

Póliza de Seguro

N° 20046333

Accidentes Personales

Esta entidad aseguradora, considerando: La propuesta presentada por el asegurado, sus declaraciones de salud cuando ellas correspondan y las cláusulas de condiciones generales y particulares insertadas en la presente póliza y aceptadas por ambas partes, todo lo cual se considera parte integrante del presente contrato.

Se extiende la presente póliza en Antofagasta el día 07/10/2015

CONTRATANTE DEL SEGURO

Nombre UNIVERSIDAD CATOLICA DEL NORTE
RUT 81.518.400-9
Dirección AVDA. ANGAMOS #0610
Comuna Antofagasta
Ciudad Antofagasta
Región Antofagasta
Teléfonos 332490

ANTECEDENTES DEL SEGURO

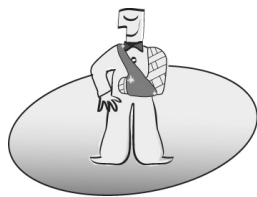
N° Póliza	20046333	Vigencia desde las	12 hrs. del 03/01/2016
Sucursal	Antofagasta	Vigencia hasta las	12 hrs. del 03/01/2017
		N° de días	366

RESUMEN GENERAL

N° de Items	2	Prima Neta Afecta	UF	3.062,50
Moneda	U.F.	Prima Neta Exenta	UF	0,00
		IVA	UF	581,88
Comisión Intermediación		Total Prima Neta	UF	3.062,50
Sobre Total Prima Neta	29,00 %	Total Prima Bruta	UF	3.644,38

INTERMEDIARIO

Nombre GUIÑEZ HINOJOSA ROSA DEL CARMEN
RUT 8.169.466-4




COMPañIA DE SEGUROS GENERALES
PENTASECURITY S.A.

Póliza de Seguro Accidentes Personales

N° 20046333

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PARA TODOS LOS ÍTEM DE LA PÓLIZA

Se fija como domicilio especial para el cumplimiento de las obligaciones contraídas de la póliza la ciudad de Santiago.

ANEXO

(Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACION

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA

En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACION

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACION

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de **45 días** corridos desde fecha denuncia, a excepción de;

- siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: **90 días** corridos desde fecha denuncia.
- siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde fecha denuncia.

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACION

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.

Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN

La Compañía de Seguros Generales Penta Security se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación de las compañías de seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página web www.aach.cl.

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Penta Security o a través de la página web www.ddachile.cl.

INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 del 28 de noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.svs.cl.

Póliza de Seguro Accidentes Personales

N° 20046333

Item 1

IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre	-		
RUT	1-9		
Dirección	-		
Comuna	Antofagasta	Ciudad	Antofagasta
Región	Antofagasta		
Teléfonos	0		

DESCRIPCIÓN DE LA MATERIA ASEGURADA

Nombre	-	Rut	1-9
Dirección	-	Comuna	Antofagasta
Fecha Nacimiento	03/01/2010	Actividad Principal	Según Minuta
Sexo	M		

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

SEGUN MINUTA Porcentaje 100,00 %

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS	Monto Asegurado	Tasa	Prima Fija	P. Neta Anual
(101) Plan A : Muerte (POL320130435)	10.000,00	0,00	875,00	875,00
(102) Plan B : Incapacidad Permanente (POL320130435)	10.000,00	0,00	875,00	875,00

VIGENCIA DEL ITEM

Desde	03/01/2016	Total Prima Neta Afecta	1.750,00
Hasta	03/01/2017	Total Prima Neta Exenta	0,00
N° de días	366	I.V.A.	332,50
		Total Prima Bruta	2.082,50


APODERADO

MINUTAS Y CONDICIONES PARTICULARES DEL ITEM

CONDICIONES PARTICULARES VÁLIDAS PARA TODOS LOS ITEMS DE LA PÓLIZA

ASEGURADOS :

7.000 ALUMNOS Y 1.100 ACADÉMICOS Y NO ACADÉMICOS

COBERTURA :

SEGÚN CONDICIONES GENERALES DE POL 320130435

MONTOS ASEGURADOS:

PLAN A UF 250

PLAN B UF 250

EDADES

1.- EDAD MINIMA DE INGRESO: 16 AÑOS

2.- EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 65 AÑOS

3.- EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: 75 AÑOS

CONDICIONES PARTICULARES VÁLIDA PARA TODOS LOS ITEMES DE LA PÓLIZA :

1.- LA COBERTURA REGIRÁ LAS 24 HORAS PARA LOS FUNCIONARIOS Y VISITAS OFICIALES. LA COBERTURA PARA VISITAS OFICIALES REGIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE, ENVÍE A LA COMPAÑÍA, LOS ANTECEDENTES DE LA O LAS VISITAS CON 24 HORAS DE ANTELACIÓN, MEDIANTE CARTA, FAX O CORREO ELECTRÓNICO.

2.- LA COBERTURA PARA LOS ALUMNOS REGIRÁ Y SERÁ EFECTIVA DENTRO DE LOS RECINTOS DE LA UNIVERSIDAD, SEDE ANTOFAGASTA Y COQUIMBO, Y EN LOS TRAYECTOS NORMALES, SIEMPRE Y CUANDO SE ACREDITE FEHACIENTEMENTE QUE SE DIRIGÍA DESDE O HACIA LA UNIVERSIDAD DEL NORTE.

3.- PARA INCLUIR Y AMPARAR FUERA DE LOS RECINTOS UNIVERSITARIOS ANTES SEÑALADOS, SIEMPRE QUE SEA UNA ACTIVIDAD EXTRAPROGRAMÁTICA DE LA UNIVERSIDAD, ÉSTA DEBERÁ INFORMAR A LA COMPAÑÍA CON 24 HORAS DE ANTELACIÓN, MEDIANTE FAX, CARTA O CORREO ELECTRÓNICO.

4.- SE EXTIENDE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO A PROFESIONALES Y ALUMNOS QUE

VIAJEN

EN EL CASO DE LOS FUNCIONARIOS EN COMISIÓN DE SERVICIO, O INTERCAMBIO ESTUDIANTIL EN EL CASO DE LOS ALUMNOS, CANTIDAD APROXIMADA ANUAL : 120.-

5.- DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SE ACEPTA Y CONVIENE VARIACIONES EN EL NÚMERO DE ASEGURADOS, HASTA UN 50% DEL UNIVERSO TOTAL ASEGURADO CONSIDERANDO EL INICIAL.

6.- LOS REEMBOLSOS DE GASTOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS SE REALIZARÁN DIRECTAMENTE A LOS USUARIOS QUE ACREDITEN EL GASTO, EN EXCESO O CON POSTERIORIDAD A LOS REEMBOLSOS O COPAGOS QUE REALICEN INSTITUCIONES PREVISIONALES O SALUD, COMO FONASA, ISAPRES, COMPAÑÍAS DE SEGUROS (SOAP) U OTRAS INSTITUCIONES.

7.- LA COBERTURA SE AMPLÍA PARA CUBRIR ACCIDENTES QUE PROVENGAN DE MOVIMIENTOS SÍSMICOS, NO IMPORTANDO LA MAGNITUD DEL MISMO.

8.- LOS ASEGURADOS DEBERÁN DEMOSTRAR Y ACREDITAR SU CONDICIÓN DE TAL, CON DOCUMENTOS ORIGINALES Y OFICIALES, EMITIDOS POR LA UNIVERSIDAD DEL NORTE.

9.- PARA PLAN D, SE ESTABLECE LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO Y AGREGADO VIGENCIA DE UF 15.000.- PARA PLANES A Y B, SE ESTABLECE LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO, MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO Y AGREGADO VIGENCIA DE UF 10.000.-

10.-EN CASO DE MUERTE, LOS BENEFICIARIOS SERÁN LOS PADRES O CÓNYUGES DE LOS CAUSANTES.

11.- SE CUBRE EL EJERCICIO DE DEPORTES EXTRAORDINARIOS Y NOTORIAMENTE PELIGROSOS COMO SER:

POLO, HOCKEY, RUGBY, FOOTBALL, PAPERCHASE, STEEPLECHASE, ANDINISMO, BOX Y SKI, Y TODA

DEMOSTRACIÓN ATLÉTICA O DEPORTIVA QUE NO SE PREMIE CON DINERO. EQUITACIÓN O RODEO PRACTICADOS

COMO DEPORTES DEPORTES SUBMARINOS Y NATACIÓN CON ALETAS.'

RENOVACIÓN 20041895



Póliza de Seguro Accidentes Personales

N° 20046333

Item 2

IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre	-		
RUT	1-9		
Dirección	-		
Comuna	Antofagasta	Ciudad	Antofagasta
Región	Antofagasta		
Teléfonos	0		

DESCRIPCIÓN DE LA MATERIA ASEGURADA

Nombre	-	Rut	1-9
Dirección	-	Comuna	Antofagasta
Fecha Nacimiento	03/01/1900	Actividad Principal	Según Minuta
Sexo	F		

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

SEGUN MINUTA Porcentaje 100,00 %

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS	Monto Asegurado	Tasa	Prima Fija	P. Neta Anual
(103) Plan C : Incapacidad Temporal (POL320130435)	15.000,00	0,00	1.312,50	1.312,50

VIGENCIA DEL ITEM

Desde	03/01/2016	Total Prima Neta Afecta	1.312,50
Hasta	03/01/2017	Total Prima Neta Exenta	0,00
N° de días	366	I.V.A.	249,38
		Total Prima Bruta	1.561,88


APODERADO

MINUTAS Y CONDICIONES PARTICULARES DEL ITEM

CONDICIONES PARTICULARES VÁLIDAS PARA TODOS LOS ITEMS DE LA PÓLIZA

ASEGURADOS :

7.000 ALUMNOS Y 1.100 ACADÉMICOS Y NO ACADÉMICOS

COBERTURA :

SEGÚN CONDICIONES GENERALES DE POL 320130435

PLANES Y MONTOS ASEGURADOS POR ASEGURADO :

PLAN D UF 250

EDADES

1.- EDAD MINIMA DE INGRESO: 16 AÑOS

2.- EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 65 AÑOS

3.- EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: 75 AÑOS

CONDICIONES PARTICULARES VÁLIDA PARA TODOS LOS ITEMES DE LA PÓLIZA :

1.- LA COBERTURA REGIRÁ LAS 24 HORAS PARA LOS FUNCIONARIOS Y VISITAS OFICIALES. LA COBERTURA PARA VISITAS OFICIALES REGIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE, ENVÍE A LA COMPAÑÍA, LOS ANTECEDENTES DE LA O LAS VISITAS CON 24 HORAS DE ANTELACIÓN, MEDIANTE CARTA, FAX O CORREO ELECTRÓNICO.

2.- LA COBERTURA PARA LOS ALUMNOS REGIRÁ Y SERÁ EFECTIVA DENTRO DE LOS RECINTOS DE LA UNIVERSIDAD, SEDE ANTOFAGASTA Y COQUIMBO, Y EN LOS TRAYECTOS NORMALES, SIEMPRE Y CUANDO SE ACREDITE FEHACIENTEMENTE QUE SE DIRIGÍA DESDE O HACIA LA UNIVERSIDAD DEL NORTE.

3.- PARA INCLUIR Y AMPARAR FUERA DE LOS RECINTOS UNIVERSITARIOS ANTES SEÑALADOS, SIEMPRE QUE SEA UNA ACTIVIDAD EXTRAPROGRAMÁTICA DE LA UNIVERSIDAD, ÉSTA DEBERÁ INFORMAR A LA COMPAÑÍA CON 24 HORAS DE ANTELACIÓN, MEDIANTE FAX, CARTA O CORREO ELECTRÓNICO.

4.- SE EXTIENDE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO A PROFESIONALES Y ALUMNOS QUE VIAJEN
EN EL CASO DE LOS FUNCIONARIOS EN COMISIÓN DE SERVICIO, O INTERCAMBIO

ESTUDIANTIL EN EL CASO DE LOS ALUMNOS, CANTIDAD APROXIMADA ANUAL : 120.-

5.- DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SE ACEPTA Y CONVIENE VARIACIONES EN EL NÚMERO DE ASEGURADOS, HASTA UN 50% DEL UNIVERSO TOTAL ASEGURADO CONSIDERANDO EL INICIAL.

6.- LOS REEMBOLSOS DE GASTOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS SE REALIZARÁN DIRECTAMENTE A LOS USUARIOS QUE ACREDITEN EL GASTO, EN EXCESO O CON POSTERIORIDAD A LOS REEMBOLSOS O COPAGOS QUE REALICEN INSTITUCIONES PREVISIONALES O SALUD, COMO FONASA, ISAPRES, COMPAÑÍAS DE SEGUROS (SOAP) U OTRAS INSTITUCIONES.

7.- LA COBERTURA SE AMPLÍA PARA CUBRIR ACCIDENTES QUE PROVENGAN DE MOVIMIENTOS SÍSMICOS, NO IMPORTANDO LA MAGNITUD DEL MISMO.

8.- LOS ASEGURADOS DEBERÁN DEMOSTRAR Y ACREDITAR SU CONDICIÓN DE TAL, CON DOCUMENTOS ORIGINALES Y OFICIALES, EMITIDOS POR LA UNIVERSIDAD DEL NORTE.

9.- PARA PLAN D, SE ESTABLECE LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO Y AGREGADO VIGENCIA DE UF 15.000.- PARA PLANES A Y B, SE ESTABLECE LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO, MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO Y AGREGADO VIGENCIA DE UF 10.000.-

10.-EN CASO DE MUERTE, LOS BENEFICIARIOS SERÁN LOS PADRES O CÓNYUGES DE LOS CAUSANTES.

11.- SE CUBRE EL EJERCICIO DE DEPORTES EXTRAORDINARIOS Y NOTORIAMENTE PELIGROSOS COMO SER:

POLO, HOCKEY, RUGBY, FOOTBALL, PAPERCHASE, STEEPLECHASE, ANDINISMO, BOX Y SKI, Y TODA

DEMOSTRACIÓN ATLÉTICA O DEPORTIVA QUE NO SE PREMIE CON DINERO. EQUITACIÓN O RODEO PRACTICADOS

COMO DEPORTES DEPORTES SUBMARINOS Y NATACIÓN CON ALETAS.'

RENOVACIÓN PÓLIZA 20041895



CONDICIONES ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130435

CONDICIONES GENERALES

El presente condicionado se compone de un Título preliminar; un Título primero sobre coberturas; y un Título segundo sobre reglas generales.

TÍTULO PRELIMINAR

PRIMERO: REGLAS APLICABLES

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.

SEGUNDO: DEFINICIONES

Para los efectos del presente contrato, se entenderá por:

1. Accidente: todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte en su organismo al asegurado.
2. Certificado de cobertura o certificado definitivo: Documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo o flotante.
3. Deducible: La estipulación por la que asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado.
4. Garantías: Los requisitos destinados a circunscribir o disminuir el riesgo, estipulados en un contrato de seguro como condiciones que deben cumplirse para que haya lugar a la indemnización en caso de siniestro.
5. Incapacidad Permanente: es la ausencia definitiva de toda o parte de la capacidad de función o de fisiología del o los órganos o miembros afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del órgano o del miembro comprendido.
6. Incapacidad temporal: es aquella que imposibilita al accidentado para desempeñar todas y cada una de las actividades diarias de su trabajo u ocupación habitual en forma transitoria.
7. Pérdida total: se entiende por pérdida total referida a un miembro u órgano su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica.
8. Pérdida funcional absoluta: se entiende por pérdida funcional absoluta referida a un miembro u órgano la ausencia definitiva de toda capacidad de función del miembro u órgano comprendido, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
9. Pérdida parcial: se entiende por pérdida parcial referida a un miembro u órgano su eliminación incompleta del organismo al cual pertenece, en forma definitiva.
10. Miembro o extremidad: los miembros o extremidades son largos anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
11. Siniestro: La ocurrencia del riesgo o evento dañoso contemplado en el contrato.
12. Órgano: es una entidad anatómicamente independiente y siempre específica v. gr. un ojo.

TÍTULO PRIMERO: COBERTURA

Este seguro cubre las consecuencias de lesiones corporales que provengan de accidentes, entendiéndose por tales, para efectos de esta póliza, aquellos sucesos imprevistos, involuntarios, repentinos y fortuitos, causados por medios externos, que afecten en su organismo al asegurado. De este modo, se consideran indemnizables las lesiones determinadas por caídas, fracturas, heridas por armas de fuego, luxaciones, dislaceraciones, cortaduras, golpes, quemaduras de cualquier especie, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ella al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la compañía que la incapacidad o la muerte sobreviviente sean efectos directos de esas mismas lesiones originadas por los accidentes.

No obstante lo expresado precedentemente, la póliza cubre también las consecuencias que puedan resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

Esta póliza protege también al asegurado en sus viajes fuera de la República de Chile.

Este seguro cubre el riesgo aéreo únicamente para pasajeros que utilicen empresas de aviación de líneas regulares y establecidas, exceptuando los tripulantes que viajen como pasajeros.

PRIMERO: DESCRIPCIÓN DE COBERTURA

Este seguro contempla una Plan A para Muerte; un Plan B para Incapacidad Permanente; una Plan C para Incapacidad Temporal; un Plan D por Reembolso De Gastos Médicos.

1) PLAN A: MUERTE

- 2) PLAN B: INCAPACIDAD PERMANENTE
- 3) PLAN C: INCAPACIDAD TEMPORAL
- 4) PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

Los Planes podrán contratarse en forma conjunta o separadamente según lo que las partes hayan convenido en las condiciones particulares.

La contratación del Plan A para muerte accidental, requiere el consentimiento escrito del asegurado, con indicación del monto asegurado y la persona del beneficiario, según lo establece el artículo 589 inciso 2° del Código de Comercio. Considerando el carácter consensual del seguro, el consentimiento del asegurado que se exige en este párrafo podrá constar en cualquier antecedente o medio de prueba en los términos del artículo 515 inciso 1° del citado Código.

Segundo: Planes

Producido un accidente cubierto por el presente seguro, y siempre que las consecuencias de las lesiones corporales sufridas se manifiesten a más tardar dentro de los 180 días de producido el accidente, la compañía:

PLAN A: Muerte

En caso de muerte por accidente, pagará al beneficiario indicado en las condiciones particulares la suma convenida por las partes. Si no existiere beneficiario determinado, la indemnización será pagada por la compañía a los herederos legales del asegurado. La póliza cubre la muerte del asegurado dentro del término de un año a contar de la fecha del accidente.

PLAN B: Incapacidad Permanente

En caso de incapacidad permanente, pagará las indemnizaciones siguientes al asegurado expresadas como porcentaje de la suma convenida por las partes, que consta en las condiciones particulares.

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

50% por la pérdida de uno de los miembros superiores (brazos) o de uno de los miembros inferiores (piernas), o de una mano.

40% por la pérdida de un pie.

13% por la sordera completa de un oído.

25% por la sordera completa de un oído en caso que el asegurado ya hubiere tenido sordera completa del otro antes de contratar este seguro, o por la sordera completa de ambos oídos.

35% por la ceguera total de un ojo.

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

20% por la pérdida de un pulgar.

15% por la pérdida del índice derecho o izquierdo

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

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

La pérdida de cada falange se calculará en forma proporcional, en relación a la pérdida del dedo completo correspondiente.

La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos o falanges perdidos.

Las indemnizaciones aseguradas proceden también en caso de pérdida funcional absoluta de cualquiera de los miembros anteriormente indicados.

En caso de ocurrir más de un accidente en el período de vigencia de la póliza, los porcentajes que se deban indemnizar se aplicarán al monto asegurado remanente.

Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante la vigencia de esta póliza no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado.

PLAN C: Incapacidad Temporal

En caso de incapacidad temporal, pagará al asegurado la indemnización diaria expresada en el cuadro de condiciones particulares y hasta por un máximo de 200 días siempre que, a consecuencia de las lesiones corporales causadas por accidentes y dentro de los 90 días siguientes a éste, el asegurado quede imposibilitado para desempeñar todas y cada una de las actividades diarias de su trabajo u ocupación habitual.

PLAN D: Reembolso de Gastos Médicos

Cuando, a consecuencia de lesiones corporales causadas por un accidente, el asegurado hubiese requerido tratamiento médico o quirúrgico incluyendo enfermeras especializadas, hospitalizaciones y gastos farmacéuticos, reembolsará, hasta el monto asegurado para este plan y expresado en el cuadro de condiciones particulares, el costo de dicho tratamiento siempre que tales gastos sean incurridos dentro del

año siguiente a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas.
En caso de incapacidad temporal o permanente, este pago se hará al asegurado y, en caso de muerte, al beneficiario indicado en las condiciones particulares de la póliza.

SEGUNDO: RIESGOS EXCLUIDOS

No se consideran accidentes indemnizables bajo esta póliza las enfermedades de cualquier especie, sean ellas corporales o síquicas, salvo que estén contempladas en alguno de los planes contratados.

Este seguro no cubre los accidentes o consecuencias sufridos con motivo de:

1. Guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones guerreras (sea que haya sido declarada o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar, naval o usurpado.
2. Duelos, suicidios, tentativas de suicidios.
3. La intervención del asegurado en motines o tumultos tengan o no el carácter de guerra civil, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de carácter civil o militar.
4. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
5. Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
6. Daños o pérdidas ocasionadas por experimentos de energía atómica o nuclear o de cualquier riesgo atómico.
7. Servicio militar, actividad bomberil u otras que cuenten con aprobación de la autoridad.
8. Movimientos sísmicos hasta el grado siete inclusive de la Escala Modificada de Mercalli, determinados por el Servicio de Sismología del Departamento de Geología y Geofísica de la Universidad de Chile o el organismo que lo reemplacé o haga sus veces.
9. Las consecuencias derivadas de motines o tumultos, sin perjuicio de lo estipulado respecto de la intervención del asegurado en dichos motines o tumultos, que quedá excluida absolutamente del seguro en virtud de lo preceptuado en la letra c) del artículo anterior.
10. Desempeñarse el asegurado como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación y asimismo como empleado de las referidas líneas que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta servicios.
11. Viajes aéreos en general distintos de los mencionados en el último párrafo del Título Primero.
12. El ejercicio de deportes extraordinaria y notoriamente peligrosos tales como hockey, rugby, paperchase, steeplechase, andinismo, boxeo, esquí, etc.; equitación y rodeo practicados como deporte.
13. Los accidentes o daños sufridos con motivo pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o relacionados con cualquier acto de terrorismo, sin perjuicio de la existencia de cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al siniestro en forma concurrente o en cualquier otra secuencia.

Para los efectos de la presente exclusión, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

Esta exclusión se extiende asimismo a las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directos o indirectos, originados en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos.

Cuando los hechos en que se basa esta exclusión configuren un delito de cuya comisión estén conociendo los Tribunales de Justicia, la compañía no estará obligada a pagar ninguna indemnización por siniestro, mientras no exista un sobreseimiento judicial basado en que no concurrieron los hechos constitutivos del delito, en que éstos no son constitutivos de delito o en que no se encuentra completamente justificada la perpetración del mismo delito.

14. Los accidentes o daños sufridos con motivo pérdidas, daños o responsabilidades que, directa o indirectamente, sean causados por, o a los cuales contribuyan o emanen de, la falla o inhabilidad de cualquier Equipo Electrónico, sea o no de propiedad del Asegurado y ya sea que ocurra antes, durante o después del año 2000, y que consista en:

- a) Impedimento o dificultades para reconocer correctamente cualquiera fecha en la real fecha de calendario.
- b) Impedimento o dificultades para capturar, guardar, retener o manipular correctamente, interpretar o procesar cualquier dato o información, comando o instrucción, como resultado de tratar a cualquier fecha de otro modo que la fecha real de calendario.
- c) Impedimento o dificultades para capturar, guardar, retener o procesar correctamente, cualquier dato como resultado de la operación de cualquier comando que haya sido programado en cualquier Equipo Electrónico, cuando el uso de tal comando cause la pérdida de datos o la inhabilidad para capturar, guardar, retener o procesar correctamente dichos datos, en o después de cualquier fecha como consecuencia de una falla o inhabilidad en la lectura de la fecha real de calendario.

Este seguro no cubre, adicionalmente, cualquier indemnización que el asegurado pueda verse obligado a pagar por pérdidas que sean resultantes, se originen o a la que contribuyan la supuesta inhabilidad de un

equipo electrónico para realizar correctamente cualquiera de las operaciones a que se refieren las letras a), b) y c) anteriores.

Además este seguro tampoco cubre cualquier honorario o gasto acordado o pagado respecto de cualquier reclamo o procedimiento legal relacionado directa o indirectamente con alguna de las fallas o inhabilidades o supuestas inhabilidades señaladas en las letras y párrafos anteriores.

Para los efectos de esta cláusula, la expresión Equipo Electrónico significa cualquier computador u otros equipos o sistemas para transmitir, procesar, almacenar o recuperar datos, incluyendo sin que pueda considerarse como limitación o enumeración taxativa, cualquier hardware, firmware o software, medios, microchip, circuito integrado o dispositivos similares. Dentro de la definición deben entenderse incorporados todos los equipos, aparatos, sistemas y computadores que contengan tecnología computacional, incluyendo artefactos de todo tipo de uso, inclusive domésticos.

15. Los accidentes o daños sufridos con motivo La pérdida, daño, destrucción, distorsión, borrado, contaminación o alteración de Información Electrónica por cualquier causa (incluyendo Virus Computacional) o pérdida de uso, reducción de funcionalidad, costos, gastos de cualquier naturaleza que de ello resulte, aun cuando exista otra causa o evento concomitante simultánea, anterior o posterior a la pérdida.

TERCERO: FORMA DE INDEMNIZAR

La forma de indemnizar se ajustará a las normas contenidas en la presente póliza, según los términos del artículo 563 del Código de Comercio. Salvo pacto en contrario en las condiciones particulares, en este seguro la indemnización sería dineraria.

La obligación del asegurador de indemnizar ocurrido el riesgo asegurado, será exigible una vez determinada la pérdida o concluido el proceso de liquidación de siniestros, regulado en los artículos 61 y siguientes del Decreto con Fuerza de Ley número 251 y en el Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros o las normas que los reemplacen.

CUARTO: SUMA ASEGURADA Y LÍMITE DE LA INDEMNIZACIÓN

La suma asegurada constituye el límite máximo de la indemnización que se obliga a pagar el asegurador en caso de siniestro.

El total de las indemnizaciones derivadas de uno o más accidentes producidos dentro del plazo de vigencia del seguro no podrá en caso alguno exceder de la suma contratada para el Plan B, con excepción de los derechos del Plan D.

Si el asegurado falleciere a consecuencia de un accidente, la compañía deducir de la suma asegurada para el caso de muerte (Plan A) el importe total abonado por el mismo accidente bajo los Planes B o C y al tratarse de una incapacidad permanente (Plan B), se deducir lo pagado bajo el Plan C.

TÍTULO SEGUNDO: REGLAS GENERALES

PRIMERO: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

El Asegurado estará obligado a:

1. Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto.
2. Pagar la prima en la forma y época pactadas.
3. Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
4. Las demás obligaciones, deberes o cargas que contemple la Ley, este condicionado general, cláusulas adicionales y condiciones particulares.

Si el Contratante del seguro y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado

SEGUNDO: DEBER DE COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El asegurado, o contratante en su caso, deberá informar al asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado, y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los cinco días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador, todo en los términos de los artículos 524 número 5 y 526 del Código de Comercio.

Se presume que el asegurado conoce las agravaciones de riesgo que provienen de hechos ocurridos con su directa participación.

Si el siniestro no se ha producido, el asegurador, dentro del plazo de treinta días a contar del momento en que hubiere tomado conocimiento de la agravación de los riesgos, deberá comunicar al asegurado su decisión de dejar sin efecto el contrato o proponer una modificación a los términos del mismo para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura de la póliza. 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 dar por rescindido el contrato, quedando sin efecto. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contados desde la fecha de envío de la

respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido sin que el asegurado, o el contratante en su caso, hubieren efectuado la declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el inciso primero, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización respecto de las coberturas del seguro afectadas por el agravamiento. No obstante, en caso que la agravación del riesgo hubiera conducido al asegurador a celebrar el contrato en condiciones más onerosas para el asegurado, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, por la naturaleza de los riesgos, hubiere debido conocerlos y los hubiere aceptado expresa o tácitamente.

Salvo en caso de agravación dolosa de los riesgos, en todas las situaciones en que, de acuerdo a los incisos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al asegurado la proporción de prima correspondiente al período en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la terminación del contrato, la que se producirá dentro de los plazos indicados en el artículo 526 inciso segundo del Código de Comercio, esto es, a la expiración del plazo de treinta días contado desde el envío de la respectiva comunicación de termino del seguro.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la opción de cambio de condiciones de cobertura o adecuación de la prima.

TERCERO: DECLARACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

El presente contrato fue celebrado en consideración a las declaraciones completadas por el asegurado, contratante o tomador, en la solicitud de información sobre el riesgo asegurado, y en los términos de los artículos 524 número 1º y 525 del Código de Comercio.

El incumplimiento culposo o inexcusable del deber de responder del asegurado, contratante o tomador, dejará sin efecto del contrato en los términos del artículo 525 del Código de Comercio. En el caso de dolo o mala fe en la declaración o respuestas al cuestionario sobre el riesgo asegurado, procederá la sanción prevista en el artículo 539 del referido Código. No obstante lo señalado, en el caso de incumplir el asegurado, contratante o tomador el deber de responder el cuestionario sin culpa en los términos de los artículos 524 número 1º y 525 del Código de Comercio, podrá el asegurador proponer una mantención del contrato mediante una adaptación de la prima o de las condiciones de cobertura inicialmente pactadas. Si ha ocurrido el siniestro, el asegurado, contratante o tomador, tendrá derecho a una rebaja de 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, según lo dispuesto en el inciso 4º del artículo 525 del Código de Comercio.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la terminación del contrato, la que se producirá dentro de los plazos indicados en el artículo 525 inciso tercero del Código de Comercio, esto es, a la expiración del plazo de treinta días contado desde el envío de la respectiva comunicación de termino del seguro.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la opción de cambio de condiciones de cobertura o adecuación de la prima.

CUARTO: TERMINACIÓN POR NO PAGO DE PRIMA

La falta o simple retardo en el pago de la prima producirá la terminación del 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, según lo dispone el artículo 528 del Código de Comercio.

No terminará el contrato, si dentro del plazo indicado, el asegurado entera o paga el saldo insoluto de la prima.

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

QUINTO: DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

En el caso de siniestro, el asegurado, contratante o tomador, según los casos, debe:

a) Notificar al asegurador, dentro del plazo de 8 días o tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, esto es, un hecho dañoso contemplado y cubierto en esta póliza. A solicitud de la compañía deberá llenarse el formulario que ésta disponga.

b) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias. A mayor abundamiento, deberá el asegurado, tomador o contratante, justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar los antecedentes que sean necesarios para establecer, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales, causantes de la muerte, de la

incapacidad permanente o de la incapacidad temporal, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente sujeto a indemnización.

c) El asegurado o beneficiario debe facilitar a la compañía todos los informes médicos que le sean pedidos, a fin de indagar y aclarar las causas y consecuencias del accidente, y los medios empleados para disminuir y atenuar dichas consecuencias.

d) Informar a la Compañía la existencia de otros seguros sobre la misma materia asegurada.

e) La compañía se reserva el derecho de hacerse cargo de la asistencia del asegurado por intermedio del facultativo que ella designe y también el de hacerlo reconocer y examinar en cualquier momento que lo estime conveniente, pudiendo adoptar todas las medidas y diligencias tendientes a la mejor y más completa investigación de aquellos puntos que estime necesarios para su interés y salvaguardia, en caso de oposición del asegurado o su heredero, en su caso, perderá todo derecho a indemnización. Esta asistencia médica por parte de la compañía no compromete el valor asegurado en el Plan D, y los honorarios serán pagados por ella.

SEXTO: TERMINACIÓN ANTICIPADA

El asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato, en los términos dispuestos en el artículo 537 del Código de Comercio. La compañía deberá expresar en la respectiva comunicación enviada al asegurado, contratante o tomador, según el caso, las causas que motiven o justifiquen el término del seguro.

Además de las causales legales de término anticipado, y sólo a modo ejemplar, y sin que la siguiente enunciación sea considerada como taxativa o excluyente de otras causales, la Compañía podrá poner término anticipado a este seguro en razón de cambios en las políticas de suscripción de la compañía respecto del riesgo cubierto.

La terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación al asegurado, contratante o tomador.

El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador.

Producida la terminación del contrato, la prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, y el asegurador deberá poner el importe de prima no devengada, a disposición del quien corresponda, de inmediato.

No se procederá a la restitución de prima, en caso de haber ocurrido un siniestro de pérdida total, según lo dispone el inciso final del artículo 537 del Código de Comercio.

SÉPTIMO: COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Las comunicaciones del asegurador al contratante, tomador, asegurado o beneficiario, podrán enviarse por medios electrónicos o tecnológicos, garantizando su recepción y la posibilidad de almacenamiento o impresión.

Para los efectos señalados en el párrafo anterior el contratante, tomador, asegurado o beneficiario deberá informar a la compañía de seguros, sobre su dirección de correo electrónico. A su falta, el asegurador deberá comunicar por escrito, mediante carta enviada al domicilio del contratante, tomador, asegurado o beneficiario.

El asegurado debe comunicar al asegurador de cualquier modificación de su dirección de correo electrónico o domicilio convencional informado al contratar este seguro.

Las comunicaciones que envíe el contratante, tomador, asegurado o beneficiario deberán ser por escrito, y remitidas al domicilio del asegurador indicado en la póliza.

OCTAVO: SUBROGACIÓN

Por el pago de la indemnización, el asegurador se subroga de pleno derecho en los derechos y acciones que el asegurado tenga en contra de terceros en razón del siniestro, según los términos previstos en este condicionado y en el artículo 534 del Código de Comercio.

NOVENO: REHABILITACIÓN DEL SEGURO.

En caso de pérdida cubierta bajo este seguro, la suma asegurada quedará reducida en el monto indemnizado, salvo que a petición del asegurado, contratante o tomador hecha antes de un nuevo siniestro la suma asegurada hubiere sido reajustada en el valor indemnizado, mediante el pago de una prima extra igual al 365avo de la prima anual que corresponde a la suma aumentada, por cada día que falte para la expiración normal del seguro.

DÉCIMO PRIMERO: REGLAS SOBRE EL BENEFICIARIO

1. Designación de o los beneficiarios

La designación del beneficiario podrá hacerse en los condicionados particulares de este seguro, en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en testamento.

Si al momento de la muerte real o presunta del asegurado no hubiere beneficiarios ni reglas para su determinación, se tendrá por tales a sus herederos.

Los beneficiarios que sean herederos conservarán dicha condición aunque repudien la herencia. La misma disposición se aplicará cuando el asegurado y el beneficiario único mueran simultáneamente, o se ignore cuál de ellos ha muerto primero.

La designación del cónyuge como beneficiario se entenderá hecha al que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado.

2. Revocación del o los beneficiarios

El contratante o tomador de este seguro puede revocar la designación de beneficiario en cualquier momento, a menos que haya renunciado a esta facultad por escrito. En este último caso, para cambiar al beneficiario designado deberá obtener su consentimiento.

3. Pluralidad de Beneficiarios

Si la designación se hace en favor de varios beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales. Cuando se haga en favor de los herederos, la distribución tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario. La parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a los demás.

DÉCIMO SEGUNDO: LIBERACIÓN DEL ASEGURADOR DE SU OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR

Salvo los casos expresamente regulados en este condicionado, cualquier incumplimiento del asegurado, contratante o tomador del seguro de las obligaciones, cargas o deberes contenidas en este contrato, provocará la exoneración de la Compañía de la obligación de indemnizar de en el caso de ocurrencia de un siniestro. No obstante, la Compañía podrá además, poner término anticipado al contrato según lo establecido en los artículos 537 y 539 del Código de Comercio.

DÉCIMO TERCERO: EFECTOS DE LA PLURALIDAD DE SEGUROS

Si el asegurado tuviere otro seguro individual de accidentes personales, contratado con anterioridad a la presente póliza, o si posteriormente contratare otro seguro de esta especie, deberá avisarlo de inmediato a la compañía.

Se excluyen de esta obligación los seguros de vida con cláusulas de indemnización por accidentes, accidentes personales de viajes y facultativos de aviación. Si al momento de producirse un siniestro que cause pérdidas o daños en los bienes asegurados por el presente seguro y existieren otro u otros seguros sobre la misma materia, interés y riesgo, el asegurado podrá reclamar a cualquiera de los aseguradores el pago del siniestro, según el respectivo contrato, y a cualquiera de los demás, el saldo no cubierto. El conjunto de las indemnizaciones recibidas por el asegurado, no podrá exceder el valor del objeto asegurado.

DÉCIMO CUARTO: 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 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, en los términos establecidos en el artículo 543 del Código de Comercio.

No serán aplicables al contrato de seguro las reglas sobre solución de controversias contenidas en la Ley 19.496.

DÉCIMO QUINTO: DOMICILIO

Para los efectos del contrato de seguro, las partes fijan como domicilio el indicado por el asegurado, contratante, tomador o beneficiario en las condiciones particulares de la póliza, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 543 inciso 5º del Código de Comercio.