

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 320131515

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 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 conforme al inciso penúltimo y último respectivamente del artículo 524 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 2° - COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La compañía aseguradora pagará al asegurado o a sus beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por accidente, o de hospitalización a causa de enfermedad, las indemnizaciones, reembolsos y rentas señaladas en las condiciones particulares, de acuerdo a lo indicado en la descripción de las coberturas que a continuación se mencionan, siempre y cuando, estén expresamente consignadas en el Cuadro de Condiciones y Características que forma parte integrante de esta póliza, mediante el cargo de la prima que corresponda. Las coberturas contempladas en éste seguro son las siguientes:

A. Muerte Accidental.

En virtud de esta cobertura la compañía aseguradora pagará a los beneficiarios el monto especificado en el Cuadro de Condiciones y Características, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra, a más tardar, dentro de los sesenta (60) días siguientes de ocurrido el accidente. Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la compañía aseguradora deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere abonado al asegurado por el mismo accidente bajo el plan B, en caso de haber sido contratado.

B. Desmembramiento y la Incapacidad Total y Permanente.

Este plan contempla las coberturas de Desmembramiento y de Incapacidad Total y Permanente, de acuerdo a lo siguiente:

1) 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 indica, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia, la compañía aseguradora 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) y de una mano o un brazo;
- 50% por la pérdida de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;
- 40% por pérdida 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 de otro, antes de contratar este seguro;
- 1% por la sordera completa de un oído;
- 50% por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiera tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
- 35% por la ceguera total de un ojo;
- 20% por la pérdida de un pulgar;
- 15% por la pérdida total del índice derecho e izquierdo.

5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
3% por la pérdida total de un dedo del pie; La pérdida de cada falange, se calculará en forma proporcional.

La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y/o falanges perdidos. La pérdida funcional total y absoluta 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 la vigencia de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado.

2) Incapacidad Total y Permanente

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encuentre dentro de los noventa días contados desde la fecha del accidente, salvo que en las condiciones particulares se estipule un plazo mayor, total y permanentemente incapacitado e impedido de desempeñar cualquier ocupación o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, la compañía pagará, previa determinación que dicha incapacidad sea total, continua y permanente, el porcentaje de la suma asegurada bajo esta cobertura indicado en las condiciones particulares, menos cualquier otra suma pagada o pagadera bajo los términos de esta cobertura y el saldo mientras el asegurado esté vivo, en la forma y plazos previstos en las condiciones particulares.

C. Reembolso de Gastos Médicos.

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora reembolsará al asegurado 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 siguiente a la fecha del accidente, indicado en las condiciones particulares, y a consecuencia de las lesiones sufridas en éste. 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 Previsional, seguros o beneficios de salud, y/o Bienestar, deberá hacer uso de ellos prioritariamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos 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.

D. Renta Mensual Cónyuge.

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora pagará al cónyuge del asegurado el monto mensual y durante el plazo, ambos indicados en las condiciones particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del asegurado titular se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra, a más tardar, dentro de los sesenta (60) días siguientes de ocurrido el accidente.

E. Renta Anual de Escolaridad.

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora pagará a cada hijo del asegurado fallecido cubierto bajo este plan, el monto anual y durante el plazo, ambos indicados en las condiciones particulares, a contar desde el mes de marzo más próximo a la fecha de fallecimiento del asegurado y una vez recibidas y aprobadas las pruebas de que éste se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra, a más tardar, dentro de los sesenta (60) días siguientes de ocurrido el accidente. Las rentas anuales de escolaridad de los hijos menores, serán pagadas al padre o a la madre, según proceda. A falta de éstos, deberán pagarse al tutor, curador o guardador que haya acreditado dicha calidad, y en su defecto, a quien acredite tener a su cargo la mantención y el cuidado de los beneficiarios de dicha renta de escolaridad.

F. Reembolso Adicional por Hospitalización a Causa de Accidente y/o Enfermedad.

En virtud de esta cobertura, la compañía aseguradora reembolsará al asegurado hospitalizado a causa de accidente y/o enfermedad, los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria hasta el monto máximo diario que se indica en el Cuadro de Condiciones y Características, de acuerdo a lo que más adelante se señala. La presente cobertura sólo se entenderá como adicional a la de Reembolso de Gastos Médicos descrita en el punto C.

Si se trata de hospitalización por accidente, se reembolsarán los gastos de las atenciones prestadas desde el término del período de carencia, especificado en las condiciones particulares, contado desde que se consuma totalmente el monto contemplado en la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos, hasta un máximo, indicado en las condiciones particulares, contadas desde el término del período de carencia señalado.

Si la hospitalización fuese a consecuencia de enfermedad, se reembolsarán los gastos de las atenciones prestadas después de terminado el período de carencia, indicado en las condiciones particulares, contado desde el comienzo de la hospitalización, hasta un máximo indicado en las condiciones particulares, contadas desde el término de dicho período. 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 Previsional, seguros o beneficios de salud y/o Bienestar, deberá hacer uso de ellos prioritariamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos 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.

ARTÍCULO 3° - EXCLUSIONES

No estarán cubiertos por el seguro el fallecimiento o lesiones del asegurado cuando ellas ocurran o se produzca a consecuencia de:

- a) Efectos de guerra, declarada o no declarada.
- b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- c) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motin, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- d) Suicidio, intento de suicidio, o heridas causadas a sí mismo, de acuerdo al inciso 2 del artículo 598 del Código de Comercio.
- e) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo.
- f) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- g) Infecciones bacterianas.
- h) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.
- i) Riesgos nucleares o atómicos.
- j) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico de la Universidad de Chile.
- k) 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, canopy, 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. 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. Adicionalmente, las coberturas que otorga esta póliza tampoco cubrirán los gastos que se originen por:
 - l) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
 - m) Tratamientos médicos quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.
 - n) Hospitalización a consecuencia de embarazo y/o maternidad, exámenes médicos de rutina, cirugía plástica o cosmética y cualquier tipo de enfermedad mental.

ARTÍCULO 4° - MODIFICACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Si el asegurado sufre un accidente que le provoque lesiones a causa de una actividad u ocupación riesgosa, excluida de cobertura en la letra k) del artículo anterior, la compañía aseguradora pagará únicamente, el porcentaje de las indemnizaciones previstas en esta póliza, que la prima pagada hubiere comprado a las tasas y dentro de los límites fijados por la compañía aseguradora para dicha ocupación más riesgosa.

Si la prima del asegurado se hubiere aumentado por el desempeño de una actividad u ocupación considerada riesgosa, y con posterioridad deja de realizarla y cambia por otra menos riesgosa que la señalada en esta póliza, la compañía aseguradora al recibo de la prueba de dicho cambio reducirá la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio de ocupación, o a la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente al recibo de dicha prueba, en caso que este aniversario hubiese ocurrido con posterioridad al cambio de ocupación. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima, serán las vigentes a la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

ARTÍCULO 5° - BENEFICIARIOS

Se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio asegurado. Para la cobertura de fallecimiento de éste se tendrá como beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres estén indicados con tal carácter en esta póliza. El asegurado podrá instituir como beneficiario a cualquier persona.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario. Si no designa a una persona determinada, se entenderá que instituye como beneficiario al cónyuge y a falta de éste, a los herederos legales del asegurado a la fecha de su fallecimiento.

El asegurado podrá cambiar de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación de éste haya sido en carácter de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su autorización. A tal efecto, deberá dar aviso al asegurador por escrito y enviar la póliza para que se haga la respectiva anotación en ella. El asegurador 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 6° - PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

a) Pago de Primas: El pago de las primas se hará en la oficina principal de la compañía aseguradora o asegurador en los lugares que éste designe, dentro de los plazos estipulados para el efecto en las condiciones particulares de esta póliza.

b) Plazo de Gracia: Efectuado el pago de la primera prima inicial de la póliza, el asegurador concede un plazo de gracia, indicado en las condiciones particulares, para el pago de las primas siguientes, cualquiera sea la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

c) Término del Contrato por Falta de Pago de Prima: Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, se podrá aplicar lo dispuesto en el artículo 528 del Código de Comercio, y la póliza quedará sin efecto al cabo de 15 días contados desde el envío de la comunicación que, con este objeto, la compañía aseguradora dirija al asegurado y dará derecho al primero a exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación, la responsabilidad de la compañía aseguradora por los siniestros posteriores al término de la vigencia, cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 7° - CONDICIONES DE RENOVACIÓN

Esta póliza puede ser renovada conforme al artículo 517 del Código de Comercio con el consentimiento de la compañía aseguradora, al término de cada período de cobertura, mediante el pago por adelantado de la prima especificada por la compañía aseguradora, siendo dicha prima calculada a la tasa que ésta tuviere en vigencia al momento de la renovación y hasta una edad máxima del asegurado indicada en las condiciones particulares.

ARTÍCULO 8° - REAJUSTE DE VALORES

El Capital Asegurado y el monto de las primas correspondiente a esta póliza, se expresarán en Unidades de Fomento o en otras unidades reajustables aprobadas por la Superintendencia de Valores y Seguros. El valor de las referidas unidades que deberá considerarse para el pago de las primas o indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas de esta póliza.

ARTÍCULO 9° - DENUNCIA DE SINIESTROS

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar las pruebas que la compañía aseguradora estime necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente sujeto a indemnización.

Cuando se produzca un accidente, éste se deberá poner en conocimiento del asegurador dentro del plazo, indicado en las condiciones particulares, contado desde su ocurrencia, salvo caso de fuerza mayor, y a pedido de la compañía aseguradora, deberá llenarse el formulario que ésta envíe. La compañía 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.

ARTÍCULO 10°: TERMINACIÓN

Las partes acuerdan que la compañía aseguradora tendrá el derecho de poner término anticipado al presente contrato con expresión de las causales que lo justifiquen, acordadas por las partes en las condiciones particulares y debiendo la compañía aseguradora comunicar esta decisión al asegurado por los medios establecidos en el artículo 17 de este condicionado.

La terminación del contrato se hará efectiva a contar del plazo de 30 días, contados desde la fecha de envío de la comunicación que, con este objeto, haya enviado la compañía aseguradora al contratante. En éste caso, la prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, pero en caso de haber ocurrido un siniestro se entenderá devengada totalmente conforme lo señalado en el artículo 537 del Código de Comercio.

En caso que la prima hubiese sido pagada por un periodo mayor al de la vigencia efectiva, la compañía aseguradora devolverá al asegurado la proporción de la prima que corresponda al tiempo que falte para la expiración normal del seguro. Igual derecho tendrá el asegurado, pero en este caso la compañía aseguradora le devolverá la diferencia entre la prima pagada y la prima consumida, debidamente reajustada.

ARTÍCULO 11° - REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso que a la póliza se le haya puesto término anticipado, el contratante podrá solicitar su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, el asegurador podrá exigir del asegurado que acredite, a su satisfacción, que reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal, debiendo pagar la diferencia que corresponda y los gastos que origine la rehabilitación.

ARTÍCULO 12° - 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, para identificar los riesgos a que se encuentra expuesto el asegurado y apreciar la extensión de los mismos. Para ello, la aseguradora dispondrá en la propuesta de seguro un espacio destinado a dichas declaraciones;
- 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 13° - DECLARACIONES DEL ASEGURADO

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en la solicitud de seguro, en sus documentos accesorios y/o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen condición de validez de este contrato de seguro.

Cualquiera reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, ocupación, actividades y/o deportes riesgosos del asegurado, que puedan influir en la apreciación del riesgo o de cualesquiera circunstancia que conocida por el asegurador pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta al asegurador para pedir la rescisión del contrato, en cuyo caso se devolverá al asegurado o a sus herederos el valor de las primas percibidas sin intereses y con deducción de los gastos originados por la emisión de la póliza conforme lo estipula el artículo 525 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 14° - 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 15° - NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS

El contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador información falsa al prestar la declaración a que se refiere el número 1° del artículo 12 de éste condicionado y se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro. En dichos casos, 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 obtuvieron 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 16°: IMPUESTOS

El contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador información falsa al prestar la declaración a que se refiere el número 1° del artículo 12 de éste condicionado y se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro. En dichos casos, 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 obtuvieron 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 17°: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía y el contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá realizarse por correo electrónico, 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.

Así mismo el contratante, asegurado y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo de exclusiva 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 podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio de la compañía 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 de seguros deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la compañía de seguros.

ARTÍCULO 18°: 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 19°: DOMICILIO

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro el del domicilio del beneficiario.