

PÓLIZA SEGURO DE GASTOS DENTALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320240020

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 beneficiario.

ARTÍCULO 2: COBERTURA

Para Prestador Preferente:

La Compañía de Seguros pagará directamente al prestador odontológico preferente, los gastos dentales razonables, acostumbrados e incurridos por el Asegurado a consecuencia única y exclusivamente de las prestaciones odontológicas que se detallan en las Condiciones Particulares, siempre que la póliza se encuentre vigente.

Se cubrirán todos aquellos gastos dentales que se hayan especificado en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre y cuando tengan por origen una enfermedad o accidente odontológico, y que hayan sido otorgadas y prescritas por un cirujano-dentista, de acuerdo con los porcentajes y límites establecidos en el plan de coberturas definido en las Condiciones Particulares, sin perjuicio de lo considerado en el Arancel de Referencia.

La Compañía Aseguradora podrá establecer el ámbito temporal y territorial de la cobertura sin que ello

afecte la vigencia de la póliza mediante el Condicionado Particular. Es decir, podrá definir horarios, días y zonas geográficas específicas en las que regirá la cobertura, así como aquellas en las que no operará esta cobertura.

De este modo, no se cubrirán los gastos dentales incurridos cuando la prestación se haya efectuado durante un periodo de tiempo o en un territorio excluido de cobertura en los términos estipulados en el inciso anterior, aun cuando la póliza se encuentre vigente.

Para Prestador de Libre Elección:

Mediante este Seguro Dental, y contra el pago de una prima mensual, la Compañía se obliga a reembolsar al asegurado los gastos dentales razonables y acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado a consecuencia única y exclusivamente de las prestaciones dentales que se detallan en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Para los efectos de este Seguro Dental, recibirán cobertura todas aquellas prestaciones que se enumeran en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 3: DEFINICIONES

Para efectos de esta póliza se entiende por:

CONTRATANTE: El que celebra el seguro con el Asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato.

ASEGURADOS: Se consideran asegurados de esta póliza a las personas que, habiendo solicitado su incorporación a la póliza y cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares, hayan sido aceptados por la Compañía de Seguros. Además, se considerará asegurado a la(s) persona(s) que se encuentren individualizadas en las Condiciones Particulares de la póliza.

GASTOS DENTALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: El monto que habitualmente se cobra por prestaciones odontológicas de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad; considerando además, que sean las prestaciones odontológicas que ordinariamente se suministran para el tratamiento dental según la patología presentada; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para estos efectos, se tendrá en especial consideración el tipo de atención suministrada y el valor referencial de esta, el cual la Compañía pondrá a disposición del asegurado, en la forma que señale el Condicionado Particular, denominado "Arancel de Referencia".

ARANCEL DE REFERENCIA: Corresponde a un arancel referencial determinado por la Compañía Aseguradora para las distintas prestaciones odontológicas que tienen cobertura, mediante el cual se establece un valor máximo para dichas prestaciones odontológicas, el cual la Compañía pondrá a disposición del asegurado, en la forma que señale el Condicionado Particular.

PRESTADOR ODONTOLÓGICO PREFERENTE: Corresponde a los establecimientos odontológicos y a los cirujanos-dentistas los cuales la Compañía pondrá a disposición del asegurado, en la forma que señale el Condicionado Particular, respecto de los cuales operarán las coberturas de esta póliza. Respecto de estos, la compañía tiene la facultad de modificarlos en cualquier momento y sin expresión de causa según lo estime pertinente.

PRESTADOR ODONTOLÓGICO DE LIBRE ELECCIÓN: Establecimientos odontológicos y cirujanos dentistas certificados que permiten a los asegurados utilizar su póliza de seguro dental de acuerdo con las condiciones y términos establecidos. Esto significa que los asegurados tienen la libertad de elegir el proveedor de servicios dentales que deseen, y usar su póliza para recibir los tratamientos y servicios necesarios de acuerdo con los alcances y limitaciones especificados en este seguro dental.

ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones de tipo odontológico, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes dentales correspondientes.

ENFERMEDAD ODONTOLÓGICA: Toda enfermedad o alteración de carácter odontológico, que afecte al diente, encía, periodonto y hueso alveolar, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un cirujano dentista legalmente reconocido. No se incluyen las afecciones de tipo esquelética.

CIRUJANO - DENTISTA: Todo profesional habilitado y autorizado legalmente para practicar la odontología y que está calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario o la definición legal que reemplace dicho precepto.

GASTO DENTAL: Corresponde al costo de la prestación odontológica recibida por el asegurado, hasta el límite establecido en el "Arancel de Referencia", descontando las sumas reembolsadas, financiadas o bonificadas por una Institución de Salud Previsional, Fonasa o sistemas de bienestar, como asimismo otros sistemas o instituciones al cual pertenezca el asegurado y que le otorgue beneficios similares a la presente cobertura.

DEDUCIBLE: Corresponde al monto de los gastos dentales cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del asegurado o contratante, y cuyo monto, forma y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiéndose establecer un deducible por asegurado, grupo familiar, u

otro grupo de asegurados, así como también para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones odontológicas cubiertas.

PERÍODO DE ACUMULACIÓN: El periodo de tiempo que se considera para contabilizar el monto máximo del deducible o del pago directo al prestador odontológico preferente, el cual se encuentra especificado en las Condiciones Particulares de la Póliza, lo cual podrá o no estar restringido a uno o más beneficios.

MONTO MÁXIMO DE PAGO DIRECTO AL PRESTADOR ODONTOLÓGICO: El límite máximo establecido para una o más coberturas que se otorgan bajo estas Condiciones Generales, hasta el cual la Compañía pagará directamente al prestador odontológico preferente o de libre elección, según quede estipulado en el Condicionado Particular, en razón de los gastos dentales incurridos producto de una o más prestaciones

odontológicas. El monto y periodo de acumulación se establecen en las Condiciones Particulares de la póliza.

SINIESTRO: Para efectos de estas Condiciones Generales, se entiende por siniestro los gastos dentales incurridos por el asegurado producto de las prestaciones odontológicas que se efectúe y que se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que éstas sean efectuadas por un prestador odontológico preferente y/o un prestador odontológico de libre elección, en la forma que señale el Condicionado Particular, para estos efectos.

SITUACIÓN O ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento y problema de salud en general, que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta.

ARTÍCULO 4: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Los beneficios dentales que contemplan las Condiciones Generales podrán ser contratados en forma conjunta o individual, y deberán quedar expresamente señalados en el plan de coberturas establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, de acuerdo los términos, porcentajes, límites, frecuencias y topes diferenciales de pago directo al prestador odontológico preferente o de libre elección allí determinados para cada una de ellas, conforme al Arancel de Referencia.

ATENCIÓN PRIORITARIA: Corresponde a la primera atención dental que recibe un Asegurado cuando ha sufrido un accidente o presenta un cuadro agudo de alguna enfermedad de origen odontológico y consiste en solucionar la situación de apremio presentada por el Asegurado. Esta atención dental se limitará a las prestaciones odontológicas que se efectúen en los establecimientos y por los prestadores odontológicos preferentes los cuales la Compañía pondrá a disposición o a libre elección del asegurado, en la forma que señale el Condicionado Particular, en sus horarios habituales de atención y de acuerdo a los porcentajes y límites establecidos en el plan de coberturas definido en las Condiciones Particulares, sin perjuicio de lo considerado en el Arancel de Referencia para estos efectos.

Se entenderán por Atenciones Prioritarias, las siguientes:

Atenciones Prioritarias odontológicas: Tratamiento del dolor y de la infección; trepanaciones, tratamiento de Infecciones bucales, hemorragias, fracturas dentarias, suturas de tejidos blandos, reparación de prótesis fracturadas, reposición de obturaciones con materiales temporales, o cementación de prótesis fija.

La atención de Prioritaria Dental incluye los honorarios del cirujano- dentista; los insumos utilizados por el cirujano-dentista durante la atención prioritaria; y una atención dental de control posterior a esta atención.

Con todo, la Compañía de Seguros no pagará directamente al prestador odontológico preferente o al asegurado en el caso de prestador de libre elección, más allá del Plan de Cobertura contratado por el asegurado, indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

ARTÍCULO 5: EXCLUSIONES

Esta póliza no pagará directamente al prestador odontológico preferente o al asegurado los gastos dentales, cuando ellos provengan o se originen por:

a) Lesiones auto inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión

b) Procedimientos dentales realizados por personas o cirujanos-dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana. Asimismo, se encuentran excluidas de cobertura las prestaciones odontológicas otorgadas al asegurado en establecimientos o prestadores odontológicos distintos a los cuales la Compañía pondrá a disposición del asegurado, en la forma que señale el Condicionado Particular.

c) Gastos dentales que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallados en las

Condiciones Particulares de la Póliza.

- d) Cualquier gasto por concepto de un tratamiento dental cuya finalidad sea de embellecimiento, estética o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del asegurado.
- e) Cualquier gasto dental por concepto de una prestación y/o atención que se haya iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del Asegurado o, con posterioridad a la fecha de término de dicha vigencia.
- f) Cualquier gasto dental por concepto de un reemplazo de dentadura natural, excepto en el caso en que tales dentaduras sean necesarias para reemplazar piezas dentales extraídas mientras el Asegurado se encuentre amparado por esta cobertura.
- g) Cualquier gasto dental por concepto de un procedimiento de prevención e higiene, salvo en los casos previstos en estas Condiciones Generales, y siempre que conste su contratación en forma expresa en las Condiciones Particulares de la póliza.
- h) Cualquier gasto dental por concepto de aquellas prestaciones odontológicas que tengan lugar a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- i) Cualquier gasto dental por concepto de situaciones, condiciones, dolencias o enfermedades preexistentes.
- j) 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 EEUU. 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). En definitiva, este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones prohíban a la compañía de seguros proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones.

k) Se excluyen las siguientes prestaciones:

PERIODONCIA: Incluye los tratamientos de la especialidad de periodoncia que traten la enfermedad que afecte a las estructuras de soporte del diente, tales como encías y periodonto mediante el pulido y alisado radicular.

ENDODONCIA: Incluye la especialidad que trata el conducto radicular del diente que ha sido afectado por caries o traumatismo. Están incluidos los tratamientos de endodoncia de todas las piezas dentales. Se excluyen de esta categoría todo tipo de cirugías complementarias a esta especialidad.

OPERATORIA DENTAL CON LABORATORIO: Están incluidos en esta categoría las obturaciones que utilizan materiales indirectos como aleaciones de metal base, cerómeros o porcelanas; carillas, incrustaciones de piezas posteriores, como también los procedimientos que involucren el uso de método indirecto convencional y el uso de laboratorio para las restauraciones mencionadas anteriormente.

CIRUGÍA DENTAL COMPLETA: Todo procedimiento invasivo que se realiza con el fin de devolver la normalidad a las estructuras óseas y blandas de la boca, entre estos: extracciones de piezas temporales o permanentes, incluida la extracción de piezas semi-incluidas o incluídas, apertura de abscesos, resección de frenillos, fenestraciones como tratamientos de sus complicaciones y controles post operatorios. Se excluyen de esta categoría los injertos óseos y periodontales, al igual que las cirugías para instalar o mejorar las condiciones de los implantes dentales.

RADIOLOGÍA EXTRAORAL: Considera todas las técnicas radiográficas indicadas por un cirujano dentista para el tratamiento odontológico e incluye las técnicas de Radiología Intraoral y Extraoral tales como radiografías bitewing, retro alveolares, oclusales, panorámicas, telerradiografías, y Scanner maxilares.

TRATAMIENTO PARA EL BRUXISMO: Se incluye dentro de esta cobertura los tratamientos con plano de relajación para el bruxismo. Se incluye dentro de esta categoría los costos de laboratorio.

LABORATORIO DENTAL: Incluye los procedimientos y materiales de apoyo para la ejecución de los tratamientos dentales previstos en el plan de cobertura establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que estos sean ejecutados por un laboratorista dental bajo la indicación y supervisión de un Cirujano-Dentista. Están excluidos los sistemas de scanner computacional y los sistemas CAD-CAM, a excepción de que sean contratados en el Condicionado Particular.

l) Se excluyen las siguientes prestaciones:

IMPLANTES DENTALES: Incluye el tratamiento de implantes dentarios y los procedimientos clínicos y de laboratorio para su indicación, ejecución y rehabilitación, indicados en el arancel de referencia

ORTODONCIA: Esta cobertura incluye el tratamiento con aparatología fija o removible en cualquiera de sus técnicas, a excepción de las incluidas en el artículo 5º letra d) de la presente póliza, aparatos de contención y ortodoncia interoceptiva, con el objeto de corregir la posición de los dientes, incluyendo el estudio cefalométrico, dispositivos fijos, removibles y controles de tratamiento, para los grupos de edades establecidos en el condicionado particular.

PROTESIS FIJA UNITARIA: Incluye el tratamiento para reparar una o más piezas dentarias, usando las piezas remanentes naturales como inserción. Están incluidos las coronas y los métodos para obtener anclaje como también los procedimientos que involucren el uso de método indirecto convencional y el uso de

laboratorio para las restauraciones mencionadas anteriormente. Están excluidas las rehabilitaciones sobre implantes, las prótesis fijas plurales, y sus costos de insumos y laboratorio

PROTESIS FIJA PLURAL: Incluye el tratamiento para reparar una o más piezas dentarias o reponer piezas ausentes, cuando el asegurado ha sufrido el daño en la pieza dentaria que da lugar a la reparación, o bien ha sufrido la pérdida de la pieza durante la cobertura de esta póliza, usando las piezas remanentes naturales como inserción. Están incluidos las coronas, puentes y los métodos para obtener anclaje, como también los procedimientos que involucren el uso de método indirecto convencional y el uso de laboratorio para las restauraciones mencionadas anteriormente. Están excluidas las rehabilitaciones sobre implantes y sus costos de insumos y laboratorio

PROTESIS REMOVIBLES: Incluye el tratamiento para reponer parcial o totalmente la dentadura perdida

mediante prótesis removibles soportadas en mucosa o dientes naturales. Están incluidas las prótesis removibles parciales o totales. Están excluidas las rehabilitaciones sobre implantes y sus costos de insumos y laboratorio

ARTÍCULO 6: RIESGOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La Compañía podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos cuando estos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la Compañía, dejando expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación. En estos casos se acordará el pago de una prima adicional según corresponda.

ARTÍCULO 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 del Código de Comercio.

ARTICULO 8: DECLARACIONES DEL ASEGURADO E INDISPUTABILIDAD

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos al momento de la oferta y aceptación de este seguro a través de sistemas de telefonía u otros análogos o en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en el artículo 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 9: BENEFICIARIO

El beneficiario de esta póliza será el Asegurado Titular, el pago se hará directamente al asegurado en el caso de una atención con un prestador de libre elección.

Si la atención es con un prestador odontológico preferente el pago se hará directamente al prestador odontológico, entendiéndose que una vez efectuado dicho pago, quedará liberada la Compañía Aseguradora de su obligación con el asegurado debido a esta póliza. Para estos efectos, el Asegurado Titular faculta y autoriza a la Compañía Aseguradora para pagar al prestador odontológico preferente el pago del monto que corresponda bajo la cobertura contratada.

ARTÍCULO 10: PRIMAS Y EFECTO DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza. La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contados desde la fecha del envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado o Contratante y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores a ésta cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 11: DENUNCIA DE SINIESTROS

Constituye requisito para cualquier pago directo al prestador odontológico preferente o al asegurado, de un gasto dental derivado de una prestación odontológica conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares, la entrega a la Compañía de los siguientes antecedentes:

- a) La entrega oportuna por parte del asegurado a la Compañía Aseguradora del Formulario proporcionado por ella, conteniendo la información que éste se indique, cuando sea procedente.

- b) La entrega a la Compañía de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido.

- c) Los antecedentes médicos y exámenes radiológicos necesarios para el diagnóstico y ejecución del tratamiento, para efectos de determinar y verificar la efectividad de la prestación dental cuyo pago directo se solicita, de conformidad con lo señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Con todo, la Compañía de Seguros queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime necesarios en cada caso, a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y/o determinar su monto.

Además, podrá practicar exámenes médicos o peritajes al asegurado respecto de quien se refiera la solicitud de pago directo de los gastos dentales al prestador odontológico preferente.

En caso de no cumplir con los requisitos indicados precedentemente, la Compañía de Seguros no estará obligada a efectuar el pago directo al prestador odontológico preferente.

ARTÍCULO 12: PAGO DE LA COBERTURA

Conforme a lo indicado en el Artículo Noveno, el pago de los montos que por aplicación de esta cobertura deban efectuarse, se realizarán en forma directa al prestador odontológico preferente o al asegurado según lo estipulen las condiciones particulares, entendiéndose con ello que la Compañía Aseguradora queda liberada de su obligación con el asegurado en razón de esta póliza.

ARTÍCULO 13: VIGENCIA

La póliza tendrá una vigencia de un (1) año u otro plazo señalado en las Condiciones Particulares y podrá ser renovada por un nuevo periodo a partir de la fecha de vencimiento de la póliza, bajo las nuevas condiciones de coberturas y primas pactadas entre la compañía aseguradora y el contratante.

Para los efectos de la renovación de la póliza, la compañía de seguros deberá enviar al contratante las condiciones de coberturas y primas para el nuevo período de vigencia con una anticipación de al menos treinta (30) días a la fecha de término de la vigencia. En caso de no recibir respuesta a la propuesta por parte del contratante o éste no aceptase las condiciones de renovación antes del término de la vigencia de la

póliza, ésta se entenderá no renovada, llegando a su término en la fecha prevista en las Condiciones Particulares. Si la compañía aseguradora no enviase al contratante de la póliza las condiciones de renovación con la anticipación señalada, se entenderá renovada la póliza en las mismas condiciones vigentes, sólo por el número de días que la compañía aseguradora se hubiere retardado en el envío de las condiciones de renovación.

La cobertura terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el Contratante o el Asegurado Titular no pague la prima respectiva, en los términos indicados en el artículo 10°.

ARTÍCULO 14: TERMINACIÓN

La cobertura terminará para un Asegurado en particular desde la fecha en que éste o el Contratante o el asegurado titular, según se haya establecido en las Condiciones Particulares, no pague la prima respectiva en los términos señalados en estas Condiciones Generales.

Además, terminará la cobertura individual del(los) asegurado(s) en caso de alcanzar la edad máxima de permanencia, la cual debe quedar estipulada en las Condiciones Particulares.

Asimismo, se pondrá término a la póliza o a la cobertura individual en el caso que el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro, o bien cuando el Contratante o asegurado pusiera término al contrato o a su cobertura comunicándolo así al asegurador en los términos indicados en estas Condiciones Generales, casos en que el asegurado tendrá derecho a la devolución de la prima pagada no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no transcurrido, en los términos establecidos en el artículo 537 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 15: MONEDA O UNIDAD DE LA PÓLIZA

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento, o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, de tal forma que tanto los montos asegurados y las primas se reajustarán en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

El valor de la unidad reajutable elegida, que se considerará para el pago de primas y beneficios, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, será el vigente al momento de su pago efectivo.

ARTÍCULO 16: COMUNICACIONES

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al

Contratante o el Asegurado o bien el Asegurado o Contratante a la Compañía Aseguradora con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares para estos efectos, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. 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 dirigida al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil

siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO 17: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO

Las Condiciones Particulares del presente seguro, así como las Condiciones Particulares de las Cláusulas Adicionales, si las hubiere, podrán ser modificadas, en cualquier época, por acuerdo entre la Compañía Aseguradora y el Contratante, quien actuará por sí y en representación de cada uno de los Asegurados bajo esta póliza, y de acuerdo a los efectos que se señalarán a continuación.

Cualquier modificación acordada entre el Asegurador y el Contratante, deberá ser notificada a los asegurados a través del tomador, y ellas sólo podrán efectuarse y regir, a partir de la siguiente renovación del contrato colectivo. Las modificaciones no informadas serán inoponibles a los Asegurados.

En estos casos, el Asegurado podrá renunciar al contrato de seguro mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez (10) días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación. Si la comunicación de renuncia se hubiere presentado ante el Contratante o Tomador, o ante el intermediario, se presumirá su conocimiento por el Asegurador a contar de la fecha de su presentación a ellos.

Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, las modificaciones a las Condiciones Particulares de la póliza deberán constar en endoso u otro documento similar, el cual se entenderá forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza. Dichos documentos deberán cumplir con las mismas formalidades que se hubieren realizado o pactado para la póliza principal.

ARTÍCULO 18: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el Asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la Ley 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 N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 19: CLAUSULAS ADICIONALES

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

Condiciones Generales.

ARTÍCULO 20: DOMICILIO

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