

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES CELEBRADO A DISTANCIA

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320190133

ARTÍCULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado o el beneficiario.

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES

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

1.- Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se considera como accidente aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

2.- Seguro Colectivo: Es aquel que mediante una sola póliza cubre contra los mismos riesgos, a un grupo determinado o determinable de personas vinculadas con o por el tomador. En este caso llámese tomador o contratante, a quien celebra el contrato de seguro por el grupo asegurado.

3.- Contratante o Tomador: Es la persona jurídica que celebra este contrato de seguro colectivo por el grupo asegurado con la compañía aseguradora y sobre quien recae en general, las obligaciones y cargas del contrato de seguro, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. El contratante se indica expresamente como tal en las Condiciones Particulares de esta póliza y en el Certificado de Cobertura. El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo en los términos definidos por el artículo 517 del Código de Comercio

4.- Asegurado: Es aquella persona natural a quien afecta el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora. Es quien es parte de un grupo al ser miembro, trabajador, cliente o esté vinculado con o por el contratante y que ha sido con quien se ha sostenido la comunicación a distancia y ha manifestado su

voluntad inequívoca de celebrar el contrato de seguro colectivo ofertado, solicitando sólo para sí la incorporación a la presente póliza colectiva cuyas condiciones han sido convenidas por el contratante directamente con la compañía aseguradora.

5.- Asegurador: El que toma de su cuenta el riesgo. También como "compañía aseguradora" o simplemente como "compañía"

6.- Beneficiarios: Es la persona o las personas que tienen derecho a la indemnización que contempla este contrato de seguro en caso de siniestro.

7.- Lesión: Para estos efectos se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado de un accidente que afecte al organismo del asegurado, que presente o no síntomas asociados a esa lesión y requiera tratamiento médico.

8.- Hospital: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas y que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipo de rayos X y quirófano atendidos por personal profesional especializado. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

9.- Hospitalización: Es aquella 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 aspecto, lo que se denomina hospitalización domiciliaria.

10.- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI): Aquella dependencia dentro de un Hospital que funciona las 24 horas del día, con el propósito de mantener un control acucioso de pacientes enfermos o accidentados, y que se encuentre equipada para otorgar servicios médicos especiales que no están disponibles en las unidades de recuperación de cirugía o aquellas dependencias donde el paciente es hospitalizado dado que él o ella necesita de Servicios de Cuidados Intensivos, y no sólo algunos servicios tales como los cuidados de una enfermera privada.

11.- 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.

12.- Gasto incurrido: Son aquellos gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que incurra el asegurado como consecuencia de un accidente, que hayan sido efectivamente pagados por el asegurado.

Serán gastos médicos incurridos el costo efectivo de las prestaciones médicas recibidas por el asegurado, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenece el asegurado. No se considerarán como gastos incurridos por el asegurado, aquellos provenientes de prestaciones aún no realizadas a la fecha de presentación de los gastos a la compañía. Asimismo, tampoco se considerarán como gastos médicos incurridos, toda prestación, excepto la consulta médica, que no haya sido originada por indicación médica con su correspondiente diagnóstico o hipótesis diagnóstica.

ARTÍCULO 3: COBERTURAS Y MATERIAS ASEGURADAS

El asegurador pagará al asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, el monto asegurado señalado expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, según las alternativas de cobertura expresamente contratadas por el asegurado y que se describen a continuación.

El asegurado podrá contratar una o más de estas alternativas de cobertura, las que según corresponda deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Las alternativas de cobertura son las siguientes:

Alternativa A: Muerte Accidental

Alternativa B: Incapacidad o Desmembramiento por Accidente

Alternativa C: Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios por Accidente

Alternativa D: Incapacidad Total y Permanente 80% por Accidente

Alternativa E: Reembolso de Gastos Médicos Incurridos por Accidente

Alternativa F: Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente

Alternativa G: Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente, en una Unidad de Cuidados Intensivos o una Unidad de Tratamiento Intensivo

Alternativa H: Reembolso de Gastos por Hospitalización a causa de Accidente

ALTERNATIVA A: MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta alternativa de cobertura, el monto asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, será pagado por la compañía aseguradora a los beneficiarios, una vez acreditado el fallecimiento del asegurado, si éste se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente y por causa no excluida en este contrato de seguro.

El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y esta alternativa de cobertura, debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la compañía que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa e inmediata de las lesiones originadas por el accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato a consecuencia de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

La compañía deducirá del monto a pagar bajo esta alternativa de cobertura, la cantidad total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las alternativas de cobertura B, C y D, en caso de haber sido contratadas.

ALTERNATIVA B: INCAPACIDAD O DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE

En virtud de esta alternativa de cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican y siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los sesenta (60) días corridos contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, la compañía indemnizará al asegurado como consecuencia de la incapacidad o desmembramiento por accidente, los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y el Certificado de Cobertura:

100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;

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

50% por la sordera completa de ambos oídos;

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

40% por pérdida total de un pie;

35% por la ceguera total de un ojo;

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

20% por la pérdida total de un pulgar

15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo

13% por la sordera completa de un oído;

5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;

3% por la pérdida total de un dedo del pie;

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

El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente.

En el caso de ocurrir más de un accidente dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia de los accidentes, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa de cobertura.

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta alternativa de cobertura, se establece el significado de los siguientes términos:

Pérdida Total: Se entiende por "pérdida total" referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida Parcial: Se entiende por "pérdida parcial" la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece, en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: Se entiende por "pérdida funcional total" la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

Miembro: Se entiende por "miembro", cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

ALTERNATIVA C: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS POR ACCIDENTE

Si estando esta alternativa de cobertura contratada, el asegurado sufre como resultado de un accidente ocurrido durante su período de vigencia en este contrato de seguro, una "Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios", la compañía le pagará el monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la alternativa de cobertura B.

Para los efectos de esta alternativa de cobertura, se entiende por "Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios", al menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente. Para efectos de esta alternativa de cobertura en este contrato de seguro, el menoscabo deberá ser evaluado conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980. (Las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de Los Trabajadores Afiliados al Sistema de Pensiones", son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial).

Según lo señalado en el párrafo anterior, y conforme a los antecedentes médicos presentados, la compañía determinará si se ha producido la Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios (2/3) de un asegurado.

El asegurado, dentro de los diez (10) días corridos siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir, por única vez, que su incapacidad sea evaluada por un médico cirujano, elegido por él, de entre una nómina de tres o más médicos propuestos por la compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembro titular de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El médico elegido por el asegurado evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si presenta una Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios (2/3), conforme a los conceptos descritos en esta alternativa de cobertura y a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha invalidez. El médico podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la compañía. El dictamen de este médico será vinculante para la compañía.

Para efectos de esta cobertura se tendrá como fecha de declaración de la incapacidad total y permanente dos tercios (2/3) por accidente, la fecha de ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta.

Esta alternativa de cobertura no podrá ser contratada en conjunto con la alternativa de cobertura D.

Durante el período de evaluación, y mientras no proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la compañía, no cesa la obligación del asegurado de pagar las primas en los términos detallados en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. Si se configura el siniestro, la compañía aseguradora pagará la indemnización correspondiente desde la fecha del accidente, y devolverá al asegurado las primas pagadas por esta cobertura con posterioridad a dicha fecha.

ALTERNATIVA D: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 80% POR ACCIDENTE

Si estando esta alternativa de cobertura contratada, el asegurado sufre como resultado de un accidente ocurrido durante su período de vigencia en este contrato de seguro, una "Incapacidad Total y Permanente 80%", la compañía le pagará el monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y el

Certificado de Cobertura, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la alternativa de cobertura B.

Para los efectos de esta alternativa de cobertura, se entiende por "Incapacidad Total y Permanente 80%", al menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos el 80% de su capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente. Para efectos de esta alternativa de cobertura en este contrato de seguro, el menoscabo deberá ser evaluado conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980. (Las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema de Pensiones", son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial).

Según lo señalado en el párrafo anterior, y conforme a los antecedentes médicos presentados, la compañía de seguros determinará si se ha producido la Incapacidad Total y Permanente 80% de un asegurado.

El asegurado, dentro de los diez (10) días corridos siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir, por única vez, que la incapacidad sea evaluada por un médico cirujano, elegido por él, de entre una nómina de tres o más médicos propuestos por la compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembro titular de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El médico elegido por el asegurado evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si presenta una Incapacidad Total y Permanente 80%, conforme a los conceptos descritos en esta alternativa de cobertura y a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha invalidez. El médico podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la compañía. El dictamen de este médico será vinculante para la compañía.

Para efectos de esta cobertura se tendrá como fecha de declaración de la Incapacidad Total y Permanente 80% por accidente, la fecha de ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta.

Esta alternativa de cobertura no podrá ser contratada en conjunto con la alternativa de cobertura C.

Durante el período de evaluación, y mientras no proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la compañía, no cesa la obligación del asegurado de pagar las primas en los términos detallados en las Condiciones Particulares de la póliza. Si se configura el siniestro, la compañía aseguradora pagará la indemnización correspondiente desde la fecha del accidente, y devolverá al asegurado las primas pagadas por esta cobertura con posterioridad a dicha fecha.

ALTERNATIVA E: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS INCURRIDOS POR ACCIDENTE.

En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía reembolsará al asegurado el porcentaje expresado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra como consecuencia de un accidente, hasta el monto asegurado anual indicado en las mismas Condiciones Particulares y en el Certificado de Cobertura, y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de noventa (90) días corridos, u otro plazo mayor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de

Cobertura, siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente.

Esta alternativa de cobertura contará con un deducible por cada accidente cuyo monto será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. Se entiende por deducible por cada accidente, el monto de los gastos amparados por esta alternativa de cobertura que será siempre de cargo del asegurado.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de originales de recibos, boletas y facturas, bonos y comprobantes de reembolso cuando corresponda, 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 al asegurado, por la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N°18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, los Seguros Colectivos Complementarios de Salud contratados por el empleador del asegurado u otras instituciones similares, públicas o privadas y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al asegurado.

Sólo serán reembolsados los gastos que realmente hayan sido pagados por el asegurado.

ALTERNATIVA F: INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE

En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado que ha sido hospitalizado a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en este contrato de seguro, el monto asegurado diario que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, independiente del gasto real en que haya incurrido el asegurado. Tanto el accidente, como el período de hospitalización, deben ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada.

Se pagará la cantidad diaria a contar del primer día de hospitalización y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, teniendo esta alternativa de cobertura un tope por evento y un tope anual por asegurado.

Cada accidente amparado por la presente alternativa de cobertura que requiera hospitalización se considerará un evento. Se entenderá que constituye un sólo evento los períodos sucesivos de hospitalización, cuyas causas se encuentren directamente relacionadas entre sí y resulten de un mismo accidente. No obstante, si entre la última hospitalización y la siguiente ha mediado un lapso igual o superior a seis (6) meses, esta última se considerará como si fuese consecuencia de un nuevo evento.

Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado de un certificado que acredite el período de hospitalización, indicando día y hora de inicio y término, emitido por el Hospital.

ALTERNATIVA G: INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO

En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado el monto asegurado diario por hospitalización por accidente que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, independiente del gasto real en que haya incurrido

el asegurado, si como consecuencia de éste, el asegurado es hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o en una Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI) de un Hospital, independiente del gasto real en que haya incurrido el asegurado. Tanto el accidente, como el período de hospitalización, deben ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente.

Para tener derecho a la indemnización de este beneficio, la hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o una Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI) debe ser indicada por el médico tratante.

Se pagará la cantidad diaria a contar del primer día de hospitalización y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, teniendo esta alternativa de cobertura un tope por evento y un tope anual por asegurado.

Cada accidente amparado por la presente alternativa de cobertura que requiera hospitalización se considerará un evento. Se entenderá que constituye un sólo evento los períodos sucesivos de hospitalización, cuyas causas se encuentren directamente relacionadas entre sí y resulten de un mismo accidente. No obstante, si entre la última hospitalización y la siguiente ha mediado un lapso igual o superior a seis (6) meses, esta última se considerará como si fuese consecuencia de un nuevo evento.

Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado de un certificado que acredite el período de hospitalización, indicando día y hora de inicio y término, emitido por el Hospital.

ALTERNATIVA H: REEMBOLSO DE GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE

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

El accidente que dé lugar a esta alternativa de cobertura necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente.

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

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

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de originales de recibos, boletas y facturas, bonos y comprobantes de reembolso cuando corresponda, 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 al asegurado, por la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N°18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, los Seguros Colectivos Complementarios de Salud contratados por el empleador del Asegurado u otras instituciones similares, públicas o privadas y que otorguen beneficios médicos o

prestaciones económicas al asegurado.

Sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por:

Evento: Es la ocurrencia de un accidente, que origina la hospitalización, la cual deriva directamente de tal accidente, así como también las consecuencias y complicaciones relacionadas con dicho accidente.

ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las indemnizaciones que correspondan a las distintas alternativas de cobertura de este contrato de seguro, cuando el fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, hospitalización o gastos médicos incurridos del asegurado provengan o se originen por:

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

b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente por sentencia ejecutoriada que se ha tratado de legítima defensa.

c) Participación activa del asegurado en acto terrorista. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

d) Lesiones auto provocadas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones provocadas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

e) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad objetivamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

f) La conducción de cualquier vehículo o medio de transporte o la operación de cualquier tipo de maquinaria ejecutados en estado de ebriedad de acuerdo a la graduación establecida en legislación vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente. Además, la conducción de cualquier vehículo o medio de transporte o la operación de cualquier tipo de maquinarias ejecutada bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas.

g) Uso de motocicleta como medio de transporte en calidad de conductor o pasajero.

h) El uso de motocicleta, escúter, monopatín (patineta/scooter) y/o bicicleta para realizar el servicio de entregar, repartir y/o retirar correspondencia, mensajería, comida, alimentos y productos varios.

i) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.

- j) La realización o participación de una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades o deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo de explosivos o sustancias peligrosas, el porte de armas de fuego, la minería subterránea u otros trabajos subterráneos, trabajos en altura o líneas de alta tensión, La manipulación de sierras mecánicas, de vaivén, banda o circulares utilizadas en industrias o fábricas. La manipulación de máquinas de soldar utilizadas en industrias o fábricas, trabajar en la carga o descarga de vehículos, buques o aviones, matar ganado, y como deportes riesgosos, el buceo o inmersión submarina, montañismo o escalada, alas delta, paracaidismo, parapente, carreras de caballos, de automóviles, de motocicletas o de lanchas, bungee (benji), Canopy, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo.
- k) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados y empresas de seguridad ciudadana.
- l) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- m) Participación del asegurado en actos calificados por la ley como delitos, en calidad de autor, cómplice o encubridor.
- n) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.
- o) La atención otorgada por una clínica privada u hospital en el domicilio del asegurado y las hospitalizaciones domiciliarias.
- p) La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario
- q) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado que no sea consecuencia de un accidente, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- r) Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.
- s) Atenciones médicas siquiátricas y/o psicológicas.
- t) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopé-dicos y otros tratamientos que sean para fines de embelle-cimiento o para corregir malformaciones producidas por accidentes ocurridos anteriores a la fecha de vigencia del asegurado en el contrato de seguro.

ARTÍCULO 5: ASEGURADOS

Se consideran asegurados para efectos de este contrato de seguro, las personas que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y Certificado de Cobertura, conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o estén vinculados con o por la entidad contratante.

El contratante de la póliza, deberá informar el ingreso de los asegurados, a través de los medios que la Compañía ponga a disposición del contratante o según lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 6: INCORPORACIÓN Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Todas las personas naturales que quisieran ingresar al contrato de seguro deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. La vigencia inicial de la cobertura para los asegurados será la indicada en el Certificado de Cobertura.

ARTÍCULO 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado deberá dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el Artículo 524 del Código de Comercio que le sean atinentes en consideración al tipo de seguro de que se trate.

En especial, el asegurado estará obligado a:

- 1) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la compañía aseguradora para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
- 2) Pagar la prima en la forma y época pactadas.

Dado la naturaleza colectiva de esta póliza de seguro, aplica lo dispuesto en el artículo 517 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 8: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

El contrato de seguro que da cuenta esta póliza es un seguro celebrado a distancia, esto es, aquel que se ha convenido entre partes que no estando físicamente presente, de manera simultánea, han acordado dicho contrato de seguro mediante cualquier sistema de transmisión y registro digital o electrónico de la palabra escrita o verbal. Por lo anterior, el presente contrato seguro se ha ofrecido y aceptado a través de un sistema de comunicación a distancia.

Establecida la comunicación con el asegurado y producida la aceptación expresa de éste a la oferta del seguro se procederá a la emisión y envío de la póliza.

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el asegurado informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca de su persona y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo.

Para estos efectos, aplicará lo dispuesto en los artículos 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 9: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

La designación y cambio de beneficiarios se rige por los Artículos 593, 594 y 595 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 10: PRIMA

La prima es la retribución o precio del seguro, cuyo monto y forma de pago se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

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.

Pago de la Prima: Se deberá pagar en las oficinas de la compañía o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el asegurador podrá poner a disposición del contratante y asegurados.

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

La compañía 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 y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la compañía ante un siniestro que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro por falta de pago de la prima.

No pago de la Prima: La falta de pago de la prima en los plazos estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 19 ("Comunicación Entre Las Partes") de estas Condiciones Generales, dirija la compañía 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. Dicha terminación no aplicará en caso que se pague la prima antes del plazo señalado previamente.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía renuncia a su derecho de poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

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

ARTÍCULO 11: MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Esta materia se rige por el Artículo 517 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 12: VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

El contrato de seguro colectivo entre el Contratante y la compañía aseguradora entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares.

Si la vigencia individual contratada de los asegurados es superior a la vigencia del contrato de seguro colectivo, éstos seguirán cubiertos hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente.

Por tanto, terminada la vigencia del contrato de seguro colectivo, 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 permanezca pagando la prima correspondiente.

ARTÍCULO 13: VIGENCIA Y DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA ASEGURADO

El plazo de vigencia del contrato de seguro colectivo lo es sin perjuicio de la vigencia de las coberturas individuales de cada asegurado, conforme a lo que se expresará a continuación:

La vigencia de la cobertura individual de cada asegurado será la que se especifique en el respectivo Certificado de Cobertura para cada uno de los asegurados.

ARTÍCULO 14: TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO Y DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

El contrato de seguro colectivo terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza.

El asegurado podrá poner fin anticipado a su cobertura individual en cualquier momento y a su solo arbitrio, debiendo hacerlo mediante comunicación escrita dirigida a la compañía aseguradora, conforme el Artículo 19 ("Comunicación Entre Las Partes") siguiente.

Le estará prohibido a la Compañía Aseguradora poner término anticipado al contrato de seguro a su sola voluntad.

Encontrándose vigente la cobertura individual, ésta terminará anticipadamente, para el asegurado en los siguientes casos:

- a) Por la comunicación que dirija el asegurado a la compañía aseguradora en dicho sentido.
- b) Por no pago de la prima dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 10 precedente;
- c) Cuando se verifique la situación señalada en el Artículo 17 de estas Condiciones Generales y el asegurado no acepte el cambio de moneda o unidad del contrato.
- d) Cuando el Contratante informe que el asegurado ya no es parte del grupo asegurado;
- e) Por el pago del monto asegurado de alguna de las alternativas de cobertura C o D, descritas en estas Condiciones Generales;
- f) Por el pago del 100% del monto asegurado de la alternativa de cobertura B, descrita en estas Condiciones Generales;
- g) Pago de la indemnización contemplada en alguna cláusula adicional contratada por el asegurado, que conforme a la misma provoque el término anticipado de la cobertura principal;
- h) A las 24 horas del día en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza;

Terminada la vigencia de la cobertura individual, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 15: REHABILITACIÓN

En caso que se haya caducado la cobertura individual de un asegurado por no pago de la prima, el asegurado podrá solicitar personalmente su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, el asegurador podrá exigir del asegurado que acredite que reúne las condiciones de salud y requisitos de asegurabilidad necesarios para ser admitido como tal.

La sola presentación de la solicitud de rehabilitación por parte del asegurado no producirá el efecto de rehabilitar el contrato de seguro, si no ha habido aceptación escrita de la Compañía Aseguradora a dicha solicitud.

Cumplido lo anterior, la cobertura individual quedará rehabilitada a partir del primer día hábil del mes siguiente en que la Compañía Aseguradora haya comunicado su aceptación.

El rechazo de la solicitud no generará ninguna responsabilidad posterior de la compañía.

ARTÍCULO 16: DENUNCIA DE SINIESTROS Y LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Producido un siniestro asociado a alguna de las alternativas de cobertura contratadas deberá ser notificado a la compañía, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, hospitalización, y/o gastos médicos incurridos, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la compañía hasta el plazo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro del Asegurado.

Asimismo, se deberán presentar a la compañía los siguientes antecedentes relativos al siniestro:

- a) Certificado de Defunción original del asegurado (con causa de muerte);
- b) Fotocopia Cédula de Identidad del asegurado o Certificado de Nacimiento original;
- c) Informe Médico;
- d) Parte Policial y Alcoholemia (si correspondiese);
- e) Otros antecedentes tales como, ficha clínica, informes, declaraciones, certificados, dictamen de invalidez u otros documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado o su hospitalización.

Sin perjuicio de lo requerido precedentemente, también constituyen antecedentes necesarios para la alternativa de cobertura E y H, los siguientes:

- a) La entrega oportuna por el asegurado a la compañía del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.
- b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la compañía de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas, bonos y comprobantes de reembolso cuando corresponda, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

El asegurado, salvo la cobertura por Muerte Accidental, donde le corresponderá a sus beneficiario, 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 siniestro denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por este contrato de seguro y determinar el monto de la indemnización. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitar la realización de 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 siniestro denunciado o autorizar a la Compañía o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el siniestro denunciado y los gastos consecuentes.

En caso de requerirse mayores antecedentes, 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.

ARTÍCULO 17: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

El monto asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato de seguro se expresarán en unidades de fomento, según se establece en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

El valor de la unidad de fomento que se considerará para el pago de primas e indemnizaciones será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante y/o el asegurado no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la compañía dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato de seguro.

ARTÍCULO 18: CLAUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO 19: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la compañía, al contratante o al asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, salvo que éste no dispusiese 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 y en el Certificado de Cobertura. 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 al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura 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 de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el

sobre respectivo.

La compañía aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros. Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 20: SOLUCION DE CONFLICTOS

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las facultades que establece el artículo 543 del Código de Comercio.

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

ARTÍCULO 21: DOMICILIO

Para todos los efectos del presente contrato, las partes señalan como domicilio especial el que se menciona en las Condiciones Particulares de esta póliza y en el Certificado de Cobertura.

ARTÍCULO 22: DERECHO DE RETRACTO

De conformidad al artículo 538 del Código de Comercio, en atención a que el presente contrato de seguro es de aquellos celebrados a distancia, el asegurado tendrá la facultad de retractarse dentro del plazo de diez (10) días, contado desde que reciba la póliza, sin expresión de causa ni cargo alguno, teniendo derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado.

Este derecho no podrá ser ejercido si se hubiere verificado un siniestro.