

PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES MÉDICAS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 2 11 048

ARTÍCULO 1º: COBERTURA

La Compañía reembolsará los gastos médicos razonables y acostumbrados, efectivamente incurridos por el asegurado, a causa de un Evento, en los términos y condiciones establecidas en esta póliza.

Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a las coberturas contratadas, las cuales están expresamente señaladas en el Artículo 2º de esta póliza, y de acuerdo a los porcentajes y límites expresados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por el asegurado tanto dentro como fuera de Chile, en los términos indicados en las Condiciones Particulares.

El asegurado podrá solicitar los reembolsos de los gastos médicos que correspondan por las prestaciones en que incurra el asegurado durante el período en que se encuentre amparado por esta póliza, y siempre que ésta se encuentre vigente a esa fecha.

ARTÍCULO 2º: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas que otorga la Compañía en virtud de esta póliza, siempre y cuando estén expresamente indicadas en las Condiciones Particulares, y en la forma y con los límites allí señalados, son las que se indican a continuación.

- I.-) **GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN:** Gastos provenientes de prestaciones realizadas durante una hospitalización y que se detallan a continuación:
- a) **Días cama hospitalización:** Gasto por habitación, alimentación y atención en general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.
 - b) **Servicios hospitalarios:** Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos especiales; equipos; insumos y medicamentos hospitalarios; y otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesario para el tratamiento de una lesión o enfermedad.
 - c) **Honorarios médicos quirúrgicos:** Los honorarios de médicos y arsenaleros que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado. Se incluyen las visitas médicas durante el periodo de hospitalización

- d) Cirugía dental por accidente: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente en los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que ésta se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y este beneficio esté vigente. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
- e) Servicio Privado de Enfermera: Servicio privado de enfermera durante la Hospitalización, siempre que haya sido prescrito por un médico tratante.
- f) Servicio de Ambulancia: Servicio de ambulancia terrestre para conducir al Asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio de 50 Kms.

II.-) GASTOS AMBULATORIOS: Gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente a continuación:

- a) Cirugía Ambulatoria.
- b) Consultas Médicas.
- c) Exámenes de Laboratorio.
- d) Radiografías.

ARTÍCULO 3º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

- 1.- Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.
- 2.- Contratante: La persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía de seguros y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.

Asegurado Titular: El titular de la póliza, individualizado en las Condiciones Particulares. El asegurado titular será el contratante de la póliza a menos que se detalle lo contrario en las Condiciones Particulares de la póliza.

Otros Asegurados:

- El cónyuge del asegurado titular y hasta el día que cumpla los sesenta y seis (66) años de edad.
- Los hijos del asegurado titular, solteros, mayores de catorce (14) días y hasta el día que cumplan los veinticuatro (24) años de edad, que habiendo solicitado su incorporación, hayan sido aceptados por la Compañía y se encuentren individualizados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Cuando en esta póliza se utilice el término "asegurado", sin indicar si se trata del asegurado titular, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como a los demás asegurados.

- 3.- Compañía: Es la compañía de seguros.
- 4.- Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos por esta póliza que serán siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto, para cada Evento, se establece en las Condiciones Particulares de esta póliza. El deducible se aplicará por cada Evento.
- 5.- Enfermedad: Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico.
- 6.- Evento: Es la ocurrencia de un accidente o el diagnóstico de una enfermedad que origina gastos por las prestaciones hospitalarias y/o ambulatorias derivadas directamente de tales situaciones y las consecuencias y complicaciones relacionadas directamente al diagnóstico principal y los que más adelante se originen como consecuencia de tal accidente o enfermedad. Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como un solo Evento.

Para los efectos de esta póliza, el plazo de duración máxima de cobertura del Evento será el indicado en las Condiciones Particulares, el cual será contado desde la fecha de diagnóstico de la enfermedad o de la ocurrencia del accidente, en su caso.

- 7.- Gastos Ambulatorios: Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de un Evento que no requiere de su internación en un hospital, esto aún cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.
- 8.- Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento del Evento; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
- 9.- Hospital: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas del día y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, domicilio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.
- 10.- Hospitalización: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, pernoctando a lo menos una noche, utilizando el servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún respecto la asistencia domiciliaria.

- 11.- Enfermedad Preexistente o situación de salud preexistente. Cualquier enfermedad, lesión o situación de salud que hubiere sido diagnosticada o conocida por el asegurado antes de la contratación de esta póliza, de la incorporación o de la rehabilitación, según sea el caso.
- 12.- Médico: Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según lo dispuesto en el Código Sanitario.
- 13.- Carencia: Período de espera durante el cual los asegurados no tienen derecho a indemnización o reembolso bajo la presente póliza, siempre y cuando se encuentre estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza. La aplicación de la Carencia se detalla en el artículo 5° de esta póliza.

ARTÍCULO 4º: EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre los gastos de hospitalización o gastos ambulatorios señalados en el Artículo 2º, cuando ellos provengan o se originen por:

- a) Enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas.
- b) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.
- c) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, dentales, ortopédicos y otros tratamientos, que sean con fines de embellecimiento o que tengan como finalidad corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza, a menos que sean requeridos por una lesión de origen accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza. Tampoco estarán cubiertos los tratamientos secundarios a las cirugías o tratamientos antes indicados.
- d) La cirugía y/o tratamiento por sobrepeso o por obesidad independientemente del grado de sobrepeso del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones.
- e) Tratamientos por adicción a tabaco, drogas o alcoholismo, sus consecuencias, secuelas y complicaciones.
- f) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - o que el asegurado sea portador del V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca el asegurado; lesión, enfermedad o tratamiento de éstas, causadas por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- g) Lesión o enfermedad causada por:
 - i) Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.

- ii) Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
- iii) Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
- iv) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida como consecuencia de conducir un vehículo bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad debidamente acreditada por la autoridad competente.
- v) Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones autoinferidas y abortos provocados.
- vi) Fusión y fisión nuclear.
- h) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general, como también todo tipo de cirugía y tratamiento maxilofacial, a excepción de los necesarios a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza.
- i) Cirugía ocular correctiva, lentes o anteojos ópticos, aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración de los sentidos.
- j) Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los otorgados en el punto A) del Artículo 2º precedente.
- k) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas, para el solo efecto preventivo o de medicina preventiva, no inherentes ni necesarios para el diagnóstico de un Evento.
- l) La atención particular de enfermería fuera del hospital.
- m) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- n) Lesiones derivada de accidentes del trabajo, esto es, toda lesión que el asegurado sufra a causa o con ocasión del trabajo, y enfermedades profesionales, es decir, las causadas de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice el asegurado. Todo lo anterior según se define en la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, Ley 16.744.
- ñ) Gastos médicos provenientes del embarazo y del parto.
- o) Tratamientos de esterilidad o fertilidad y complicaciones de ellos.
- p) Enfermedades, lesiones o situaciones médicas preexistentes, es decir, que hayan sido conocidas por el asegurado o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de contratación del seguro. Para estos efectos, la Compañía tendrá la obligación de consultar al asegurado acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones

Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el asegurado, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada, la cual formará parte integrante de la póliza.

- q) Epidemias o pandemias oficialmente declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
- r) La práctica de cualquier actividad o deporte objetivamente riesgoso, salvo que haya sido informado expresamente a la Compañía y aceptado explícitamente por ésta al momento de contratar esta póliza o durante su vigencia, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza de esta aceptación. Serán considerados riesgosos deportes como la equitación; carreras de caballos; lanchas; automovilismo en general; así como los conocidos como deportes extremos y/o de contacto físico, tales como parapente, benji, montañismo o escalada, buceo o inmersión subacuática, paracaidismo, alas delta, artes marciales u otros del mismo género, y en general aquellas actividades deportivas que requieren el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica.

ARTICULO 5º: PERÍODO DE CARENCIA

La cobertura otorgada en virtud de esta póliza tendrá el período de carencia indicado en sus Condiciones Particulares, contado desde: (i) la fecha de vigencia inicial de esta póliza para aquellos asegurados que sean incorporados a esa fecha; (ii) la fecha de su incorporación, respecto de aquellos asegurados que se incorporen a esta póliza con posterioridad a la fecha de vigencia inicial de la misma; o (iii) la rehabilitación de la póliza para todos los asegurados, según corresponda.

Durante el período de Carencia no están cubiertos los eventos ocurridos al asegurado, quedando éstos automáticamente excluidos de esta cobertura respecto del asegurado afectado durante toda la vigencia de la póliza. La Compañía no indemnizará los gastos incurridos por el asegurado, originados con ocasión de un Evento ocurrido en ese período.

La Carencia no se aplicará para las lesiones causadas por un accidente ni tampoco en cada renovación automática de esta póliza.

ARTÍCULO 6º: DURACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza tendrá una duración de un (1) año, contado desde la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

Su renovación será automática al final del período anual, salvo aviso en contrario dado por escrito por cualquiera de las partes, con treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato.

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

ARTÍCULO 7º: GASTOS EFECTIVAMENTE INCURRIDOS

Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta póliza, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones. En consecuencia, el uso de las coberturas contratadas con cualquiera institución o Sistema Previsional, es prioritario y obligatorio para obtener los beneficios de la cobertura que otorga esta póliza.

El asegurado tendrá obligación de informar a la Compañía, al momento de contratar la póliza o al tiempo que le sean conferidos si es posterior, la existencia de: (i) su afiliación a alguna institución de salud previsional, Isapre o Fonasa u otra cualquiera que otorgue beneficios médicos; (ii) otros beneficios convencionales o legales que otorguen iguales coberturas médicas; y (iii) seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por la presente póliza.

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

Si en las Condiciones Particulares de esta póliza se hubiese estipulado un deducible, la Compañía reembolsará considerando los gastos cubiertos que excedan del deducible.

ARTÍCULO 8º: MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO

El monto máximo de reembolso se indicará en las Condiciones Particulares se aplicará por cada asegurado y por cada Evento denunciado que ocurra durante la vigencia de esta póliza y, dicho monto máximo, estará relacionado también al plazo de duración máxima de cobertura del Evento.

Una vez agotado el monto máximo de reembolso o vencido el plazo de duración máxima de cobertura del Evento, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la Compañía para con el asegurado en relación con el Evento denunciado.

La Compañía sólo reembolsará el porcentaje y límite señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza por los gastos efectivamente incurridos por el asegurado en la medida que tales gastos excedan el deducible que se hubiere estipulado.

El deducible, como se indicó en el artículo 3º, número 6, se aplicará para cada Evento.

ARTÍCULO 9º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Con anterioridad a la emisión de esta póliza el asegurado deberá declarar por escrito las Enfermedades Preexistentes o Situaciones de Salud Preexistentes, deportes, trabajo y actividades que realiza tanto él como los demás asegurados, circunstancias que permitan a la Compañía aseguradora evaluar y asumir correctamente el riesgo.

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado o el contratante, según sea el caso, en la Propuesta o Solicitud de Seguro, o en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen parte integrante y esencial de este contrato de seguro.

Cualquier omisión o reticencia, declaración falsa, errónea o inexacta relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos por parte de un Asegurado o del contratante, que pudiere influir en la apreciación del riesgo, o de cualquiera circunstancia que, conocida por la Compañía Aseguradora, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o de incorporar a un Asegurado a la póliza o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la Compañía para rechazar el pago de la indemnización reclamada y poner término anticipado a la cobertura para el o los Asegurados de que se trate.

ARTÍCULO 10º: AVISO DE SINIESTROS

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la Compañía, dentro de un plazo de sesenta (60) días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto médico incurrido por el asegurado cuyo reembolso se solicita, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

ARTÍCULO 11º: REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO

Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto por parte de la Compañía:

- 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 cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su pago; 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.

Con todo, la Compañía queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, la Compañía podrá practicar a su costa exámenes médicos al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Será obligación del asegurado proporcionar a la Compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, como también aquellos documentos necesarios para

acreditar a satisfacción de ésta, que ha ocurrido un Evento cubierto por esta póliza y determinar su monto.

El incumplimiento de los requisitos antes mencionados o la presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta póliza, implicará para el asegurado la pérdida de los derechos conferidos por ésta, liberando a la Compañía de la obligación de efectuar los reembolsos que habría correspondido bajo esta póliza, salvo en caso de fuerza mayor. Esta última deberá ser probada por quien la alega.

ARTÍCULO 12º: PAGO DE SINIESTROS

Denunciado un siniestro, la Compañía efectuará el pago de la indemnización inmediatamente después de concluido el análisis de los antecedentes respectivos al asegurado titular que haya incurrido en los gastos o, en su defecto, a los herederos legales de éste, de acuerdo a los porcentajes que se señalan en las Condiciones Particulares de esta póliza, vigente a la fecha efectiva del Evento.

En caso de requerirse mayores antecedentes sobre la procedencia y monto a reembolsar, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el Título IV del D.S. N°863, de 1989, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros.

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

ARTÍCULO 13º: TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

La presente póliza terminará anticipadamente respecto de un asegurado, en los siguientes casos:

- 1) Por la pérdida de requisitos que lo califican como asegurado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 3º numeral 2.
- 2) Por término de la cobertura del Asegurado Titular, lo cual termina automáticamente la cobertura de los demás asegurados.
- 3) Cuando el asegurado hubiere omitido, retenido o falseado información sobre si o sus dependientes que altere el concepto de riesgo asumido por la Compañía aseguradora; o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

Terminada la vigencia de esta póliza, sea anticipadamente o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

Se deja constancia que la presente póliza quedará sin efecto a la fecha en que el Asegurado Titular de esta póliza cumpla la edad de sesenta y seis (66) años.

ARTÍCULO 14º: LA PRIMA

Pago de la Prima: El pago de las primas se hará en la oficina principal de la Compañía o en los lugares que éste designe, dentro de los plazos estipulados para el efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Plazo de Gracia: Efectuado el pago de la primera prima inicial de la póliza, el asegurador concede un plazo de gracia de treinta y un días (31), salvo que en las Condiciones Particulares se establezca otro plazo, para el pago de las primas siguientes, cualquiera sea la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

Término del contrato por falta de pago de la prima: Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la póliza quedará sin efecto inmediatamente, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando el asegurador libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta póliza, no dará derecho, en ningún caso, al pago de ninguna indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a la fecha en que quede sin efecto esta póliza.

Ajuste de prima: La Compañía Aseguradora tendrá derecho, en cada aniversario de esta póliza, a modificar la prima correspondiente a esta cobertura, de acuerdo a la tarifa vigente en esa fecha.

En todo caso la Compañía informará por escrito al asegurado o al contratante de la póliza, según corresponda, de esta modificación con una anticipación de a lo menos sesenta (60) días a la fecha antes referida, teniendo el derecho el asegurado o el contratante a aceptar la modificación o renunciar a esta cobertura, lo cual deberá informar a la Compañía en un plazo de a lo menos treinta (30) días contado desde la recepción de la comunicación de ésta. Si el asegurado o el contratante no lo hiciere y sigue pagando íntegramente la nueva prima, se entenderá que acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía aseguradora.

Por el contrario, si la prima de renovación no es pagada en su totalidad en la oportunidad correspondiente o dentro del periodo de gracia, se entenderá no renovada la póliza, terminando la responsabilidad de la Compañía en la fecha de expiración de la cobertura, y la Compañía devolverá cualquier suma recibida que no corresponda a prima adeudada por cobertura ya otorgada.

ARTÍCULO 15º: CLÁUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO 16º: EXTRAÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío o destrucción de la póliza, la Compañía, a petición del asegurado, expedirá un duplicado del documento original. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del Asegurado. La nueva póliza anulará y reemplazará la anterior extraviada o destruida.

ARTÍCULO 17º: IMPUESTOS

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

ARTICULO 18º REHABILITACION DE LA POLIZA

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro del período original de vigencia del contrato.

A tal efecto, deberá acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía aseguradora y pagar todas las primas vencidas y devengadas que corresponda, y que se encuentren pendientes de pago.

La sola entrega a la Compañía del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar la póliza si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante.

El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía de devolver el valor de las primas recibidas por este concepto, sin responsabilidad posterior.

ARTÍCULO 19º: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza

ARTICULO 20º: ARBITRAJE

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado y la Compañía en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquier indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes. 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.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado podrá por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía 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 21º: DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza.