliza principal en seguro saldado o en seguro prorrogado, cuando estos derechos estén contemplados en ésta.
- c) Cuando el asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional de invalidez que contemple exoneración de pago de primas o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.
- d) A partir de la fecha en que el asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad o la edad de término de este adicional señalado expresamente en las condiciones particulares, en caso de que ella sea menor, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional, no dará derecho, en ningún caso, al beneficio contemplado en ella. En tal caso la prima será devuelta en moneda corriente y al valor que tenga la moneda del seguro principal, al día de pago.

ARTÍCULO 10° - REDUCCIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO

El pago del beneficio contemplado en esta cláusula adicional pondrá término a ésta, y reducirá el Capital Asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento, en el monto equivalente al capital pagado por concepto de esta cláusula adicional. Sin embargo, la compañía aseguradora después de transcurridos ciento ochenta (180) días contados desde el pago del beneficio anteriormente señalado y siempre que la póliza se encuentre vigente y el asegurado esté vivo, aumentará el Capital Asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento, en el mismo monto en que se redujo según el párrafo anterior.