

CONDICIONES GENERALES SEGURO MULTIRIESGO VIDA Y SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320250122

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 beneficiario.

ARTICULO 2°: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza, se entenderá por definiciones las establecidas en el Art. 513 del Código de Comercio, además de las que se detallan a continuación:

i. Contratante de la Póliza: La persona jurídica o natural que suscribe este contrato con la Compañía Aseguradora y figura como tal en las Condiciones Particulares de la póliza y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. En caso de que Contratante y Asegurado Titular sean distintos, y que la póliza se haya contratado de manera individual, al fallecer el Contratante tendrá dicha calidad el asegurado titular.

ii. Asegurado: Es toda persona natural a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador y que, habiendo sido debidamente aceptado como tal por la Compañía, está habilitado para requerir la cobertura, estando definido como tal en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta póliza se distinguen las siguientes categorías de asegurados: **A) Asegurado Titular:** La persona que forma parte de un grupo, al ser miembro, trabajador, o esté vinculado con o por la entidad contratante y se encuentra señalado o definido en las Condiciones Particulares de la póliza. El asegurado titular podrá permanecer amparado por la cobertura que otorga esta póliza hasta cumplir la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares; **B) Asegurados Dependientes:** Pueden ser asegurados dependientes las personas naturales vinculadas al asegurado titular, que se establezcan en las condiciones particulares de la póliza. Los asegurados dependientes deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y encontrarse señalados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza. Las categorías de asegurados dependientes que consten en las Condiciones Particulares podrán contemplar condiciones y requisitos excluyentes entre éstos.

iii. Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado. Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

iv. Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones, que se manifiesten por 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 en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidente los hechos que sean consecuencia de ataques

cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

v. Evento: Cualquiera de las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal, con una duración y plazo que será definido en las Condiciones Particulares. El diagnóstico que de origen a un Evento cubierto en esta póliza debe ser necesariamente diagnosticado durante la vigencia de la póliza. En caso de que la enfermedad o accidente que dio origen a un evento objeto de reembolso se prolongue más allá del plazo indicado en las Condiciones Particulares, y siempre que la póliza se encuentre vigente, éste será considerado como un nuevo evento para todos los efectos, reinstalándose el deducible y el capital asegurado, por el número de veces, términos, plazos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares. El asegurado podrá presentar más de un evento durante la vigencia de esta póliza, siempre que esté asociado a un diagnóstico distinto. Transcurrido el periodo máximo de reembolso establecido en las Condiciones Particulares, cesará la obligación de la Compañía en relación con la cobertura que establece esta póliza.

vi. Médico: Persona que posee el título respectivo y esté habilitado legalmente para el ejercicio de esta profesión, en los términos establecidos en el artículo 112 del Código Sanitario.

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

viii. Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes: entendiéndose por tal aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

ix. Gastos Médicos Ambulatorios: Son los gastos médicos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, aún cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

x. Sistema o régimen de prestaciones de salud: Los sistemas de salud público y privado actualmente regulados en el DFL N°1 de 23 de septiembre de 2005, publicado el 24 de abril de 2006, que contempla y regula el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). La existencia de este régimen de salud o el sistema que eventualmente lo reemplace es esencial a los riesgos suscritos en este contrato.

xi. Cirugía y Tratamientos Dentales y Maxilofaciales: Todos aquellos tratamientos efectuados en piezas dentales y por afecciones de tipo esquelético articulares (temporomandibular) exceptuándose los de origen accidental.

xii. Padecimientos congénitos: Alteración del estado de salud fisiológico o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen en el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

xiii. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando, además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

xiv. Establecimiento Hospitalario: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el

tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que este concepto incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales, o de personas que sufran adicciones a drogas o alcohol.

xv. Hospitalización: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

xvi. Gastos Efectivamente Incurridos: Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta póliza, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones o Sistema de Salud Previsional al que se encontrare afiliado.

xvii. Monto Máximo de Reembolso: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en la moneda de la póliza, que la compañía reembolsará al asegurado titular o contratante de acuerdo a lo señalado en las condiciones particulares por los gastos médicos incurridos correspondientes a cada evento, dependiendo de la edad del asegurado y en los términos, proporciones, límites y condiciones señalados en esta póliza.

xviii. Periodo Máximo de Reembolso: Corresponde al plazo máximo expresado en días, meses o años, durante el cual la Compañía Aseguradora reembolsará al asegurado titular o contratante los gastos médicos efectivamente incurridos correspondientes al diagnóstico que da origen a cada evento, dependiendo de la edad del asegurado y en los términos, proporciones, límites y condiciones señalados en esta póliza.

xix. Prima: es aquella cantidad que deberá pagar el contratante, cuyo monto, frecuencia y forma de pago está definido en las condiciones particulares.

xx. Deducible: Es la estipulación por la que el asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiera pactado. Para los efectos de esta póliza corresponderá al monto de los gastos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. Se podrá establecer un deducible por Evento, por asegurado, grupo familiar, u otro grupo de asegurados, así como también para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos o por solicitud de reembolso, o por la edad del asegurado. Se considerará como fecha de inicio del evento aquella correspondiente al pago del primer reembolso asociado, y el asegurado podrá seguir presentando gastos vinculados al mismo evento, siempre que lo haga dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares.

xxi. Gastos Médicos Reembolsables: Corresponden a la acumulación de los gastos médicos asociados a un mismo evento que sean razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos, que superen el deducible fijado en las condiciones particulares en los términos indicados en el número 5 de este artículo. Sobre dichos gastos se aplica el plan de beneficios establecido en las condiciones particulares.

xxii. Hospitalización Domiciliaria: Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona permanece en su domicilio por prescripción expresa del médico tratante, como parte de un tratamiento de una lesión o enfermedad y es sometida a prestaciones médicas realizadas por una empresa especializada autorizada por el sistema de salud al cual se encuentra afiliado el asegurado.

ARTICULO 3°: COBERTURAS

La Compañía pagará las indemnizaciones o sumas aseguradas señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo con la definición de las coberturas de la presente póliza, conforme a las condiciones y términos

que más adelante se detallan y que se indiquen las Condiciones Particulares.

Queda expresamente establecido que el diagnóstico que dé lugar a alguna de las coberturas de la presente póliza necesariamente debe haber sido conocido y diagnosticado al Asegurado durante la vigencia de ésta, o a partir de la fecha de incorporación del Asegurado a la póliza, según corresponda.

ARTÍCULO 4º: DEFINICIÓN DE LAS COBERTURAS

El contratante o asegurado podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares y/o en la propuesta o solicitud de incorporación según corresponda. Los montos asegurados se devengarán respecto de cada uno de los asegurados del grupo incorporado a la póliza, salvo que en las Condiciones Particulares se indique algo diferente:

1. FALLECIMIENTO

La Compañía Asegurada pagará el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares a los beneficiarios indicados en las Condiciones Particulares o Solicitud de Incorporación, según corresponda, en la forma, tiempo, periodicidad y condiciones estipuladas en las Condiciones Particulares, una vez acreditado el fallecimiento del asegurado durante la vigencia de la póliza. La prima se devengará hasta la fecha de vencimiento de la póliza o hasta la fecha de fallecimiento del asegurado, si esto ocurre antes.

2. INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDADES GRAVES

La Compañía Aseguradora pagará al asegurado titular la suma asegurada en los términos y condiciones especificados en las Condiciones Particulares si durante la vigencia del seguro, se le diagnostica a éste clínicamente alguna de las siguientes enfermedades:

A. CÁNCER: Corresponde a aquel cáncer que no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza. Se entiende por Cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo la enfermedad de Hodgkin y leucemia. Se excluyen Leucemia linfocítica crónica y Tumores que presentan los cambios malignos característicos de carcinoma “in situ” o aquellos considerados por histología como premalignos. Diagnóstico de cáncer que dé lugar a alguna de las coberturas de la presente póliza no deberá estar en estudio, una dolencia conocida o tener sospecha de diagnóstico previas a la contratación de la póliza. El diagnóstico debe ser confirmado con el informe médico del oncólogo tratante.

B. 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.

C. PARÁLISIS: Parálisis total y permanente, producida por accidente o enfermedad. Deberá haber evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal por sección medular. La conexión de tiempo y causa con el daño deberá ser acreditada por un informe emitido por el médico neurólogo tratante. El diagnóstico debe ser confirmado con el informe médico del neurólogo tratante.

D. DIABETES MELLITUS TIPO I: Desorden metabólico crónico caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción de insulina más la presencia de anticuerpo anti-islotas.

E. MENINGITIS VIRAL Y BACTERIANA: Inflamación de las membranas del cerebro y la médula espinal causada por una infección viral o bacteriana. El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista en neurología.

F. CEGUERA: Pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos, causada por accidente o enfermedad aguda. Deberá estar certificada clínicamente por un médico oftalmólogo.

G. TUMOR CEREBRAL BENIGNO: Toda masa anormal de tejido en el encéfalo, clínicamente diagnosticada como no cancerígena (no maligna), que ejerce efectos adversos debido a su localización, tamaño o compresión de estructuras cerebrales. El diagnóstico debe ser confirmado mediante estudios de neuroimagen e informado por un médico especialista en neurología o neurocirugía.

H. CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS: Malformaciones estructurales del corazón o de los grandes vasos presentes desde el nacimiento, que afectan el flujo sanguíneo normal. Estas pueden incluir, entre otras, comunicación interventricular, tetralogía de Fallot, transposición de grandes vasos y coartación de la aorta.

I. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado con el informe médico del nefrólogo tratante.

J. PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN: Pérdida total e irreversible de la audición de todos los sonidos, por accidente o por enfermedad aguda. Deberá proporcionarse evidencia médica por audiometría y por prueba del umbral de sonido.

K. HEPATITIS VÍRICA CRÓNICA: Inflamación persistente del tejido hepático causada por una infección viral (como los virus de hepatitis B o C), con duración superior a seis meses, la cual puede derivar en fibrosis hepática, cirrosis o carcinoma hepatocelular.

L. ENCEFALITIS VIRAL Y BACTERIANA: Inflamación del parénquima cerebral, causada por la invasión de virus (como Herpes simple, Virus del Nilo Occidental, entre otros) o bacterias (como Mycoplasma, Bartonella H)

M. INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA: Condición en la cual el corazón presenta una disfunción estructural o funcional progresiva que impide su capacidad de bombear sangre de forma adecuada para cubrir las necesidades metabólicas del organismo, generando síntomas persistentes como disnea, fatiga o edema. El diagnóstico debe ser confirmado con el informe médico del cardiólogo tratante.

Esta cobertura sólo cubre respecto del primer diagnóstico de alguna de las enfermedades cubiertas, no pudiendo el asegurado ser indemnizado por más de una enfermedad grave durante la vigencia de la póliza.

3. INDEMNIZACIÓN POR FRACTURA ACCIDENTAL DE HUESOS

La Compañía Aseguradora pagará al asegurado titular la suma asegurada en los términos y condiciones especificados en las Condiciones Particulares si durante la vigencia del seguro, cuando como resultado inmediato y directo de un accidente al asegurado, se le diagnostica a éste clínicamente la fractura de uno o más huesos individualizados en las Condiciones Particulares, la Compañía Aseguradora pagará al asegurado el monto indicado para cada caso, conforme a lo que se señala en las mismas. El monto máximo anual por indemnizar por esta cobertura se encuentra específicamente señalado en las Condiciones Particulares.

4. INDEMNIZACIÓN POR QUEMADURAS GRAVES

La Compañía Aseguradora pagará al asegurado titular la suma asegurada en los términos y condiciones especificados en las Condiciones Particulares si durante la vigencia del seguro, cuando como resultado inmediato y directo de un accidente al asegurado, se le diagnostica a éste clínicamente las quemaduras de segundo o tercer grado que abarquen a lo menos el veinte por ciento (20%) de la superficie corporal, medidas por la regla de los nueve (9) de la Carta de Superficie Corporal de LUND Y BROWDER, diagnosticada por médico especialista, quien deberá indicar el grado de la quemadura y el porcentaje de superficie corporal involucrado.

5. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La compañía reembolsará al asegurado los gastos de asistencia médica razonables, acostumbrados, tanto ambulatorios como hospitalarios, en que el Asegurado incurra a consecuencia de un accidente, en los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, y hasta el monto máximo indicado en éstas y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de ciento veinte (120) días contados desde la fecha del accidente y consecuencia de las lesiones sufridas en él, salvo que en las Condiciones Particulares se estipule un plazo superior.

Sin perjuicio de los porcentajes y límites de reembolso que puedan establecerse en las condiciones particulares, la presente póliza contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado.

Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso definidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso.

Con todo, la compañía de seguros no reembolsará más allá del gasto médico incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá del monto máximo de reembolso indicado 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 médicos efectuados.

6. APOYO SOLIDARIO POR FALLECIMIENTO

La Compañía Asegurada pagará el capital asegurado por concepto de "Apoyo Solidario"; señalado en las Condiciones Particulares a los beneficiarios indicados en las Condiciones Particulares o Solicitud de Incorporación, según corresponda, en la forma, tiempo, periodicidad y condiciones estipuladas en las Condiciones Particulares, una vez acreditado el fallecimiento del asegurado durante la vigencia de la póliza. La prima se devengará hasta la fecha de vencimiento de la póliza o hasta la fecha de fallecimiento del asegurado, si esto ocurre antes.

ARTICULO 5°: EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre:

- a. Leucemia linfocítica crónica;
- b. Tumores que presentan los cambios malignos característicos de carcinoma “in situ” o aquellos considerados por histología como premalignos;
- c. Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes. Para estos efectos, no se consideran como enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes las patologías oncológicas cuando hayan transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior;
- d. Diagnóstico de enfermedades que dé lugar a alguna de las coberturas de la presente póliza no deberá estar en estudio, una dolencia conocida o tener sospecha de diagnóstico previas a la contratación de la póliza;
- e. Este seguro no otorga cobertura en aquellos casos en que el asegurado o beneficiario (i) tenga residencia en un país sancionado, (ii) se encuentren incluidos en alguna de las listas o sanciones de las Naciones Unidas, de la Oficina del Tesoro de los EE.UU. (OFAC por sus siglas en inglés), como personas o países designados (Specially Designated Nationals List), y demás aplicables conforme a la legislación local, o (iii) no se reembolsarán gastos médicos por servicios prestados en cualquier país sancionado;
- f. Suicidio, tentativa de suicidio o enfermedad intencionalmente causada o lesiones autoinflingidas, ya sea en estado de pleno juicio (cordura) o enajenado mentalmente (demencia);
- g. Fractura de Huesos producida como consecuencia directa e inmediata de osteoporosis
- h. Padecimientos congénitos a excepción de cardiopatías congénitas que hayan sido diagnosticadas durante la vigencia de la póliza no preexistente.
- i. Trasplantes que sean procedimientos de investigación;
- j. Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo, o cuando el siniestro ha sido el resultado directo de la ingesta de alcohol, narcóticos o drogas, por sobre los límites legales, salvo en caso de prescripción médica, la cual debe acreditarse por los organismos correspondientes.
- k. Lesión, enfermedad o fallecimiento causada por:
 - i. Eventos causados por actos de guerra, sea declarada o no, conflictos armados, actos terroristas, o cualquier participación del asegurado en acciones calificadas como delitos o amenazas a la seguridad pública, dentro o fuera del país, según lo determine la ley.
 - ii. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.
 - iii. Derivado de la imprudencia o negligencia del asegurado o no utilización las medidas de seguridad dispuestas para una actividad o deporte riesgoso.
 - iv. Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como intento de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.
 - v. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive en la escala de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico del Departamento de Centro Sismológico Nacional o del servicio que en el futuro lo reemplace.

ARTICULO 6°: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO

Conforme lo disponen los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, con anterioridad a la celebración del seguro, el contratante y cada asegurado deben declarar por escrito a la compañía aseguradora, al tenor de lo que esta les solicite, sobre todos los hechos y circunstancias que permitan a la compañía aseguradora evaluar y asumir correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones del seguro.

Convenido el contrato de seguro sin que la aseguradora solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del contratante y/o asegurados, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud. La compañía aseguradora se reserva el derecho de comprobar la veracidad de las declaraciones formuladas. Toda reticencia, falsedad, omisión o inexactitud, determinantes para apreciar el riesgo o interés asegurado, en que incurra el contratante o los asegurados en su declaración, al tenor de lo solicitado por la compañía aseguradora, tendrá como efecto el término anticipado del seguro y el rechazo del pago de los beneficios reclamados, si la evaluación del riesgo asegurado ha sido errónea por causa directa de tales reticencias, falsedades, omisiones o inexactitudes. En este caso, la compañía aseguradora comunicará por escrito al contratante y asegurado, en su caso, el término del seguro. Si los errores, reticencias o inexactitudes no son determinantes para apreciar el riesgo, la compañía aseguradora puede proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas, conforme a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio.

La compañía aseguradora puede exigir la restitución de los gastos en que ella haya incurrido, cuando los asegurados hayan recibido beneficios fundamentados en documentos falsos o adulterados y otorgados a personas no cubiertas en el contrato. La no restitución de dichos gastos producirá la resolución de la póliza.

ARTÍCULO 7°: AGRAVACIÓN O ALTERACIÓN DEL RIESGO

El asegurado, o contratante en su caso, deberá informar a la compañía aseguradora de los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado, y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberlos conocido, siempre que, por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por la compañía aseguradora, en los términos que establece el artículo 526 del Código de Comercio. Si el asegurado, o contratante en su caso, no cumpliera con el deber anterior, la compañía aseguradora quedará exonerada de su obligación de pagar la indemnización respecto de las coberturas del seguro afectadas por el agravamiento.

ARTICULO 8°: PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

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. Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será el señalado en las Condiciones Particulares, el cual será 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 de modo que si al asegurado se le diagnostica la enfermedad de cáncer en los términos indicados en el artículo 2° durante dicho plazo de gracia, se deducirá del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

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

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

ARTÍCULO 9°: BENEFICIARIOS

Serán beneficiarios del asegurado para la cobertura de Fallecimiento aquellas personas que hayan sido designadas por éste en dicha calidad en las Condiciones Particulares o Solicitud de Incorporación según corresponda. En caso de no haber designado o no existir beneficiarios, serán beneficiarios a los herederos legales del asegurado. Tratándose de los asegurados dependientes, el beneficiario de la cobertura siempre será el asegurado titular.

En caso de fallecer el asegurado titular previo al pago efectivo de alguna de las coberturas que contempla esta póliza dicho beneficio será pagado a los beneficiarios designados para la cobertura de Fallecimiento. De no haberse contratado la cobertura de Fallecimiento o en caso de que no resulte procedente, la suma asegurada será pagada a herederos legales del asegurado.

ARTICULO 10°: VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de este seguro será aquella que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza, y será renovable automáticamente por un nuevo periodo. En caso de que alguna de las partes decida no renovar por un nuevo periodo, deberá comunicarlo a la otra con una anticipación de al menos treinta (30) días previo a la fecha de vencimiento.

En caso de que esta póliza fuese contratada en forma colectiva, la vigencia de la cobertura definida en el artículo 2° de estas Condiciones Generales y de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto para esta póliza, será la que se especifique en el respectivo certificado de cobertura para cada uno de los Asegurados en particular. Si la vigencia contratada es superior a la vigencia final de la póliza, los Asegurados seguirán cubiertos hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente, siempre que se mantenga el pago de la prima. Por tanto, terminada la vigencia de la póliza, los Asegurados seguirán con sus coberturas individuales vigentes hasta el término de los respectivos plazos de vigencia originales de cada uno de ellos, en los mismos términos contratados, y siempre que se haya pagado o se permanezca pagando la prima correspondiente.

ARTÍCULO 11°: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Respecto del grupo asegurado:

- a) Fallecimiento del Asegurado Titular;
- b) No renovación de la póliza al término de su anualidad sea que se haya contratado de manera colectiva o individual;
- c) En caso de que el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro;
- d) En caso de no pago de la prima pactada para este condicionado general en los términos establecidos en el artículo 528 del Código de Comercio;
- e) Las causales contempladas en la ley;
- f) El contratante o asegurado titular podrá poner término en cualquier momento informando aquello a la Compañía por los medios que ésta haya dispuesto para ello.
- g) El cumplimiento de la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza;
- h) Cuando se utilice la cobertura de Enfermedades Graves para el asegurado dependiente.

ARTÍCULO 12°: AJUSTE DE LA PRIMA Y CAPITALES ASEGURADOS

En el evento que, con motivo de una renovación de póliza, las primas y capitales asegurados sufran una modificación en su monto distinta a los cambios por tramo de edad preestablecidos y señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, la Compañía de Seguros informará por escrito al contratante de la Póliza sobre esta circunstancia, con una anticipación de a lo menos sesenta (60) días a la fecha de renovación de la Póliza. El contratante tendrá el derecho a aceptar o renunciar a la renovación de la Póliza, lo cual deberá informar por escrito a la Compañía Aseguradora en un plazo de treinta (30) días, contados desde la recepción de la comunicación en que se propone su renovación.

ARTICULO 13°: DENUNCIA DE SINIESTROS

El Asegurado o el Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora lo más pronto posible en el plazo establecido en las condiciones particulares, contado desde la fecha en que se le haya diagnosticado por primera alguna enfermedad de aquellas cubiertas por esta póliza que puedan ser motivo de indemnización.

Al denuncia de siniestro, deberán acompañarse los antecedentes que para cada cobertura se indican en las Condiciones Particulares.

Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago de los beneficios que correspondan, la Compañía Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios para acreditarlo y verificar por medio de sus médicos o representantes la efectividad del diagnóstico de la enfermedad o intervención cubierta, para lo cual el Asegurado deberá dar las facilidades para someterse a los exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos para efectuar esta evaluación serán de costo de la Compañía Aseguradora.

Durante el período de evaluación y hasta que proceda al pago definitivo de los beneficios correspondientes por parte de la compañía, el Contratante o el Asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima para mantener vigente la póliza o cobertura individual, según corresponda.

Queda expresamente establecido que el asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que el asegurador estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

ARTÍCULO 14°: IMPUESTOS

Los impuestos aplicables en razón de una o más coberturas actuales o que en el futuro se establezcan sobre las primas, intereses, capitales asegurados o sobre cualquier otra base y que afecten al presente contrato serán de cargo del contratante, del beneficiario o herederos según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo de la compañía aseguradora.

ARTÍCULO 15°: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares. En caso de no haber indicado una dirección de correo electrónico al momento de la contratación o bien en caso de que la comunicación no fuera recibida exitosamente en la casilla de correo electrónico entregada, se deberán realizar las comunicaciones mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO 16°: 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 en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la ley. No obstante, lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del Artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 17°: CLAÚSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorias con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella y, se regirán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en estas condiciones generales.

ARTÍCULO 18°: DOMICILIO

Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, las partes fijan como domicilio especial la ciudad señalada en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO 19°: MONEDA DEL CONTRATO

Todos los valores de este contrato se expresarán en moneda extranjera, en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, que se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza. El valor de la moneda extranjera, Unidad de Fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, que se considerará para el pago de las Primas e indemnizaciones, será el vigente al momento de su pago efectivo. 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 dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá el término anticipado de la Póliza, conforme lo establecido en el artículo 13 de estas Condiciones Generales.