

PÓLIZA DE SEGURO CARDIOVASCULAR

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320170181

ARTÍCULO 1º: 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 artículo VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

ARTÍCULO 2º: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La Compañía Aseguradora reembolsará al asegurado o pagará directamente al prestador de salud los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos, una vez otorgada y pagada la cobertura del sistema de salud previsional privado, seguros complementarios u otros beneficios contratados por el asegurado. Lo anterior, cuando al asegurado se le diagnostique por primera vez y durante la vigencia del seguro: Enfermedades cardiovasculares congénitas o adquiridas, Padecimientos cerebrovasculares y Enfermedades vasculares periféricas, que demanden la internación hospitalaria del asegurado y cuando este gasto se realice en el o los prestadores de salud que el asegurador determine, durante el Período de Duración del Reembolso que se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza, que se contará desde la fecha de ocurrencia del Evento y que sean originados por éste. Las definiciones de todos estos conceptos se encuentran contenidas en el artículo 4º de estas Condiciones Generales.

La compañía reembolsará los gastos referidos precedentemente, siempre que se cumplan copulativamente los siguientes requisitos: 1) Que el Evento que los origina haya ocurrido durante la vigencia del Asegurado en esta Póliza; 2) Que se haya incurrido en los gastos dentro del Período de Duración de Reembolso; 3) Que el monto de gastos supere el Deducible establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza; 4) Que la suma de los reembolsos de gastos realizados al asegurado, durante su vigencia anual en la Póliza, no superen el Monto Máximo de Gastos Reembolsables establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza; 5) Que estos gastos no provengan ni se originen por una causa excluida en el Artículo 5º de estas Condiciones Generales; y 6) Que las prestaciones médicas sean entregadas por el o los prestador(es) indicados en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Los reembolsos al Asegurado o pago al Prestador de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, Efectivamente Incurridos por el Asegurado, serán efectuados por la Compañía Aseguradora hasta el Monto Máximo de Gastos Reembolsables por asegurado y de acuerdo a los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso por gasto o por asegurado; límites y topes de montos en dinero por atención o prestación; límites y topes según sea el porcentaje de bonificación o reembolso entregado por el sistema de salud previsional privado al que se encuentre afiliado o adherido el Asegurado; límites y topes por patologías y rangos etarios; establecido para cada Gasto incluido en las coberturas contratadas y/o para cada cobertura contratada, todo lo que se detalla en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Compañía Aseguradora reembolsará al Asegurado o pagará al Prestador los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado, respecto del Evento, como complemento de lo que le cubra el sistema previsional de salud privado al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, Departamentos o Servicios de Bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables, definido en el Artículo 4º, numeral 26 de estas Condiciones Generales y establecido en las Condiciones particulares de la Póliza, se aplicará a cada Asegurado durante cada período de vigencia del contrato de seguro. Asimismo, si la suma de los reembolsos de gastos

realizados a un asegurado o pagado al Prestador, alcanza el Monto Máximo de Gastos Reembolsables durante cada período de vigencia del contrato de seguro o vencido el Período de Duración de Reembolso, lo que ocurra primero, el asegurado no tendrá derecho a reembolso alguno ni pago al Prestador por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro.

El Período de Duración de Reembolso, que se define en el Artículo 4°, numeral 27 de estas condiciones Generales y cuya extensión se determina en las Condiciones Particulares de la Póliza, es contado desde la fecha de ocurrencia de un Evento, durante el cual los gastos originados en dicho plazo serán reembolsados al Asegurado o pagados al Prestador de conformidad a los términos de esta Póliza. Todo gasto que se origine o en que se incurra con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo Evento, no será reembolsado por la compañía ni pagado al Prestador.

Serán de cargo del asegurador los gastos médicos provenientes exclusivamente de:

- a) El proceso de confirmación de un diagnóstico de: Alguna de las Enfermedades cardiovasculares congénitas o adquiridas, Padecimientos cerebrovasculares y Enfermedades vasculares periféricas, incluidas en la sección de condiciones particulares
- b) El tratamiento quirúrgico o terapéutico de alguna de las Enfermedades cardiovasculares congénitas o adquiridas, Padecimientos cerebrovasculares y Enfermedades vasculares periféricas. incluidas en la sección de condiciones particulares

Los gastos médicos susceptibles de ser reembolsables o pagados directamente al prestador a causa de un Evento, en virtud de esta Póliza, son los que se detallan a continuación:

A. Cobertura para Gastos Médicos de Hospitalización: Gastos Médicos de Hospitalización provenientes de prestaciones realizadas durante una Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

1. Días cama hospitalización: Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al Asegurado durante su Hospitalización. Incluye Día Cama Cuidado intensivo e Intermedio.
2. Servicios hospitalarios: Son los gastos por concepto de servicios de Hospital no incluidos en el Día Cama de Hospitalización, tales como: salas de urgencia, derecho de pabellón, unidad de tratamiento intensivo, exámenes de laboratorio y radiología, procedimientos especiales, equipos, insumos, medicamentos y otras prestaciones médicas suministradas al Asegurado durante su Hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el Médico tratante como necesarios para el tratamiento de alguna de las Enfermedades cardiovasculares congénitas o adquiridas, Padecimientos cerebrovasculares y Enfermedades vasculares periféricas incluidas en la sección de condiciones particulares .
3. Honorarios médicos quirúrgicos: Son los honorarios de médicos, paramédicos y arsenaleros que intervengan en una Operación Quirúrgica de las enfermedades cubiertas por este seguro.
4. Marcapaso: Son los gastos por concepto de implantación de marcapaso.
5. Servicio de Ambulancia Terrestre: Es el traslado terrestre del Asegurado hasta y hacia el Hospital en una ambulancia, en los términos, condiciones, porcentajes y límites establecidos para este beneficio que se indica en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

B. Cobertura para Gastos Médicos Ambulatorios: Gastos Médicos Ambulatorios provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente a continuación:

1. Cirugía Ambulatoria: Es aquella cirugía que no requiere de una Hospitalización.
2. Consultas Médicas: Es el tiempo en que el paciente está junto al profesional en un espacio determinado (el consultorio o el domicilio de quien sufre el problema de salud), mientras el médico entrega su parecer y recomienda los pasos a seguir.
3. Exámenes de Laboratorio: Son los gastos por concepto de la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.
4. Radiografías: Es aquella imagen registrada en una placa fotográfica sensible a los rayos X. Estos rayos atraviesan el cuerpo humano en distintos grados según la densidad de los tejidos.
5. Imagenología: Es el conjunto de técnicas y procedimientos usados para crear imágenes del cuerpo humano o partes de él, con propósitos clínicos y diagnósticos.
6. Ultrasonografía: Es aquella de imagen basada en la diferente capacidad de los tejidos para reflejar o

refractar las ondas de ultrasonido emitidas por un equipo. Dichas ondas son emitidas y detectadas por un equipo que, mediante la codificación, en un plano, de los diferentes puntos de reflexión generados por el tejido, los representa en una imagen en gama de grises, de forma proporcional a la intensidad de la reflexión, según su frecuencia y el tiempo en que son detectados.

7. Medicina Nuclear: es la rama de la medicina que emplea los isótopos radiactivos, las radiaciones nucleares, las variaciones electromagnéticas de los componentes del núcleo atómico y técnicas biofísicas afines, para la prevención, diagnóstico, terapéutica e investigación médica.

8. Procedimientos de diagnóstico y terapéuticos: Procedimientos por los cuales se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad. Corresponden a su vez al conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas.

ARTÍCULO 3º: LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS

Sin perjuicio de los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso que se establezcan en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza, ésta última contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

- a) En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional privado, la compañía calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o pago al prestador que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b) En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional privado, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) peso en conformidad al plan o contrato de salud previsional contratado en tales instituciones, por cualquier causa que sea, la compañía calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.
- c) En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional privado, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con una bonificación que resulte menor al porcentaje de bonificación mínimo exigido como cobertura del sistema previsional de salud privado del asegurado indicado en las Condiciones Particulares, la compañía calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.
- d) En el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza, se podrán establecer términos, porcentajes, límites y topes de reembolso o pago al Prestador diferenciando por el sistema de salud previsional privado al que el asegurado se encuentre afiliado, el plan contratado en este último, el prestador médico que originó el gasto y/o cualquier otro concepto indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- e) El pago al prestador o reembolso al asegurado, tendrá como límite para todas las prestaciones cubiertas por esta póliza el monto definido en el Arancel del Prestador, que se indica en las condiciones particulares. Con todo, la Compañía Aseguradora no reembolsará al Asegurado ni pagará al Prestador más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá del Monto Máximo de Reembolso indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 4º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Póliza las siguientes expresiones tendrán el significado que se indica a continuación:

1. Alta Hospitalaria: Se considera el momento en que el médico tratante determine que los cuidados del paciente no requieren necesariamente hospitalización.
2. Arancel del Prestador: Documento que contiene los precios vigentes del Prestador y de Honorarios Médicos vigentes en el Prestador. En caso que alguna prestación exceda dichos aranceles, HDI SEGUROS DE VIDA S.A. sólo reembolsará de acuerdo a estos aranceles y cualquier diferencia será de costo del Asegurado. Este Arancel forma parte integrante del contrato de seguro y se encuentra disponible en las oficinas de Atención de Clientes de la Compañía.

3. Asegurado: Es aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Para obtener la cobertura de esta Póliza, el asegurado debe ser persona natural; cumplir con los requisitos de asegurabilidad, de edad mínima de ingreso y edad máxima de permanencia establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza y haber suscrito la propuesta de seguros proporcionada por la, distinguiéndose entre:

a) Asegurado Titular: Es el contratante de la Póliza, a menos que se indique lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.

b) Asegurado Dependiente: Es el (la) cónyuge o el (la) conviviente y/o los hijos del asegurado titular, cuya incorporación ha sido solicitada por este último y aceptada expresamente por la Compañía Aseguradora y se encuentre individualizado(a) en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cuando en esta Póliza se utilice el término "asegurado", sin indicar si se trata de asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como al asegurado dependiente.

4. Compañía Aseguradora o Compañía: Compañía de Seguros que toma de su cuenta el riesgo.

5. Contratante, Contrayente o Tomador: El que celebra el contrato con la Compañía Aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado si se tratara de una persona distinta. El contratante se indica como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

6. Cuadro de Cobertura: Corresponde al detalle de todas las coberturas, servicios o prestaciones que otorga esta Póliza y se entiende forman parte integrante de la misma.

7. Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos bajo esta Póliza, expresado en Unidades de Fomento, establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza que siempre son de cargo del Asegurado. La liquidación de los gastos se explica en el Artículo 11° y la aplicación del Deducible se detalla en el Artículo 12°, ambos de estas Condiciones Generales.

8. Diagnóstico: La constancia médica de una enfermedad con sus respectivos exámenes, basada en la historia clínica del asegurado.

9. ECMO u Oxigenación con Membrana Extracorpórea o Corazón Artificial: Tratamiento de oxigenación sanguínea a través de membrana extracorpórea, que suple la función cardíaca y/o respiratoria por un tiempo limitado.

10. Enfermedad Cardíaca: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales que afecten el corazón debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. 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.

Dentro de enfermedad cardíaca, para efectos de la cobertura de esta Póliza, se comprende única y exclusivamente: Enfermedades cardiovasculares congénitas o adquiridas, Padecimientos cerebrovasculares y Enfermedades vasculares periféricas.

11. Enfermedades cardiovasculares congénitas o adquiridas: Grupo heterogéneo de enfermedades que afectan tanto al sistema circulatorio como al corazón, que ameriten tratamiento médico o quirúrgico. No se consideran como enfermedades las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado ni tampoco las provocadas por un evento traumático.

12. Enfermedades cerebrovasculares: Grupo heterogéneo de condiciones patológicas cuya característica común es la disfunción focal del tejido cerebral por un desequilibrio entre el aporte sanguíneo cerebral y los requerimientos de oxígeno del cerebro.

13. Enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes: Se entiende por tales, aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

14. Enfermedades vasculares periféricas: Conjunto de enfermedades caracterizadas por daño u obstrucción de los vasos sanguíneos que conforman el sistema circulatorio: las arterias y las venas.

15. Evento: Es la ocurrencia de un diagnóstico confirmado de alguna de las enfermedades cardiovasculares congénitas o adquiridas, padecimientos cerebrovasculares o enfermedades vasculares periféricas, indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza; que origina gastos por medicamentos, servicios, prestaciones médicas hospitalarias y/o ambulatorias, derivadas directamente de tales situaciones, así como las

consecuencias y complicaciones relacionadas directamente con este diagnóstico y también los gastos que posteriormente se originen como consecuencia de: enfermedades cardiovasculares congénitas o adquiridas, padecimientos cerebrovasculares o enfermedades vasculares periféricas, todo considerando el Período de Duración del Evento. El Asegurado podrá presentar más de un Evento durante la vigencia de su cobertura en esta Póliza.

16. Gastos Efectivamente Incurridos: es la diferencia entre el monto total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de un Evento y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas al Asegurado o pagadas al Prestador, por instituciones o entidades que otorguen reintegros, aportes, bonificaciones o reembolsos médicos y prestaciones económicas al Asegurado.

17. Gastos Médicos Ambulatorios: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en un Hospital.

18. Gastos Médicos de Hospitalización: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización prescrita por un Médico.

19. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto promedio se cobra por prestaciones de carácter similar al Gasto Ambulatorio y/o Gasto de Hospitalización que se solicita reembolsar o pagar al prestador, en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. En este análisis se deberá considerar además: (a) que sean las prestaciones que son suministradas en todos los establecimientos para el tratamiento de la enfermedad y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (b) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (c) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la Compañía Aseguradora podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo al nivel y volumen de prestaciones realizadas en los establecimientos médicos de mayor prestigio profesional del país, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando.

20. Gastos Reembolsables: Corresponden al costo efectivo de los Gastos Ambulatorios, Gastos de Hospitalización, Gastos por Medicamentos Ambulatorios y Gastos Médicos en el Extranjero, que son susceptibles de ser reembolsados al Asegurado o pagados al Prestador en virtud de lo dispuesto en estas Condiciones Generales por constituir Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, en los términos y condiciones señalados en el Artículo 10° de estas Condiciones Generales.

21. Habitación estándar: Aquella que determine el prestador de acuerdo a la naturaleza de su afección y complejidad.

22. Hospital o Establecimiento Hospitalario: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado por el Ministerio de Salud para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermería las 24 horas del día y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Se excluye expresamente toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, sanatorios particulares, domicilios particulares, casas para convalecientes o lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales y adicciones tales como drogas, tabaco y/o alcohol.

23. Hospitalización: Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, pernoctando a lo menos una noche, utilizando el servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún respecto, la asistencia domiciliaria.

24. Marcapaso: Aparato electrónico, generador de impulso, que estimula artificialmente y rítmicamente el corazón.

25. Médico: Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de médico cirujano otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario o por la autoridad de salud extranjera respectiva si la prestación o gasto médico se produjo fuera de Chile.

26. Monto Máximo de Gastos Reembolsables: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en Unidades de Fomento u otra moneda legalmente autorizada y que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza, que, habiendo superado el Deducible, la compañía reembolsará al Asegurado Titular o, en su defecto, a los herederos legales de éste, o pagará al Prestador, los Gastos Reembolsables durante la

vigencia de este contrato de seguro y en los términos y condiciones señalados en estas Condiciones Generales, todo lo que, por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

27. Período de Duración de Reembolso: Corresponde al plazo definido en las Condiciones Particulares de la Póliza contado desde la fecha de ocurrencia de un Evento, durante el cual los gastos médicos originados por el Evento dentro de dicho plazo, serán reembolsados al asegurado o pagados al prestador, de conformidad a los términos de estas Condiciones Generales. Todo gasto que se origine o en que se incurra con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo Evento, no será reembolsado por la Compañía Aseguradora ni pagado al Prestador.

28. Propuesta de Seguros: La oferta escrita de contratar el seguro, formulada al asegurador por el contratante, el asegurado o por un tercero a su nombre.

29. Operación Quirúrgica: Es la práctica de una o más intervenciones quirúrgicas realizadas al Asegurado por un Médico en un pabellón quirúrgico o en una sala de procedimiento especialmente acondicionada para tal efecto en un Hospital.

30. Ortesis: dispositivo o aparato externo que se utiliza para sostener, alinear o prevenir deformidades, o mejorar la función de partes móviles del cuerpo.

31. Póliza: El documento justificativo del seguro. Se encuentra compuesto fundamentalmente por la propuesta, la declaración personal de salud, las condiciones generales, condiciones particulares y las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la Compañía Aseguradora. En ella se especifican las condiciones bajo las cuales rige la cobertura.

32. Prestador de Salud Preferente o Prestador: Es aquel establecimiento hospitalario que se individualiza como preferente en las condiciones particulares de esta Póliza. El prestador es aquel que le cobra directamente al Asegurado o factura los Gastos Reembolsables correspondientes del servicio que debe asumir la Aseguradora.

33. Prótesis: Es un dispositivo diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.

34. Riesgo Vital: Toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, que requiera atención de urgencia de manera inmediata e impostergable, y que corresponda a un Evento cubierto por esta Póliza, diagnosticado por un médico y conformado con evidencia clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

ARTÍCULO 5º: EXCLUSIONES

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos médicos que no tengan como causa: Enfermedades cardiovasculares congénitas o adquiridas, Padecimientos cerebrovasculares y Enfermedades vasculares periféricas.

Asimismo, no se efectuará el pago de las indemnizaciones ni pagos al prestador, según sea el caso, de las distintas coberturas de esta Póliza cuando los gastos médicos incurridos del asegurado, provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de:

- a) Enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes. En las Condiciones Particulares de la Póliza se deberá dejar constancia de las enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el Contratante o por el Asegurado, las que no serán cubiertas. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía podrá indicar en las mismas Condiciones Particulares las condiciones en que les otorgará cobertura, debiendo en tal caso el Contratante o Asegurado entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.
- b) Enfermedad cardiovascular causados por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas, alcohol y demás sustancias de efectos análogos o similares, así como los tratamientos por adicción a drogas, tabaquismo o alcoholismo, y cualquier Lesión y/o Enfermedad derivada de dicha ingestión o adicción, aun estando el Asegurado enajenado mentalmente o en algún estado psicopático que altere la conciencia o en su sano juicio.
- c) Uso de corazón artificial en cualquiera de sus modalidades, incluido ECMO, en la espera de un trasplante cardíaco.
- d) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión del estado de ebriedad o efectos de las drogas. Se considerará que el asegurado se encontraba en estado de ebriedad, cuando la concentración de alcohol en la sangre sea igual

o superior al límite legal establecido por la legislación vigente al momento del siniestro. Los estados a que se refiere la presente exclusión se acreditarán mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

e) Complicación de enfermedad coronaria derivada de SIDA o presencia del virus VIH.

f) Cualquier tipo de prótesis y órtesis, salvo marcapaso.

g) Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.

h) Gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el Sistema de Salud Previsional privado, los cuales serán cubiertos siempre que exista un pronunciamiento de la Compañía Aseguradora y Sistema de Salud Previsional en ese sentido.

i) Gastos de comunicación como llamadas de larga distancia y a teléfonos celulares.

j) Gastos por acompañantes, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

k) La atención particular de enfermería fuera del hospital e intrahospitalaria y los gastos originados como atención médica domiciliaria.

l) Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriólogos, reflexología, quiropraxia, y otros similares.

m) Evaluaciones o tratamientos por terapia ocupacional.

n) Afecciones corporales provocadas por un evento traumático.

Las exclusiones precedentes, relativas a gastos que provengan o se originen por determinadas prestaciones y servicios médicos, no tendrán aplicación, cuando los porcentajes y límites de reembolso o pago de dichos gastos se encuentren expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 6°: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado está obligado a:

1° Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;

2° Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;

3° Pagar la prima en la forma y época pactadas;

4° Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y

5° Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el Tomador o Contratante del seguro 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 7°: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

La Póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la Compañía Aseguradora en cumplimiento de la obligación referida en el numeral 1 del artículo anterior, las que deberán prestarse en los formularios o documentos que proporcione la compañía con tal finalidad. Para estos efectos, regirá lo dispuesto en los artículos 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 8°: PRIMAS Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima es la retribución o precio del seguro, cuyo monto se determina en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los cambios en el monto de la prima estarán expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza, variando su monto según la edad del Asegurado Titular y el número de Asegurados Dependientes cubiertos por esta Póliza.

a) Pago de Primas:

La periodicidad de pago de las primas de este seguro podrá ser mensual, trimestral, semestral o anual, según se señale en las Condiciones Particulares de la Póliza, y deberán ser pagadas a más tardar, el último día hábil del mes de inicio del período a que corresponden.

El contratante del seguro deberá pagar durante la vigencia del seguro, la prima por el monto, condiciones y forma de pago que se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza, en las oficinas de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, todo ello, sin perjuicio de otros mecanismos de pago o descuento que el asegurador podrá poner a disposición del contratante para facilitar el pago.

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.

El pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la Compañía Aseguradora pueda identificar a aquellos Asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su o sus coberturas contratadas.

Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la Compañía Aseguradora.

La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada, generándose el efecto que se indica en el párrafo siguiente.

b) Efecto del No pago de la prima:

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días (15) contado desde la notificación que, conforme al Artículo 15° de estas Condiciones Generales, dirija la Compañía Aseguradora al Asegurado y dará derecho al asegurador 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 9º: DENUNCIA DE SINIESTROS

En caso que el Asegurado, a causa de un Evento, incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado o pagado al Prestador en virtud de esta Póliza, el asegurado deberá notificar el Evento a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez efectivamente incurrido en el Gasto Reembolsable, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, los que se indican en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El plazo máximo para que la Compañía Aseguradora acepte a tramitación un Gasto Médico presentado para su reembolso por el asegurado o por quien él designe para este efecto, será definido en las Condiciones Particulares de la Póliza y será contado desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del Gasto Reembolsable.

Son antecedentes necesarios de entregar a la compañía para acreditar el Evento y la ocurrencia de gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador a causa de dicho Evento, los siguientes:

a) Formulario proporcionado por la Compañía, con toda la información que en él se indique, suscrito por el Asegurado y por el médico tratante, cuando corresponda.

b) Declaración del Asegurado respecto del sistema previsional de salud privado al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador.

c) Originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del Asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el Asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación, efectuado o por

efectuar en favor de él, por instituciones o entidades, públicas o privadas, a las que pertenezca el Asegurado, y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al Asegurado.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el Evento denunciado, a objeto de acreditar a satisfacción de la Compañía que ha ocurrido un Evento cubierto por este Póliza y determinar su monto. En el mismo sentido, la Compañía Aseguradora podrá solicitarle la realización de las pericias y exámenes médicos. El asegurado deberá requerir de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación del Evento denunciado o autorizar a la Compañía Aseguradora o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el Evento denunciado y los gastos consecuentes.

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.

En el caso que se hubiere contratado más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, al denunciar un siniestro el Asegurado debe comunicar a todos los aseguradores con quienes hubiere contratado, los otros seguros que lo cubran, de acuerdo al Artículo 556 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 10°: CALCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES

El Asegurado, conforme al Artículo 9°, letra b) precedente, deberá declarar en su denuncia de siniestro sobre el sistema previsional de salud privado al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador.

Para los efectos de esta Póliza, el procedimiento de cálculo de los Gastos Reembolsables considerará únicamente los Gastos Efectivamente Incurridos, esto es, la diferencia entre el monto total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de un Evento y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas al Asegurado por instituciones o entidades a las que se refiere el párrafo anterior y que otorguen reintegros, aportes, bonificaciones o reembolsos médicos y prestaciones económicas al Asegurado.

Queda expresamente establecido que las coberturas de esta Póliza no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta Póliza no cubrirá los gastos médicos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTICULO 11°: LIQUIDACION DE LOS GASTOS, FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES.

La compañía reembolsará al Asegurado Titular que haya incurrido en los gastos a causa de un Evento o, en su defecto, a los herederos legales de éste conforme lo determina la ley, o pagará al Prestador, los Gastos Reembolsables de acuerdo a los porcentajes que se señalan en las Condiciones Particulares de la Póliza, en la medida que tales gastos hayan sido incurridos dentro del Período de Duración de Reembolso, siempre hasta el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, y que dichos gastos excedan el Deducible indicado en el Artículo 12° de estas Condiciones Generales.

Presentados los documentos que acrediten los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado, la Compañía Aseguradora efectuará el análisis de los antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente por cumplirse las condiciones exigidas en esta Póliza, efectuará, previa liquidación correspondiente, el pago de los Gastos Reembolsables al Asegurado o el pago al Prestador. El reembolso al Asegurado o pago directo al Prestador que corresponda, se efectuará en las oficinas principales de la Compañía Aseguradora al respectivo asegurado o prestador de salud.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza se

aplicará por Asegurado durante la vigencia de su cobertura en esta Póliza. Una vez alcanzado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables o vencido el Período de Duración de Reembolso, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la compañía para con el Asegurado en relación con el Evento cubierto.

La Compañía sólo reembolsará o pagará al prestador, el porcentaje y límite señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza por los Gastos Efectivamente Incurridos por el asegurado, en la medida que tales gastos excedan el deducible que se hubiere estipulado.

Para la aplicación de los porcentajes de reembolso o de pago al Prestador establecidos en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza, se atenderá a las siguientes situaciones en que se encuentre el Asegurado afectado por el Evento:

a) En aquellos casos en que el Asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional privado, la compañía calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

b) El mismo procedimiento de la letra a) precedente, se aplicará respecto de aquellos Asegurados que, estando afiliados a un sistema de salud previsional privado, los gastos efectivamente incurridos por él no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) peso en tales instituciones.

c) En aquellos casos en que el Asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional privado, y los gastos efectivamente incurridos por él cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) peso, en tales instituciones, la compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador y sobre la parte de dichos gastos que no han sido objeto de bonificación, aporte y/o reembolso por tales instituciones, aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

d) En aquellos casos en que el Asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional privado y durante la vigencia de esta póliza disminuyera la cobertura otorgada por dicho sistema previsional, en comparación a la otorgada al momento de contratar esta póliza, ya sea por voluntad o decisión del asegurado, por razones legales, reglamentarias o de cualquier otra índole, la compañía de seguros calculará los gastos a ser reembolsados o pagados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

El pago al Prestador o de los eventuales reembolsos se efectuará siempre y cuando se dé íntegro cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

En caso de requerirse mayores antecedentes sobre la procedencia y monto a reembolsar o a pagar al Prestador, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N° 1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo modifique.

En caso que los gastos cuya cobertura se esté solicitando, se hubieren efectuado en moneda extranjera, el reembolso al Asegurado o pago al Prestador, se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio oficial vendedor que exista a la fecha de pago, conforme al procedimiento establecido en el Título II de la Ley N° 18.010.

ARTÍCULO 12°: APLICACION DEL DEDUCIBLE

Las Condiciones Particulares de la Póliza podrán establecer deducibles por Evento, por Asegurado, por la edad de éste y según el porcentaje de reembolso sobre el monto total de los Gastos Médicos que realice cualquiera institución pública o privada del sistema previsional de salud privado al que el Asegurado se encuentre afiliado o adherido, indicando su monto expresado en Unidades de Fomento.

La aplicación del Deducible se sujetará al siguiente procedimiento: 1°) Determinación del monto de los Gastos Reembolsables cubiertos por esta Póliza; 2°) Aplicación de los porcentajes de reembolso o de pago al Prestador que se indica en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la propuesta de seguros sobre el monto determinado conforme al número anterior; y 3°) Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.

En los casos en que, el monto del Deducible se determine por la edad que tenga el Asegurado al momento de ocurrencia del Evento, monto de Deducible quedará fijo para dicho Evento por todo el Período de Duración del Reembolso del Evento, según se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Compañía Aseguradora podrá establecer montos diferenciados de Deducible para ciertas enfermedades,

circunstancia que será especificada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 13°: VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

La vigencia de las coberturas contempladas en las presentes Condiciones Generales así como la de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto, si las hubiere, se iniciará en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y podrá ser renovada por el lapso, condiciones y prima que autorice el Contratante.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 14°: INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS E INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Si durante la vigencia del seguro, un Asegurado Titular deseara incorporar a nuevos asegurados dependientes, deberá solicitarlo a la Compañía de Seguros. Para los efectos de incorporarse como asegurados, los nuevos dependientes deberán someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando para estos efectos una declaración de salud, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y ser aceptados por la Compañía de Seguros, en cuyo caso la fecha de inicio de vigencia de las coberturas y el correspondiente cobro de prima para el o los nuevos asegurados dependientes se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación por parte de la Compañía de Seguros u otra que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo a partir de la fecha de aceptación del nuevo Asegurado y notificará dicha circunstancia al Asegurado Titular.

ARTÍCULO 15°: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

La cobertura de esta Póliza, y la de sus cláusulas adicionales, si las hubiere, terminará para todos los Asegurados:

- a) Al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la Póliza.
 - b) A las 24:00 horas del día en que el Asegurado Titular cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.
 - c) Por efecto del no pago de la prima, en los términos señalados en el artículo 8° letra b) de estas Condiciones Generales.
 - d) Por fallecimiento del Asegurado Titular.
 - e) Por incurrir cualquiera de los Asegurados en el delito de fraude al seguro, tipificado en el artículo 470 N° 10 del Código Penal.
 - f) En caso que la moneda o unidad estipulada dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía Aseguradora, según lo establecido en el Artículo 17° siguiente.
- Asimismo, el contrato de seguro terminará anticipadamente respecto de un Asegurado Dependiente, en las siguientes circunstancias:
- h) Cuando deje de cumplir los requisitos de asegurabilidad y/o cuando cumpla la edad máxima de permanencia establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.
 - i) Cuando el Contratante o Asegurado titular lo elimine de la Póliza.
 - j) Por no pago de prima correspondiente al Asegurado Dependiente, en los términos señalados en el artículo 8° letra b) de estas Condiciones Generales.
 - i) Por fallecimiento del Asegurado Dependiente;

El término anticipado de la Póliza como efecto del no pago de la prima se regulará conforme a lo establecido en el artículo 528 del Código de Comercio. Si la terminación se produjera como consecuencia de cualquiera de las restantes causales, o como consecuencia de la voluntad del propio asegurado, se estará a lo dispuesto en el artículo 537 del mismo cuerpo legal. En cualquiera de los casos precedentes, terminada la vigencia de la Póliza, cesará la cobertura del seguro respecto de él o los asegurados afectados por la causal de terminación de que se trate, cesando las obligaciones de la Compañía respecto de los Eventos que

ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 16º: AJUSTE DE LA PRIMA

En el evento que, con motivo de una renovación de póliza, las primas 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.

ARTÍCULO 17º: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital asegurado y el monto de la prima 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 coberturas, será el vigente al momento de su pago efectivo.

En el evento que no se determine el valor de la unidad de fomento por la autoridad competente, el asegurador podrá modificar la reajustabilidad del presente contrato a la unidad que la Superintendencia de Valores y Seguros determine conforme al Artículo 10 del D.F.L. 251, de Hacienda, de 1931.

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.

La nueva unidad determinada por la Superintendencia de Valores y Seguros regirá provisoriamente para todos los efectos de este contrato, entre la fecha de la resolución que la apruebe y la indicada en los incisos precedentes

ARTICULO 18: REHABILITACION DE LA PÓLIZA

Producida la terminación anticipada de la Póliza o la terminación de la cobertura para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Contratante o Asegurado Titular solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, deberá acreditar que todos los Asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía Aseguradora y pagar toda la prima vencida.

La sola entrega a la Compañía Aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar las coberturas de cada Asegurado o de la Póliza, en su caso, si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía Aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el Contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 19º: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia de la Póliza y que afecten al presente contrato, serán de cargo del asegurado, salvo que por ley fuesen de cargo de la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO 20º: 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 u otro medio electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta Póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante

el envío de carta certificada dirigida a su 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 21º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier dificultad que se suscite entre el (los) asegurado(s) o el contratante, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro de que da cuenta esta Póliza, 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 del mismo, será resuelta en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

No obstante lo anterior, el asegurado 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 Aseguradora 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 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 22º: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta Póliza y que extiendan o amplíen las coberturas establecidas en ella, se regirán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 23º: DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la Póliza. Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el artículo 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.