

CONDICIONES GENERALES SEGURO PARA ENFERMEDADES GRAVES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 3 09 096.

ARTICULO 1°: COBERTURA

La Compañía Aseguradora pagará la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares si después del período de carencia y dentro de la vigencia del seguro, al asegurado se le diagnostica por primera vez una enfermedad o es sometido a una intervención quirúrgica, de aquellas cubiertas por esta póliza, según las definiciones, términos y condiciones establecidos en la misma.

Serán asegurables las personas menores de sesenta y cinco (65) años de edad, salvo que se especifique otra edad en las Condiciones Particulares, que llenen una declaración personal de salud, cuando corresponda, y que sean aceptados por la Compañía Aseguradora. En los casos de renovación el asegurado gozará de cobertura hasta la edad o el periodo que se especifique en las Condiciones Particulares.

Enfermedades graves cubiertas: la presente póliza cubrirá todas las enfermedades e intervenciones quirúrgicas que se indican a continuación, a menos que expresamente algunas de ellas sean excluidas en las Condiciones Particulares de la presente póliza:

1. **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:

- a. 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;
- b. Melanomas con espesor menor de 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3;
- c. Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel;
- d. Todos los carcinomas de piel, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos;
- e. Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA;
- f. 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).

2. **Accidente vascular cerebral:** Cualquier incidente cerebrovascular que dé lugar a secuelas que dure más de veinticuatro (24) horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo, todos de una fuente extra craneana. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo doce (12) semanas después del suceso. No se aceptarán reclamaciones antes de transcurrido ese tiempo.

No se considerarán dentro de la cobertura los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

3. **Infarto al miocardio:** La muerte de una porción del músculo cardíaco, causada por irrigación inadecuada de la parte afectada y puesta de manifiesto por el típico dolor del pecho, la aparición de modificaciones electrocardiográficas que no existían (nuevas) y elevación de las enzimas cardíacas.
4. **Revascularización coronaria (by-pass):** Comprende la que se realiza al menos a dos o más arterias coronarias, por consejo de un médico especialista en esta cirugía, para corregir la estenosis u oclusión de las arterias coronarias, pero quedan excluidas las técnicas no operatorias mediante cirugía, como la angioplastia, el tratamiento por láser o cualquier otro procedimiento no operatorio.
5. **Insuficiencia renal crónica:** La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal.
6. **Trasplante de órganos mayores:** El que se realiza al asegurado como receptor del trasplante 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 trasplante de todo el órgano y no de fracciones o partes de éste, por lo que en el caso del páncreas se excluye el trasplante de Islotes de Langerhans. No estará cubierto el trasplante 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 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.
7. **Esclerosis múltiple:** Diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple, hecho por un neurólogo, en que el paciente deba ser internado en un hospital por esta causa. Deberá haber evidencia de los síntomas característicos de desmielinización, de anomalías neurológicas persistentes y de deterioro funcional. El diagnóstico deberá confirmarse por investigaciones neurológicas (ejemplo: punción lumbar, respuestas auditivas y visuales evocadas y evidencia de lesiones del sistema nervioso central).
8. **Parálisis:** Parálisis total y permanente, producida por accidente o enfermedad. Deberá haber evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal por sección medular. La conexión de tiempo y causa con el daño deberá ser obvia.

9. **Pérdida de miembros:** Pérdida completa y permanente, por enfermedad o accidente, de la función de ambas piernas o ambos brazos, o un brazo y una pierna, o la amputación de ambas manos por encima de las articulaciones de la muñeca, o de ambos pies por encima de la articulación tibiotarsiana.
10. **Ceguera:** Pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos, causada por accidente o enfermedad aguda. Deberá estar certificada clínicamente por un médico oftalmólogo.
11. **Pérdida de la audición:** Pérdida total e irreversible de la audición de todos los sonidos, por accidente o por enfermedad aguda. Deberá proporcionarse evidencia médica por audiometría y por prueba del umbral de sonido.
12. **Cirugía de válvulas cardiacas:** La realizada por cirugía a corazón abierto para reemplazar o dilatar válvulas cardiacas, por defectos valvulares ocurridos con posterioridad al inicio de la vigencia de la póliza.
13. **Injerto aórtico:** El realizado por enfermedad de la aorta que requiera la escisión de la misma y su reemplazo quirúrgico por un injerto. Para los propósitos de esta definición, aorta significa la porción torácica y la abdominal, pero no sus ramas.
14. **Angioplastia por balón:** La angioplastia realizada por las técnicas de balón, láser o cualquier otra, para corregir estenosis importantes, cuando menos setenta por ciento (70%) de dos o más arterias coronarias, siempre que haya sido considerada como tratamiento necesario por un médico cardiólogo.
15. **Enfermedad de Alzheimer:** Deterioro de la capacidad intelectual o comportamiento anormal, puesto de manifiesto por el estado clínico y los cuestionarios estandarizados acerca de la enfermedad de Alzheimer, o de alteraciones orgánicas irreversibles, excluyendo neurosis y enfermedades psiquiátricas, que dan por resultado disminución importante del funcionamiento social y que requiere supervisión continua del asegurado. El diagnóstico deberá ser confirmado clínicamente por un médico especialista.
16. **Enfermedad de Parkinson:** Enfermedad lentamente degenerativa del sistema nervioso central, por pérdida del pigmento contenido en las neuronas cerebrales (sustancia negra). El diagnóstico inequívoco deberá ser hecho por un neurólogo. Para los fines de la cobertura estará condicionada a que:
 - a. No pueda controlarse con medicación;
 - b. Muestre signos de evolución progresiva del daño;
 - c. La evaluación de las actividades de la vida diaria confirme la inhabilidad del asegurado para realizar sin asistencia, tres o más de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, ir al baño; salir o entrar en la cama o en una silla, comer.Únicamente está cubierta la enfermedad de Parkinson idiopática. Está excluida la enfermedad inducida por medicamentos o tóxicos.
17. **Distrofia muscular:** La distrofia muscular se define como un grupo de miopatías genéticas degenerativas, que se caracterizan por debilidad y atrofia muscular, sin participación del sistema nervioso. Los diversos tipos se distinguen por el principio,

localización y evolución de la enfermedad.

Con relación a este contrato, cualquier distrofia muscular hereditaria deberá ser confirmada por un neurólogo y la evaluación de las actividades cotidianas debe ratificar la incapacidad del asegurado para realizar sin ayuda, tres o más de las siguientes: bañarse, ir al baño, comer, entrar o salir de la cama o de una silla.

18. **Politraumatismo:** Toda patología derivada de un accidente que provoque fracturas múltiples, incluyendo traumatismo encéfalo craneano complicado, y sus secuelas, fracturas, complicaciones de viseras y partes blandas, que a causa de su gravedad requieren o hayan requerido permanecer al paciente en un recinto hospitalario por diez (10) o más días y que además dentro de la hospitalización haya sido derivado a una unidad de cuidados intensivos.
19. **Quemaduras graves:** Las quemaduras de tercer grado que abarquen a lo menos el veinte por ciento (20%) de la superficie corporal, medidas por la regla de los nueve (9) de la Carta de Superficie Corporal de LUND Y BROWDER, diagnosticada por médico especialista.
20. **Neurocirugía:** Toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras inter craneales, la médula espinal y las vértebras y los vasos sanguíneos del cerebro.

No se considerarán dentro de la cobertura las cirugías para corregir hernias del núcleo pulposo y el síndrome del túnel carpiano.

La cobertura y las indemnizaciones de esta póliza se entienden respecto de cada evento, pudiendo el Asegurado ser indemnizado por más de una enfermedad grave durante la vigencia de la póliza.

ARTICULO 2°: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entenderá por:

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.

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

Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas.

Asegurado: La persona natural que tiene la calidad de asegurado principal en las Condiciones Particulares de la póliza. Si esta póliza fuese contratada en forma colectiva, se consideran asegurados para efectos de este seguro las personas que conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o tengan un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad Contratante, y se

encuentren señalados o definidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

El cónyuge del asegurado principal y los ascendientes y descendientes de los cónyuges que se encuentren identificados expresamente como asegurados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Durante la vigencia de la póliza se podrán incluir nuevos asegurados previa aceptación de la Compañía Aseguradora, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este contrato y en las Condiciones Particulares de la póliza.

Contratante de la Póliza: La persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía Aseguradora y figura como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

Enfermedad: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

Evento: Todas las intervenciones quirúrgicas definidas en el artículo primero y toda enfermedad grave cubierta por esta póliza, sus consecuencias y recaídas posteriores, que haya sido diagnosticada por primera vez al asegurado.

Médico: Persona habilitada y legalmente autorizada para ejercer la medicina humana según el Artículo 112 del Código Sanitario.

Médico especialista: Médico que posee estudios profundizados, experiencia o práctica profesional en una o más ramas de la medicina y, que se encuentra adscrito a un capítulo o sociedad médica de esa especialidad, que permite ser reconocido como tal por sus pares.

Padecimientos congénitos: Alteración del estado de salud fisiológico o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen en el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

Carencia: Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o de la cobertura individual, según corresponda, hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares. Las intervenciones quirúrgicas y enfermedades diagnosticadas durante este período no estarán cubiertas por esta póliza, salvo que ellas tengan por causa directa e inmediata un accidente.

Situación o enfermedad preexistente: Cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado, con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.

ARTICULO 3°: EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las definiciones y descripción de las enfermedades señaladas en el artículo primero, no estarán cubiertas por la póliza las situaciones o enfermedades que tengan su causa mediata o inmediata en alguno de los siguientes hechos:

- a. SIDA o presencia del virus VIH;
- b. Leucemia linfocítica crónica;
- c. Suicidio, tentativa de suicidio o enfermedad intencionalmente causada o lesiones autoinflingidas, ya sea en estado de cordura o demencia;
- d. Riñas o alborotos populares en los que hubiere intervenido el asegurado;
- e. Riesgos nucleares;
- f. Padecimientos congénitos;
- g. Trasplantes que sean procedimientos de investigación;
- h. Intoxicación o encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Para los efectos de la presente exclusión, se considerará que el asegurado se encontraba en estado de ebriedad, cuando la concentración de alcohol en la sangre sea igual o superior a 1,00 gramo de alcohol por litro de sangre. Los estados a que se refiere la presente exclusión se acreditarán mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes;
- i. Situaciones o Enfermedades preexistentes. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En el certificado de cobertura o en las condiciones particulares de la póliza, según corresponda, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.

Con todo, la declaración especial del asegurable no será necesaria en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por estos.

ARTICULO 4°: BENEFICIARIOS

El beneficiario de esta póliza será el Asegurado individualizado en las Condiciones Particulares. No obstante lo anterior, en caso de fallecer el asegurado antes del pago del siniestro, y en caso que ello corresponda, el monto asegurado será pagado a los herederos legales.

ARTÍCULO 5°: VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Para todos los efectos, el plazo de duración de esta póliza es de un (1) año, contado desde la fecha inicial de vigencia, salvo que las Condiciones Particulares de la póliza señalen un período diferente. Sin embargo, si alguna de las partes no manifestare su decisión en contrario antes de sesenta (60) días de la fecha de vencimiento, la póliza se renovará automáticamente por igual período y la Compañía Aseguradora establecerá las primas de acuerdo con los capitales asegurados señalados en las Condiciones Particulares de la póliza y las edades alcanzadas por cada uno de los Asegurados, conforme a las tarifas vigentes a la fecha de renovación, las que regirán hasta el vencimiento del nuevo período de vigencia y así sucesivamente.

Lo anterior será sin perjuicio de la vigencia de las coberturas individuales de cada Asegurado en caso que esta póliza fuese contratada en forma colectiva, conforme a lo que se expresará en el siguiente artículo.

ARTÍCULO 6°: VIGENCIA DE LAS COBERTURAS

En caso que esta póliza fuese contratada en forma colectiva, la vigencia de la cobertura definida en el artículo 1° de estas Condiciones Generales y de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto para esta póliza, será la que se especifique en el respectivo certificado de cobertura para cada uno de los Asegurados en particular. Si la vigencia contratada es superior a la vigencia final de la póliza, los Asegurados seguirán cubiertos hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente, siempre que se mantenga el pago de la prima.

Por tanto, terminada la vigencia de la póliza, los Asegurados seguirán con sus coberturas individuales vigentes hasta el término de los respectivos plazos de vigencia originales de cada uno de ellos, en los mismos términos contratados, y siempre que se haya pagado o se permanezca pagando la prima correspondiente.

ARTICULO 7°: DECLARACIONES DE LOS ASEGURADOS E INDISPUTABILIDAD

La veracidad de las declaraciones hechas por los Asegurados o por el Contratante, según sea el caso, en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y 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, que pudiere influir en la apreciación del riesgo concerniente a él, o de cualquiera circunstancia que, conocida por la Compañía Aseguradora, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o de incorporar a dicho Asegurado a la póliza o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada, poner término anticipado a la cobertura para el o los Asegurados de que se trate, y en todos esos casos retener el valor de la prima pagada, salvo que hubiese transcurrido el plazo de indisputabilidad indicado en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la vigencia de la póliza, o desde la incorporación del asegurado, o desde la última rehabilitación, o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda.

Sin embargo, cuando en una solicitud de beneficios se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía Aseguradora no podrá rechazar el pago de la indemnización reclamada o poner término anticipado a la cobertura, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de asegurabilidad, en cuyo caso se devolverá al asegurado la reserva técnica existente en la fecha de su rescisión, si la hubiere.

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión, se aplicarán las siguientes reglas:

Cuando a consecuencia de la inexacta declaración de edad se pagare una prima menor de la que correspondía por la edad real, se reducirá proporcionalmente el capital asegurado, es decir, la obligación de la compañía aseguradora se reducirá a la cobertura que hubiere correspondido a la prima pagada de acuerdo a la edad real, en la fecha de celebración del contrato.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de edad se estuviere pagando una prima más elevada que la que corresponde a la edad real, la compañía aseguradora estará obligada a devolver al asegurado el setenta por ciento (70%) del exceso de prima que hubiere pagado en el último año de vigencia de la póliza, manteniéndose el capital asegurado sin variaciones.

La compañía aseguradora se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los asegurados.

ARTÍCULO 8º: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital asegurado y el monto de la prima se expresarán en moneda extranjera, en unidades de fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares.

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

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la Compañía Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 9º: PAGO DE PRIMA

En el caso que la presente póliza sea contratada en forma colectiva, se definen dos tipos de modalidades para el pago de la prima, según quien soporte el pago de éstas, de las cuales una de ellas deberá quedar expresamente establecida en las Condiciones Particulares:

- a) Modalidad Contributoria: prima financiada conjuntamente por el contratante y el asegurado.
- b) Modalidad No Contributoria: prima financiada sólo por el contratante de la póliza o prima

financiada sólo por el asegurado.

Independientemente de la forma en que sea contratada la presente póliza, la prima será pagada en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, en forma mensual, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca una periodicidad diferente. El pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la Compañía Aseguradora pueda identificar a aquellos Asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su o sus coberturas contratadas.

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 al Asegurado o al Contratante de la póliza, según corresponda, de esta modificación con una anticipación de 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 treinta (30) días contado desde la recepción de la comunicación de ésta. Si el Asegurado o el Contratante así no lo hiciere, se entenderá que acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía Aseguradora.

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 concede un plazo de gracia, que será el señalado en las Condiciones Particulares, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si al asegurado se le diagnostica una enfermedad o es sometido a una intervención quirúrgica de aquellas señaladas en el artículo 1° durante dicho plazo de gracia, se deducirá del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la póliza terminará anticipadamente en forma inmediata respecto de aquellos asegurados por quienes no se haya pagado primas, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando el asegurador libre de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

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 Asegurado o al Contratante en moneda corriente y sin intereses al valor que tenga la moneda de esta póliza al día de pago efectivo.

ARTICULO 10°: TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

La cobertura terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el Contratante o el Asegurado no pague la prima respectiva, aplicándose al respecto el plazo de gracia señalado en las Condiciones Particulares de la póliza conforme a lo estipulado en el artículo precedente.

Asimismo, la Compañía Aseguradora podrá poner término anticipado a la póliza cuando el asegurable hubiese omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la Compañía, o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o

apoyadas en declaraciones falsas.

En caso que esta póliza fuese contratada en forma colectiva, la cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales si las hubieren, terminará además anticipadamente respecto de un Asegurado, en el instante en que éste deje de ser miembro, trabajador o tener un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad contratante.

En el mismo caso señalado en el párrafo precedente, las coberturas contratadas para un Asegurado en particular permanecerán vigentes hasta el término del período por el cual se haya pagado la prima respectiva.

El término de la cobertura individual no dará lugar a devolución de primas.

ARTÍCULO 11°: REHABILITACION

Producida la terminación anticipada de la póliza o la terminación de la cobertura para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, deberá acreditar que todos los Asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía Aseguradora y pagar toda la prima vencida y reserva matemática cuando corresponda, los gastos que originen la rehabilitación y demás cantidades que se adeudaren a la Compañía Aseguradora.

La sola entrega a la Compañía Aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar las coberturas de cada Asegurado o de la póliza, en su caso, si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía Aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el Contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 12°: EVALUACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA COBERTURA

El Asegurado o el Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora en el curso de los primeros treinta (30) días hábiles o en aquel que se establezca en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha en que se le haya sometido a intervención quirúrgica o diagnosticado por primera vez alguna enfermedad de aquellas cubiertas por esta póliza que puedan ser motivo de indemnización. Si el plazo aquí estipulado 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, la Compañía Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios para acreditarlo y verificar por medio de sus médicos o representantes la efectividad del diagnóstico de la enfermedad o intervención cubierta, para lo cual el Asegurado deberá dar las facilidades para someterse a los exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos para efectuar esta evaluación serán de costo de la Compañía Aseguradora.

La Compañía Aseguradora deberá pronunciarse sobre la procedencia del beneficio reclamado en un plazo no superior a veinte (20) días hábiles, contado desde la recepción de los documentos, exámenes y pruebas médicas que hubiere solicitado.

El Asegurado o el Contratante, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir la reevaluación de su caso por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por el requirente, de una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido durante al menos un año como miembros titulares de las comisiones médicas regionales o de la comisión médica central de la Superintendencia de Pensiones.

La junta médica evaluará su caso pronunciándose sobre la procedencia de la indemnización, conforme a los conceptos descritos en el artículo 1º de esta póliza, pudiendo someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el reclamante de la cobertura y la Compañía Aseguradora.

Durante el período de evaluación y hasta que proceda al pago definitivo de los beneficios correspondientes por parte de la compañía, el Contratante o el Asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima para mantener vigente la póliza o cobertura individual, según corresponda.

ARTÍCULO 13º: 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 14º: ARBITRAJE

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, 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 cualquiera 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, el contratante o el beneficiario, según corresponda, 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 15°: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía aseguradora y el contratante o el asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante 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.

ARTICULO 16°: DOMICILIO

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