

**PÓLIZA DE INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS Y ENFERMEDADES
CATASTRÓFICAS**

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130590

ARTICULO 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 2º: COBERTURAS Y MATERIA ASEGURADA:

La compañía aseguradora pagará al beneficiario el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la presente póliza, previa deducción de cualquier obligación a favor de la compañía, bajo los términos y condiciones que a continuación se detallan:

I. Invalidez Permanente Dos Tercios

Si al asegurado se le determina una Invalidez Permanente Dos Tercios, causada por enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por Invalidez Permanente Dos Tercios a la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, de a lo menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, evaluado conforme al primer dictamen según 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. 3500 de 1980

En todo caso, para efectos de esta póliza, siempre se considerará como Invalidez Permanente Dos Tercios la pérdida total de:

- la visión de ambos ojos, o - ambos brazos, o - ambas manos, o - ambas piernas, o - ambos pies, o - una mano y un pie.

II. Enfermedades Catastróficas

Si el asegurado sobrevive 30 días al diagnóstico de una de las siguientes enfermedades originadas durante la vigencia de esta póliza:

a) Infarto agudo al miocardio,

b) Accidente vascular encefálico,

c) Cáncer,

d) Insuficiencia renal crónica, y

e) Parálisis;

o si el asegurado sobrevive 30 días a la práctica de alguna de las siguientes intervenciones:

f) Cirugía de bypass aortocoronaria

g) Transplante.

Se procederá al pago de las indemnizaciones correspondientes, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- Que la Invalidez Permanente Dos Tercios y que las Enfermedades Catastróficas se produzcan antes que el asegurado cumpla los 65 años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de la póliza. - Que la Invalidez Permanente Dos Tercios y que las Enfermedades Catastróficas se originen u ocurran durante la vigencia de esta póliza.

ARTÍCULO 3º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entiende por

a) Infarto Agudo al Miocardio

Definido como la muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de la falta de oxígeno debido a una irrigación insuficiente a un área relevante del músculo.

El diagnóstico deberá basarse en los siguientes criterios:

- Historia del dolor torácico de presentación súbita indicativo de enfermedad cardíaca isquémica. - Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma que confirmen que se produjo un infarto agudo del miocardio. - Elevación de enzimas cardíacas.

No se cubre el infarto del miocardio sin elevación del segmento ST, con elevación de Troponina I ó T u otros síndromes coronarios agudos.

b) Accidente Vascular Encefálico

Definido como cualquier accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas permanentes e irreversibles que duren más de 24 horas, incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolia proveniente de una fuente extracraneal.

Se excluyen: Apoplejía Cerebral; Accidentes cerebro vasculares post- traumáticos; Accidentes isquémicos transitorios (TIA); síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).

c) Cáncer

La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica), los linfomas y la enfermedad de Hodgkin; caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo.

Los siguientes cánceres no están cubiertos por la póliza:

- Tumores que presenten los cambios malignos característicos de carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos considerados por histología como premalignos; - Melanomas con espesor menor de 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3. - Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel; - Todos los carcinomas de piel, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos; - Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA; - Cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer (incluyendo T1 (a) o T1 (b) o de cualquier otra clasificación equivalente o menor).

d) Insuficiencia Renal Crónica

La etapa final de la insuficiencia renal, por falla funcional, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal.

e) Parálisis

Para los efectos de esta cláusula, se define parálisis como la pérdida completa de la función motora con evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal, de dos o más extremidades, en forma irreversible, a consecuencia directa de una enfermedad no originada por un accidente.

Se excluye parálisis debida a Síndrome de Guillian Barré.

f) Cirugía de Bypass (Aortocoronaria)

La realización de Cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias por medio de una operación by-pass o puente coronario, por recomendación de un especialista y evidenciada por el resultado de una angiografía para corregir una estenosis importante, cuando menos de un 70% de dos o más arterias coronarias, siempre y cuando haya sido considerada como tratamiento necesario por un médico cardiólogo.

Se excluyen la angioplastia y otros procedimientos intra-arteriales: cirugía por toracotomía mínima, como tratamientos por láser y todas las otras técnicas que no requieran la apertura quirúrgica del tórax, así como operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita.

g) Transplante

El que se realiza al asegurado como receptor del transplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas, siempre y cuando el órgano del asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo. La cobertura sólo comprende el transplante de todo el órgano y no de fracciones o partes de éste, por lo que en el caso del páncreas se excluye el transplante de Islotes de Langerhans.

No estará cubierto el transplante autólogo. Será requisito indispensable para el pago del beneficio que el asegurado notifique previamente y por escrito a la compañía aseguradora el hecho de ser definido como candidato a transplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente y antes que éste se realice. Una vez que la compañía ha sido notificada de este hecho sólo podrá poner término al contrato del asegurado que se encuentre en dicha situación si éste incurriere en alguna causal legal que así lo permita.

ARTÍCULO 4º: EXCLUSIONES.

La presente póliza excluye de cobertura las enfermedades, intervenciones o accidentes que resulten o sean consecuencia de:

a) Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por si mismo o por terceros con su consentimiento. b) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

b) La práctica o el desempeño de los siguientes deportes riesgosos: Carreras de automóviles, caballos, motociclismo o lanchas a motor; parapente, paracaidismo, alas delta, salto bungee, boxeo, rodeo chileno y buceo.

c) La practica o desempeño de las siguientes actividades: manejo de explosivos o sustancias químicas corrosivas, minería subterránea, trabajos en altura o en líneas de alta tensión, inmersión submarina y piloto civil.

d) 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.

e) Desempeñarse como deportista de alto rendimiento o profesional según lo establecido en el artículo 8º de la Ley del deporte N° 19712 de enero de 2001 y en el DFL 1 de 1970, respectivamente.

f) Que el asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

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

h) Enfermedades relacionadas con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).

i) Riesgos Nucleares

j) Padecimientos Congénitos.

k) Trasplantes que sean procedimientos de investigación

l) Riñas o alborotos populares en los que hubiera intervenido el asegurado.

m) No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

n) Se excluirá la Invalidez Permanente Dos Tercios originada o causada por impedimentos mentales, según lo definido en las normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema Previsional, salvo que se estipule lo contrario en las Condiciones Particulares de la póliza.

o) Cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia o situación que afecte al asegurado y que sea conocida o haya sido diagnosticada con anterioridad a la fecha de la contratación o incorporación de esta póliza, según corresponda. La Compañía deberá preguntar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que pueda importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones o limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el asegurable.

No podrá ser asegurada bajo esta póliza la persona que haya sido diagnosticada, con anterioridad al período de cobertura señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza, alguna de las enfermedades o practicado alguna de las intervenciones descritas en el artículo primero de esta póliza, o haya sido diagnóstica por alguna enfermedad que de origen a las intervenciones descritas en el mismo artículo o la persona que haya presentado con anterioridad a la suscripción de este contrato una solicitud de calificación de invalidez, siendo esta rechazada o que aún se encuentre en evaluación por alguna de las Comisiones Médicas Regionales o por la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones. Lo anterior es sin perjuicio de lo señalado en el artículo N°14 que hace referencia al término de la cobertura o por producirse cualquiera de los siniestros descritos durante el período de carencia que se establece en el artículo N°10 de esta póliza.

ARTÍCULO 5º: ASEGURADOS

Se entenderá por asegurado, aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Para efectos de esta póliza, podrán ser asegurados todas aquellas personas menores de 65 años de edad o de la edad que se indique en la Condiciones Particulares, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad que la compañía aseguradora determine. El asegurado deberá quedar especificado en las Condiciones particulares de la póliza.

ARTICULO 6º: BENEFICIARIOS

Se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio asegurado o la persona o personas cuyos nombres figuren con tal carácter en las Condiciones Particulares. El asegurador pagará válidamente a los beneficiarios registrados en las Condiciones Particulares de esta póliza, y con ello quedará liberado de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario realizado en testamento o fuera de él que no le haya sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

ARTICULO 7º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

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

En especial, el asegurado estará obligado a:

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

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

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

4º Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;

5º No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526.

Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTICULO 8º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.

De conformidad a lo establecido en los arts. 525 y 539 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos, el asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante 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 asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado 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 inciso 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.

El contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador información sustancialmente falsa al prestar la declaración para que la Compañía pueda apreciar la extensión de los riesgos, y se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro.

En dichos casos, pronunciada la nulidad o la resolución 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.

ARTÍCULO 9º: INDISPUTABILIDAD

De conformidad a lo establecido en el artículo N°592 del Código de Comercio, transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, su rehabilitación o desde el último aumento de capital asegurado, 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 10º: CARENIA.

Para cada asegurado cubierto por esta póliza existirá un período de carencia de 90 días corridos, o aquel número de días estipulados en las Condiciones Particulares, contados desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza o desde la fecha de incorporación del asegurado o de rehabilitación, según corresponda, y, en consecuencia, existirá el derecho a la indemnización correspondiente a las coberturas descritas en el artículo segundo sólo después de transcurrido dicho plazo.

En caso que el asegurado experimente alguna de las enfermedades, intervenciones o Invalidez Permanente Dos Tercios descritas en el artículo segundo, dentro del período de carencia establecido, se pondrá término al seguro y la Compañía devolverá, si corresponde, las primas pagadas bajo esta póliza hasta el monto estipulado en las Condiciones Particulares, liberándose así la Compañía de la obligación de efectuar cualquier otro pago o prestar cualquier otro beneficio.

Sólo en el caso de Invalidez Permanente Dos Tercios producto de un accidente, no se considerará ningún período de carencia.

ARTICULO 11º: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima se pagará en la forma, periodicidad y lugar que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

Para el pago de la prima se podrá considerar un período de gracia, el que será indicado en las Condiciones Particulares.

La falta de pago de la prima producirá la terminación de contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador 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. Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

En ningún caso el pago de la prima después de haber terminado la cobertura individual correspondiente a esta póliza o a cualquiera de sus cláusulas adicionales que se hubieren contratado dará derecho al pago del capital asegurado para la cobertura principal o las cláusulas adicionales. En tal caso la prima será devuelta al Contratante en moneda corriente y sin intereses al valor que tenga la moneda de esta póliza al día de pago efectivo.

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 según el tramo de edad alcanzada por el asegurado, de conformidad a la tabla informada en las Condiciones Particulares o en la Propuesta de seguro.

Sin perjuicio de lo anterior, el asegurador, a través del contratante, deberá notificar a los asegurados de cualquier modificación en las tarifas aplicables a esta cobertura, las que sólo podrán aplicarse y regir a contar de la siguiente renovación del contrato. Las modificaciones no informadas serán inoponibles al asegurado. En tal evento, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la notificación. Si el Asegurado así no lo hiciere, se entenderá que acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía Aseguradora.

ARTICULO 12º: DENUNCIA DE SINIESTROS.

El Asegurado o beneficiario deberá dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora o a través de los medios habilitados al efecto informados en la solicitud de incorporación, dentro del plazo que se establezca en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de ocurrencia del siniestro, entendiendo como tal la fecha de diagnóstico de las enfermedades descritas en el artículo N° 2 punto II letras a, b, c, d, e, la fecha de las cirugías indicadas en las letras f) y g) del mismo artículo y la fecha de emisión del Dictamen que establece el grado de invalidez que afecta al asegurado Si el plazo estipulado en las Condiciones Particulares no fuere cumplido, cesará la obligación de la Compañía Aseguradora de pagar la indemnización del seguro, salvo que el Asegurado demuestre fehacientemente que le fue imposible hacerlo debido a fuerza mayor o caso fortuito, en cuyo caso el plazo se contará desde que cese el impedimento que se hubiere demostrado.

Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago de los beneficios que correspondan, se deberán presentar los siguientes antecedentes:

1. Informe del médico tratante, conforme al documento proporcionado por la Compañía para que sea completado por el médico. 2. Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado, 3. Ficha Clínica y o cualquier otro Informe o declaración, certificados o documentos, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad del asegurador, entendiéndose, que el Asegurado deberá proporcionar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, obligándose a autorizar a la Compañía Aseguradora para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, dar las facilidades y someterse a los exámenes que la Compañía Aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad del siniestro. 4. En el caso de trasplante, será requisito indispensable para el pago del beneficio que el asegurado notifique previamente y por escrito a la compañía aseguradora el hecho de que ha sido definido como candidato a trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente y antes que éste se realice. Una vez que la compañía ha sido notificada de este hecho sólo podrá poner término al contrato del asegurado que se encuentre en dicha situación si éste incurriere en

alguna causal legal que así lo permita.

5. La evidencia del daño neurológico permanente e irrecuperable ocasionado por un Accidente Vascular Encefálico deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo 30 días después del suceso.

ARTICULO 13º: LIQUIDACIÓN DE LA PÓLIZA Y PAGO DE BENEFICIOS

Será obligación proporcionar a la compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que se posean, y dar las facilidades para someterse a los exámenes y pruebas que la compañía solicite para efectos de determinar y verificar el diagnóstico de alguna de las enfermedades, la realización de alguna de las intervenciones quirúrgicas y la efectividad de la Invalidez Permanente Dos Tercios. El costo de estas pruebas será de cargo de la compañía.

La compañía evaluará y determinará dentro de los plazos legalmente establecidos si corresponden los pagos de los beneficios estipulados en la presente póliza conforme a las pruebas presentadas y los exámenes solicitados. En todo caso, la declaración de invalidez del asegurado de algún organismo Previsional o legal, solo tendrá para la compañía aseguradora un valor meramente informativo. Durante el período de evaluación, y hasta que proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la compañía, el asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima.

Si la compañía determinare que procede el pago de los beneficios de la cobertura de Invalidez Permanente Dos Tercios, se pagará al beneficiario el capital asegurado de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, liberándose así la Compañía de la obligación de efectuar cualquier otro pago por esta cobertura descrita en el artículo segundo, salvo que se señale lo contrario en las Condiciones Particulares y en los términos que allí se exprese.

Si la compañía determinare que procede el pago de los beneficios de la cobertura de Enfermedades Catastróficas, se pagará al beneficiario el capital asegurado de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, liberándose así la Compañía de la obligación de efectuar cualquier otro pago por esta cobertura descrita en el artículo segundo, salvo que se señale lo contrario en las Condiciones Particulares y en los términos que allí se exprese.

En todo caso, del pago de beneficios será deducida cualquier deuda que con la compañía aseguradora tuvieren el contratante o el asegurado.

Si la compañía determina que no se ha producido la Invalidez Permanente Dos Tercios, el asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la Invalidez Permanente Dos Tercios sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la compañía aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la Invalidez Permanente Dos Tercios, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta póliza 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 permanente dos tercios y en consecuencia la compañía aseguradora procederá al pago del beneficio estipulado

La Junta Médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán cargo del asegurado.

ARTÍCULO 14º: TERMINACIÓN

La responsabilidad que el asegurador asume por el presente contrato, sólo comienza en la fecha de vigencia señalada en las Condiciones Particulares.

El pago de los beneficios contemplados para cualquiera de las coberturas contempladas en esta póliza pondrá término al seguro, salvo estipulación en contrario en las Condiciones Particulares, y en los términos que allí se expresen.

Si durante el período de carencia señalado en el artículo decimo de esta póliza, se le diagnosticare médicamente al asegurado que se ha determinado la Invalidez Permanente Dos Tercios, o alguna de las enfermedades descritas en el artículo segundo, o si durante dicho período de carencia se le practicare o diagnosticare alguna de las intervenciones descritas en el mismo artículo segundo, se pondrá término a la cobertura de esta póliza, quedando a disposición del asegurado las primas que se hubieren pagado, hasta el monto estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Sin perjuicio de lo anterior, la póliza sólo permanecerá vigente hasta que el asegurado cumpla los 65 años de edad, o la edad estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTICULO Nº 15: TERMINACIÓN ANTICIPADA

El seguro terminará en forma anticipada en los siguientes casos:

1.- Por falta de pago de la prima en el plazo estipulado en las Condiciones Particulares, de conformidad al procedimiento establecido en el artículo 11 de estas Condiciones Generales.

2.- Cuando el asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos, de conformidad a lo establecido en el artículo 8 de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 16º: CLAUSULAS 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 esta cobertura para un Asegurado en particular o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

ARTICULO 17º: COMUNICACIÓN 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, incluido el envío de la misma, sus endosos, copias o cualquier documento relacionado, deberá efectuarse por escrito mediante correo electrónico debidamente autorizado, carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la compañía aseguradora o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. En caso de correo electrónico, éste deberá ser enviado a aquel que haya indicado el asegurado en la propuesta u otro documento integrante del contrato o en documento posterior que reemplace dicha información.

ARTÍCULO 18º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

De conformidad a lo establecido en el art. 543 del Código de Comercio, 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.

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

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.

ARTICULO 19º: DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, salvo el caso establecido en el artículo 18 de la presente póliza, las partes fijan como domicilio especial la ciudad señalada en las Condiciones Particulares.