

Seguro Oncológico Libre Elección

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320230463

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 todos los efectos del presente contrato de seguro, se entenderá por:

1. Asegurado: Aquel a quien afectan los riesgos que se transfieren al Asegurador y se encuentra individualizado en las Condiciones Particulares de ésta. Podrán ser Asegurados de esta póliza un Asegurado Titular y además, como Asegurados Adicionales, su cónyuge, conviviente civil o sustituto y sus hijos, dependiendo del plan de cobertura contratado.

2. Asegurador: Es la entidad aseguradora que se obliga a tomar de su cuenta el riesgo indicado en la presente póliza, mediante el otorgamiento de las coberturas pactadas con el Contratante a favor de el o los Asegurados señalados en la misma.

3. Carencia: Es el período establecido en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la vigencia o de la fecha de su rehabilitación, en el cual la compañía no devenga la prima y está vigente el contrato no obstante no encontrarse vigente la cobertura contenida en la presente póliza. Esta última comenzará a regir sólo una vez que haya transcurrido dicho período. En virtud de lo anterior, el Asegurador no reembolsará los gastos incurridos por Tratamientos recomendados al Asegurado a causa de un Diagnóstico de cáncer emitido dentro del período de carencia.

4. Contratante: Es la persona natural o jurídica que ha celebrado este contrato de seguro con el Asegurador, asumiendo las obligaciones que se deriven del mismo y cuya individualización se indica expresamente en las Condiciones Particulares de esta póliza.

5. Diagnóstico de Cáncer: Corresponde a la determinación en forma clara del proceso patológico de cáncer que sufre un Asegurado. Esto incluye indicación del tipo de cáncer, la localización, el tipo histológico, el grado de diferenciación celular y la etapa clínica. Dicho Diagnóstico de Cáncer deberá constar en un Informe Anátomo Patológico que así lo acredite.

6. Enfermedad Preexistente: Es cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o situación de salud en general que afecte a un Asegurado, diagnosticada o conocida por el respectivo Asegurado o el Contratante con anterioridad a la fecha de contratación.

7. 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, alimentación y atención general de enfermería en dicho establecimiento.

8. Hospital: Es todo establecimiento público o privado autorizado como tal por el Ministerio de Salud, incluyendo clínicas privadas. Se excluye expresamente toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, viviendas particulares, sanatorios particulares, casas para convalecientes y lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales y adicciones tales como a drogas, tabaco y/o alcohol.

9. Informe Anátomo Patológico: Se refiere a la documentación que da cuenta de resultados de la presenciade un cáncer. Para que sea aceptable un Informe Anátomo Patológico bajo los términos de esta póliza, el informe que documenta el diagnóstico deberá ser original, fechado (mes, día y año) y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe (médico especialista anátomo patólogo, certificado). El informe deberá emitirse en base al estudio microscópico e histoquímico/inmunohistoquímico de la biopsia.

10. Período de Gracia: Es el plazo durante el cual la póliza permanecerá vigente pese a no haber pagado el Contratante el costo de la cobertura convenido. Dicho plazo se indica en las Condiciones Particulares de la póliza y se contabiliza a partir del primer día del mes de cobertura no pagado. En el caso que durante este período se cobre algún beneficio, se deducirá previamente de la indemnización el costo de la cobertura vencida y no pagada.

11. Prestador: Corresponde a la clínica, hospitales o las instituciones dentro de Chile, que elija o determine

el Asegurado y que están destinadas a otorgar las prestaciones cuyos gastos se encuentren cubiertos por esta póliza.

12. Médico Tratante: Es el profesional de la salud que se encuentra autorizado para ejercer la profesión de médico y que desempeña sus funciones en el Prestador.

13. Ciclo: Corresponde a cada una de las sesiones que se realizan durante un tratamiento de radioterapia o de quimioterapia.

14. Tratamiento: Es la planificación y ejecución de un conjunto de acciones médicas efectuadas a un paciente, con el propósito de curar una enfermedad determinada.

15. Tratamiento de Cirugía: Corresponde a la extirpación del tumor y del tejido circundante durante una intervención quirúrgica.

16. Tratamiento de Radioterapia: Corresponde a un conjunto de ciclos de radiaciones efectuados a un paciente, conforme a una receta y/u orden medica debidamente emitida por un médico especialista, a objeto de destruir las células cancerosas.

17. Tratamiento de Quimioterapia: Corresponde a la administración de un conjunto de drogas en forma repetida, con una secuencia y número de ciclos previamente establecido en una receta y/u orden medica debidamente emitida por un médico especialista.

18. Edad Máxima de Incorporación: Es el número máximo de años de edad, expresado en las Condiciones Particulares y en el Formulario en que deberá contenerse la propuesta, que puede tener una persona para incorporarse a esta póliza.

19. Evento: Es el Tratamiento aconsejado por el Médico Tratante, que incluye las prestaciones hospitalarias o ambulatorias derivadas de un Diagnóstico de Cáncer , cubierto por la póliza, y sus consecuencias posteriores vinculadas directamente al diagnóstico oncológico principal, con una duración máxima de tres años, contados desde la fecha de pago del primer reembolso que la compañía haya efectuado.

Artículo 3: Cobertura y/o Materia Asegurada.

En virtud de la presente póliza, el Asegurador reembolsará los gastos efectivos que demanden las prestaciones asociadas a un Tratamiento que más adelante se detallan, hasta los límites de capital y plazo establecidos en las Condiciones Particulares de ésta, siempre que el siniestro se iniciare durante la vigencia individual de la cobertura de esta Póliza y hubiere transcurrido el período de carencia indicado en las Condiciones Particulares.

Para efectos de esta póliza, se entenderá por prestaciones cubiertas, los gastos efectivos incurridos por el Asegurado Titular o Adicionales, a consecuencia del Tratamiento terapéutico de una enfermedad neoplásica maligna, siempre que dichas prestaciones se encuentren expresamente detalladas en la póliza. El Asegurado podrá elegir el Prestador a su libre elección, dentro del territorio chileno.

El tratamiento estará cubierto siempre que se cumplan los siguientes requisitos copulativos:

- Que la prestación cuyo gasto se solicita indemnizar derive directamente de un cáncer diagnosticado durante la vigencia de la póliza;

- Que el cáncer haya sido diagnosticado a través de un informe anátomo patológico, según se define en el artículo 2 numeral 9 anterior, y con posterioridad al período de carencia señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

- Que el gasto corresponda a prestaciones derivadas de enfermedades no excluidas de la cobertura regulada en la presente póliza, con arreglo al artículo 5 siguiente.

Serán de cargo del Asegurador los gastos efectivos en la institución elegida por el asegurado, hasta los límites señalados en las Condiciones Particulares, provenientes exclusivamente de:

- a) Aquellos gastos necesarios para corroborar un Diagnóstico de Cáncer ya determinado y diagnosticado, y presentado al Asegurador dentro de los plazos fijados, comprendiendo consulta médica especializada, hospitalización, intervención quirúrgica y exámenes complementarios que sean necesarios a juicio del Prestador seleccionado por el asegurado.

b) Gastos provenientes del tratamiento terapéutico de una enfermedad neoplásica maligna, incluyendo, y sin ser taxativa su enunciación, los gastos en cirugía, quimioterapia y/o radioterapia.

c) Gastos provenientes de las hospitalizaciones que sean indicadas por el Médico tratante y que se efectúen en la clínica seleccionada por el asegurado. La cobertura de gastos de hospitalización comprenderá los días cama, el derecho a pabellón y los gastos por concepto de medicamentos e insumos en que se incurra durante la hospitalización.

d) Los gastos por concepto de drogas antineoplásicas.

e) Gastos provenientes de la observación de la evolución del tratamiento, incluyendo las consultas y procedimientos clínicos necesarios.

Se reconocerán como gastos efectivos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por el sistema de salud previsional, privado o estatal (sólo en el caso de personas adheridas a Fonasa en los tramos B, C o D). Por tanto, esta póliza opera como complemento de la cobertura económica del sistema previsional del Asegurado, privado o estatal (Fonasa B, C o D).

El Asegurado, no podrá tener una edad superior a la edad máxima de incorporación al momento de contratar este seguro.

Artículo 4: Carencia.

Esta cobertura tiene un período de carencia a partir del inicio de vigencia de la póliza de protección

oncológica o desde su rehabilitación, el cual se determina en las Condiciones Particulares de ésta. En virtud de lo anterior, la cobertura contenida en la presente póliza comenzará sólo una vez que haya transcurrido dicho período. Por lo tanto, no serán reembolsados por esta póliza los gastos asociados a tratamientos de neoplasias malignas que sean diagnosticadas durante el período antes indicado.

El periodo de carencia para los asegurados que se incorporen con posterioridad a la vigencia inicial de esta póliza se contabilizará desde la fecha de su incorporación.

Para efectos de las renovaciones, pero no así en caso de rehabilitación, revalidación o reincorporación, a partir del primer aniversario de esta cobertura, dicho período de carencia se dará por satisfecho.

Artículo 5: Exclusiones.

La presente póliza no cubre las prestaciones cuando se trate de gastos que provengan o se originen por:

(a) Las personas cuya historia clínica indique un estudio, diagnóstico o tratamiento oncológico previo a la fecha de incorporación a la cobertura de la presente póliza;

(b) Tratamientos psiquiátricos y psicológicos, estéticos, kinésicos o de rehabilitación;

(c) Atención y/o hospitalización médica domiciliaria.

(d) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, reparadora y/o cirugía plástica;

(e) Tratamientos y/o estudios y/o protocolos de tipo experimental o de investigación clínica, que corresponden a esquemas de tratamiento no habituales, fuera de las recomendaciones de tratamiento con niveles de evidencia I o II del NCCN (National Comprehensive Cancer Network) para los diferentes cánceres y sus estados clínicos;

(f) Cualquier tipo de prótesis y órtesis;

(g) Trasplantes;

(h) Los traslados de pacientes desde y hacia cualquier destino;

(i) Prestaciones que deban efectuarse a personas que al momento de la suscripción del seguro sufran o sean portadoras del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - o que el Asegurado sea portador del V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) o padezcan de Hepatitis B o C.

(j) Gastos por concepto de medicamentos ambulatorios, kinésicos o de rehabilitación;

(k) La rehabilitación de efectos secundarios al cáncer y/o tratamiento, y los tratamientos de patologías benignas asociadas.

(l) Los tratamientos experimentales o de investigación.

(m) Las prestaciones otorgadas en el extranjero.

(n) Además, este seguro no otorga cobertura en aquellos casos en que el tomador, asegurado, beneficiario o afianzado, o sus empleados o personas relacionadas, tenga alguna relación o se encuentre incluido en actividades relacionadas directa o indirectamente con actividades terroristas, lavado de activos o de similar

naturaleza, incluyendo, pero sin estar limitadas, a las listas o sanciones dispuestas por la oficina de control de activos extranjeros (OFAC, según sus siglas en inglés) del departamento del tesoro de los EE.UU.. Se excluyen de cobertura, expresamente, aquellos siniestros y toda y cualquier pérdida relacionada directa o indirectamente con operaciones, negocios, contratos o vínculos de cualquier naturaleza con países o personas incluidas en dichas listas, o cuyo pago deba ser efectuado a personas o países designados (specially designated nationals list, SDN). Asimismo, este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones prohíban a la aseguradora proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones.

Artículo 6: Obligaciones del Asegurado.

El Contratante y el Asegurado, según corresponda, tendrán, entre otras, las siguientes obligaciones:

(i) declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar y apreciar la extensión del riesgo; y

(ii) pagar el costo de la cobertura en la forma y época pactada.

Sin perjuicio de lo anterior, para obtener los beneficios de esta cobertura, el Asegurado deberá cumplir los siguientes requisitos copulativos:

a) Contar con un Diagnóstico de Cáncer Maligno (biopsia e informe anátomo patológico), ya comprobado acreditado con el informe correspondiente, conforme a lo establecido en el artículo 2 numeral 9 de la presente póliza.

b) Informar tal circunstancia al Asegurador completando y firmando los formularios proporcionados para tal efecto.

c) Cumplir cabalmente las instrucciones del médico tratante.

d) Asistir regularmente a todos los controles que le indique el médico tratante.

Artículo 7: Declaraciones del Asegurado.

La veracidad de las declaraciones hechas por el Contratante y/o Asegurado en la propuesta de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando este corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

El contrato de seguro es nulo si el Asegurado o el Contratante en su caso, a sabiendas, proporciona al Asegurador información sustancialmente falsa al prestar la declaración a que se refiere el número (i) del artículo 6 precedente, contenida en la propuesta o en los instrumentos o documentos anexos a ella. En dichos casos, pronunciada la nulidad del seguro, el Asegurador podrá retener la prima o demandar su pago y cobrar los gastos que le haya demandado acreditarlo, aunque no haya corrido riesgo alguno, sin perjuicio de la acción criminal.

Por su parte, y de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el Contratante (o el Asegurado, según corresponda), hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el Asegurador de acuerdo a la indicado en el número (i) del artículo 6 precedente, este último podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes del Contratante (o del Asegurado, en su caso) no revisten alguna de dichas características, el Asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el Contratante rechaza la proposición del Asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días corridos contados desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá luego de un plazo de treinta días corridos contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, el Asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al párrafo anterior; y en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el Asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

Artículo 8: Vigencia y Duración de la cobertura.

La duración de la vigencia de la cobertura individual de la póliza es de un año, contado desde la fecha de

vigencia inicial de ésta, y podrá ser renovada por períodos iguales y sucesivos de un año, si ninguna de las partes informa por escrito a la otra su intención de no renovar la presente póliza, o de proponerle cambios aplicables a la siguiente renovación, con una anticipación mínima de sesenta (60) días a la fecha de la correspondiente renovación.

El inicio de vigencia y el plazo de duración del seguro serán indicados en las Condiciones Particulares de la póliza de protección oncológica.

Sin perjuicio de lo anterior, y no obstante que tanto el Asegurador como el Asegurado Titular tienen plenas atribuciones para impedir la renovación automática de esta póliza en conformidad a lo ya señalado, para lo cual deberán notificar por escrito su intención.

Si el Asegurado se encuentra en tratamiento al producirse la terminación de la cobertura a que se refiere la presente póliza, el Asegurador cubrirá las prestaciones respectivas hasta finalizar el tratamiento de cirugía, radioterapia o quimioterapia en particular que se encuentre en curso, aun cuando dicho tratamiento particular concluya después de haber terminado la vigencia de la presente póliza.

Artículo 9: Prima y efectos del no pago de la prima.

a) Pago de las Primas

La prima que corresponda a este contrato debe ser pagada conforme a la periodicidad señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

El monto de la prima de esta póliza podrá ser ajustada, luego de transcurrida la vigencia anual, para el

nuevo período de cobertura. Cualquier ajuste no previsto en las Condiciones Particulares, deberá ser informado por el Asegurador al Contratante con una anticipación de a lo menos sesenta (60) días a la fecha de renovación, teniendo derecho el Contratante de aceptar o rechazar la modificación, lo cual deberá informar al Asegurador, poniéndose término a la póliza en este último caso.

El Contratante o el Asegurado Titular, según corresponda, que pague las primas por algún medio en que intervenga un tercero, tal como su empleador, un administrador de tarjetas de crédito o un banco al cual se haya otorgado un mandato para efectuar pagos a su nombre, contrae la obligación precisa de cerciorarse personalmente de que el descuento o cargo correspondiente a dicha prima se le haga puntualmente; de solicitarle a dicho tercero las rendiciones de cuentas que estime conveniente y, especialmente, de que se remitan oportunamente al Asegurador los valores para pago de primas.

El Asegurador no se hace responsable de ninguna omisión o falta de diligencia de dichos terceros al hacer los descuentos o cargos y efectuar los pagos. Para los efectos de la vigencia de este contrato de seguro y de las obligaciones asumidas por el Contratante o el Asegurado Titular, según corresponda, sólo se considerará como prima pagada, la que efectivamente haya sido enterada en arcas del Asegurador, dentro del plazo estipulado.

El Contratante que efectúe sus pagos directamente, podrá hacerlos en cualquiera de las oficinas del Asegurador, o en la institución indicada en el aviso enviado a su domicilio para este efecto, o mediante giro postal, u otro medio de pago aceptado por el Asegurador.

b) Comunicación por falta de pago de primas, plazo de gracia y terminación anticipada.

Ante la falta de pago oportuno de la prima, el Asegurador enviará una comunicación escrita al Contratante o Asegurado Titular, informando de esta situación, y de su obligación de ponerse al día en los pagos. En caso de mantenerse la deuda por este concepto, luego de transcurrido el plazo de quince días corridos contados desde la fecha del envío de dicha comunicación, el contrato terminará, teniendo derecho el Asegurador a exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación. Sin perjuicio de lo anterior, para el pago de las primas atrasadas, el Asegurador concederá dos meses de gracia, contados desde la fecha del último día del último mes de cobertura efectivamente pagado, siempre y cuando este criterio resulte ser más favorable para el Contratante o el Asegurado Titular, en su caso.

Si alguna de las personas cubiertas por este seguro se siniestra dentro de los quince días contados desde el envío de la comunicación señalada, o dentro del plazo de gracia, el Asegurador entregará la cobertura de la presente póliza, previo pago por parte del Contratante o Asegurado Titular de las primas vencidas y no pagadas.

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

Artículo 10: Terminación.

1. Respecto de la Cobertura:

La cobertura otorgada en la presente póliza terminará anticipadamente de forma automática con respecto a cada Asegurado, al momento de verificarse alguna de las siguientes circunstancias:

- a) En caso de verificarse un Diagnóstico de Cáncer durante el período de carencia establecido en la póliza.

- b) En caso de que el Asegurador tome conocimiento de la existencia de un Diagnóstico de Cáncer previo a la contratación del seguro, que no haya sido informado al Asegurador.

- c) En caso que se haya cumplido el número máximo de eventos indemnizables bajo la Póliza que se

establecen en las Condiciones Particulares.

2. Respecto de la Póliza

a) Por petición del Contratante o del Asegurado Titular.

El Contratante o el Asegurado Titular podrán poner término anticipado al presente contrato, para lo cual comunicarán por escrito al Asegurador su intención en tal sentido, lo cual podrá efectuar completando un documento o carta de terminación de contrato de manera presencial, en alguna de las sucursales u oficinas de este último, o enviando al domicilio del Asegurador, una carta de intención de terminación de contrato firmada por el Contratante o el Asegurado Titular.

b) Por fallecimiento del Asegurado Titular.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular antes de que se cumpla el vencimiento de la presente póliza. Por consiguiente, el fallecimiento del Asegurado Titular extingue también las coberturas que hayan podido otorgarse a los asegurados adicionales.

c) Por falta de pago de primas, en los términos del artículo 9 precedente.

Artículo 11: Denuncia de Siniestros.

Los interesados en el pago de la indemnización deberán notificar al Asegurador tan pronto como sea posible, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, debiendo acreditar la ocurrencia del mismo declarando fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias, presentando los documentos exigidos en el artículo 6 de esta póliza.

El Asegurador evaluará los hechos denunciados a objeto de establecer si contractualmente el siniestro se encuentra cubierto por el seguro. Para ello podrá requerir de los interesados en la entrega de esta cobertura, los antecedentes que precise.

Artículo 12: Moneda o Unidad del Contrato.

Todos los valores correspondientes a esta póliza se expresarán en unidades de fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de las primas y los capitales que correspondan, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la moneda o unidad reajutable estipulada dejase de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Contratante no aceptase la nueva unidad y lo comunicase así al Asegurador dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la notificación que ésta le hiciese sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá el término anticipado del contrato.

Artículo 13: Propiedad de la póliza.

La propiedad de esta póliza corresponderá al Contratante, y todos los derechos, privilegios y opciones conferidas en ella, estarán reservados al Contratante, a menos que en las Condiciones Particulares se hubiere estipulado lo contrario.

El Contratante podrá ceder al Asegurado Titular o a un tercero sus derechos, quedando registrada tal cesión en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los derechos del Contratante, cuando sea persona distinta al Asegurado Titular y falleciere estando esta póliza en vigor, pasarán al Asegurado Titular salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se haya designado a otra persona.

Artículo 14: Comunicación entre las partes.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre el Asegurador y el Contratante, o las demás personas aseguradas, deberá efectuarse por escrito mediante comunicación escrita, dirigida al domicilio del Asegurador o entregada personalmente en el domicilio de este último. Las comunicaciones al Contratante y a las demás personas aseguradas, se remitirán por correo postal al último domicilio registrado en los archivos del Asegurador o que haya informado al corredor en caso que la póliza sea intermediada. También podrán enviarse comunicaciones escritas al correo electrónico o por mensaje de texto al teléfono que haya registrado y autorizado el asegurado al momento de la contratación.

Artículo 15: Extravío o destrucción de la póliza.

En caso de extravío o destrucción de la póliza, el Asegurador, a petición del Contratante, emitirá un duplicado de la misma. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del Contratante.

Artículo 16: Arbitraje.

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el Asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la Ley 19.496.

No obstante, lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión del Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley Nº 251, de Hacienda, de 1931.

Artículo 17: Cláusulas Adicionales.

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella.

Artículo 18: Indisputabilidad.

De acuerdo con lo señalado en el Artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, el Asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

Artículo 19: Impuestos y Contribuciones.

Los impuestos que en el futuro se puedan establecer sobre las primas, montos asegurados o sobre cualquiera otra base y que afecten al presente contrato de seguro o sus cláusulas adicionales, serán de cargo del Contratante, del Asegurado, del o de los Beneficiarios, o de los herederos de éstos, según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo del Asegurador.