

SEGURO INDIVIDUAL PARA PRESTACIONES MÉDICAS POR ACCIDENTES DE ORIGEN TRAUMÁTICO

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320250187

ARTÍCULO 1º. REGLAS APLICABLES AL CONTRATO.-

Se aplicarán a la presente Póliza o 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 o los Asegurados de esta Póliza.

La presente Póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el Asegurado o el Contratante a solicitud de la Compañía Aseguradora, y en base a la información que se entregue al Asegurado respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente Póliza.

La presente Póliza genera derechos y obligaciones para el Contratante y la Compañía. Si el Contratante del seguro y el Asegurado Titular 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.

ARTÍCULO 2º. COBERTURA.-

La Compañía reembolsará al Asegurado o pagará directamente al Prestador de Salud establecido en el Condicionado Particular, los Gastos Reembolsables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos derivados de un Evento cubierto por esta Póliza descritos en el Artículo Quinto de estas Condiciones Generales, una vez otorgada y pagada la cobertura del Sistema de Salud Previsional al que se encuentre afiliado o adherido establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, Cajas de Previsión, Departamentos o Servicios de Bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar y otros Seguros contratados en favor del Asegurado.

Los gastos susceptibles de ser reembolsados al Asegurado o pagados directamente al Prestador en virtud de esta Póliza, son los que se detallan a continuación:

A) GASTOS DERIVADOS DE PRESTACIONES AMBULATORIAS POR ORIGEN TRAUMÁTICO:

Corresponden a aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado en forma ambulatoria efectuadas o prescritas por un Médico Tratante con motivo de lesiones de origen traumático provocadas directamente en Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza. Incluye:

- 1) Atención Médica en Urgencia: Corresponde a todas las atenciones recibidas por el asegurado mientras se encuentre en el Servicio de Urgencia con motivo de lesiones de origen traumático provocadas directamente en Accidente. Se incluyen Honorarios Médicos; Procedimiento y Exámenes diagnósticos; Servicios, medicamentos e Insumos; Cirugía Ambulatoria; Primera Atención Odontológica derivada del Accidente traumático.
- 2) Atenciones Ambulatorias derivadas del Evento:
 - a) Consultas Médicas: Comprende las atenciones posteriores a la urgencia indicadas por el Médico Tratante que tengan relación con el Evento cubierto, bajo los términos y procedimientos descritos en el Condicionado Particular de esta póliza.
 - b) Cirugía Ambulatoria.
 - c) Exámenes de Laboratorio e Imagenología: Comprende los exámenes de diagnóstico requeridos por el Médico Tratante para confirmar, evaluar y controlar las Lesiones Traumatológicas a causa de un Accidente cubierto por esta Póliza.
 - d) Procedimiento de diagnóstico y Terapéutico Kinesiología prescrita por el Médico Tratante. Los porcentajes, topes y limitaciones de esta cobertura, letra (A) se encuentran detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

B) GASTOS DERIVADOS DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS POR LESIONES DE ORIGEN TRAUMÁTICO:

Corresponden a aquellos gastos provenientes de prestaciones efectuadas o prescritas por un Médico Tratante realizadas al Asegurado durante una Hospitalización, con internación de a lo menos una noche en un Hospital o recinto médico, con motivo de lesiones de origen traumático provocadas directamente en un Accidente cubierto por esta Póliza. Incluye:

- a) Gastos Básicos por Hospitalización: Día cama, UTI, UCI, Intermedio y Recuperación, en base a habitación estándar, alimentación del Asegurado y atención general de enfermería durante la estadía en el Prestador señalado en las condiciones particulares de la póliza.
- b) Gastos por Servicios Hospitalarios: servicios prestados al Asegurado por el Prestador señalado en las condiciones particulares de la póliza, no incluidos en la definición anterior, tales como: atención de urgencia en que el paciente queda Hospitalizado; derechos de pabellón; Servicios Hospitalarios, medicamentos e insumos en Servicio de Urgencia; procedimientos e insumos y otros prescritos por el Médico Tratante.
- c) Gastos por Atención Médica: Atención del Médico Tratante, de Profesionales Médicos y Paramédicos del Prestador en el tratamiento del Accidente cubierto en esta póliza durante la Hospitalización del Asegurado.

Será condición para el otorgamiento de las coberturas indicadas en las letras A) y B) precedentes, que en los casos en que los asegurados ingresen a través del servicio de

urgencia traumatológica del Prestador Preferente o Exclusivo, la atención en dicha condición de urgencia como las prestaciones médicas que les fueran otorgadas sean previamente determinadas y validadas por el médico de urgencia asignado por el prestador médico respectivo.

En caso de que el Asegurado se hospitalice en el Prestador Preferente individualizado en las Condiciones Particulares, tendrá la atención del Médico Tratante designado por el Prestador, quién será el encargado de indicar, efectuar y controlar el tratamiento y su seguimiento.

Los porcentajes, topes y limitaciones de esta cobertura, letra (B), se encuentran detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En virtud de las coberturas indicadas en las letras (A) y (B) precedentes, la Compañía reembolsará al asegurado o pagará al prestador los gastos incurridos a consecuencia de un Evento en los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares mientras la póliza se encuentre vigente y hasta el monto máximo indicado en éstas y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares contados desde la fecha del Accidente Traumático y a consecuencia de las lesiones sufridas en él.

Se hace presente que la contratación de estas coberturas podrá realizarse eligiendo solo la cobertura de la letra A o bien las letras A y B conjuntamente.

C) LIMITACIONES DE LA COBERTURA:

En las Condiciones Particulares de la póliza, se podrán establecer las siguientes limitaciones de cobertura:

- a) Establecer que la cobertura será aplicable respecto de gastos médicos incurridos ante cualquier prestador de salud o ante uno o más, en convenio o no, cuyas condiciones de otorgamiento se señalen expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.
- b) Términos, porcentajes, límites y topes de reembolso diferenciando por el sistema de salud previsional al que el asegurado se encuentre afiliado, el plan contratado en este último o con un determinado prestador médico donde se origina el gasto y/o cualquier otro concepto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.
- c) Límites y condiciones respecto del tipo de Sistema de Salud Previsional que debe tener el asegurado al momento de contratar y el que debe mantener durante de la vigencia de la póliza y el Plan de Salud contratado en Sistema de Salud Previsional, lo cual será señalado expresamente en las Condiciones Particulares.
- d) En aquellos casos en que las prestaciones asociadas se produzcan estando el asegurado afiliado a un sistema de salud previsional, público o privado, distinto del cual estaba afiliado al momento de incorporarse al seguro o cuando el asegurado cambie, disminuya, restrinja la cobertura del Plan de Salud de la Institución Salud Previsional a la cual se encuentra afiliado, no se otorgará cobertura a las prestaciones reclamadas, salvo que en Condiciones Particulares de la póliza se establezca alguna alternativa de

reembolso, situaciones que deberán ser indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 3º. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD.-

Las condiciones de asegurabilidad relativas a la edad para contratar la presente Póliza, edad de ingreso y de permanencia de los Asegurados y las relacionadas con la Declaración Personal de Salud y de Actividades Riesgosas, cuando corresponda, se encuentran especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 4º. PRIMA DE LA COBERTURA.-

La prima de la cobertura correspondiente a cada Asegurado se determina en las Condiciones Particulares.

La Compañía podrá modificar la prima de la cobertura al momento de la renovación de esta Póliza de acuerdo con lo señalado en estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 5º. DEFINICIONES.-

Para los efectos de las coberturas de esta Póliza las siguientes expresiones tendrán el significado que se indica a continuación:

- a) Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado a satisfacción de la Compañía, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles o lesiones internas o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes.

No se consideran como Accidentes el suicidio o intento de suicidio, ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades o accidentes vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas que sufra el Asegurado o cualquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado, excepto las infecciones piogénicas que se originen como una complicación de una Lesión accidental.

- b) Alta Hospitalaria: Se considera como tal el momento en que el Médico registra en la ficha clínica el alta médica que se traduce en que los cuidados del paciente ya no requieren de Hospitalización o el momento en que el paciente egresa del Hospital o recinto médico, dependiendo de cuál acontecimiento ocurra primero.

- c) Arancel Prestador: Documento que contiene los aranceles vigentes del Prestador Preferente o Exclusivo, según corresponda, incluidos los Honorarios Médicos, cuya aplicación se encuentra detallada en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de que el valor de alguna prestación exceda de dichos aranceles, la Compañía sólo reembolsará de acuerdo con estos aranceles y cualquier diferencia será de costo del Asegurado. Este Arancel forma parte integrante de la Póliza, y se encuentra disponible en los Prestadores Preferentes o Exclusivos según corresponda.

- d) Asegurado: Es la persona a quien afecta el riesgo que se transfiere a la Compañía Aseguradora. Para obtener la cobertura de esta Póliza, el Asegurado debe ser una persona natural; cumplir con los requisitos de asegurabilidad, edad mínima y máxima de ingreso y edad máxima de permanencia establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, distinguiéndose entre:

Asegurado Titular: Es el Contratante de la Póliza, a menos que se indique lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Asegurado Dependiente: Se entenderá como Asegurado Dependiente aquél descrito en las Condiciones Particulares de la Póliza como tal.

Cuando en esta Póliza se utilice el término "Asegurado", sin indicar si se trata de Asegurado Titular o Dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al Asegurado Titular como al Asegurado Dependiente.

- e) Compañía Aseguradora o Compañía: Es la Compañía de seguros que toma de su cuenta el riesgo.
- f) Contratante: Es la persona natural que celebra el contrato con la Compañía Aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado, quien puede ser el mismo Contratante. El Contratante se individualiza como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- g) Cuadro de Cobertura: Es el detalle de todas las coberturas, servicios o prestaciones que otorga esta Póliza, indicados en las Condiciones Particulares y se entiende forman parte integrante de la misma.
- h) Deducible: Es el monto de los Gastos Reembolsables en que incurra el Asegurado a consecuencia de algún Evento cubierto por esta Póliza que será siempre de cargo de dicho Asegurado y cuyo monto se establece en las Condiciones Particulares de esta Póliza.
- i) Drogas y Medicamentos: Comprende todo producto farmacéutico allopata que cuente con Registro Sanitario en el Instituto de Salud Pública de Chile cuya finalidad sea tratar o mitigar directamente una Lesión. No se considera Medicamento aquellos indicados para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene ni aquel que sea calificado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural y/o alternativo.
- j) Evento: Se entenderá por evento todas las prestaciones hospitalarias y/o ambulatorias derivadas de lesiones de origen traumático ocasionadas en forma directa de un Accidente y sus consecuencias posteriores, asociadas directamente al diagnóstico principal cubierto y/o reembolsado por este seguro o pagado en forma directa al prestador preferente indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

- k) Gastos Efectivamente Incurridos: Es la diferencia entre los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de un Evento y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas al Asegurado o pagadas al Prestador, por instituciones o entidades que otorguen reintegros, aportes, bonificaciones o reembolsos Médicos y prestaciones económicas al Asegurado.
- l) Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar al gasto ambulatorio y/o gastos de hospitalización, en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. En este análisis se deberá considerar, además:
- Que sean las prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de la Lesión y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; La característica y nivel de los tratamientos otorgados; y La experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la Compañía utilizará los aranceles del Prestador Preferente u otros indicados en las Condiciones Particulares.
- m) Gastos Médicos de Hospitalización: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización, con internación de a lo menos una noche en un Hospital o recinto médico, efectuadas o prescritas por un Médico.
- n) Gastos Reembolsables: Corresponden al monto efectivo de los gastos asociados a un Evento que son susceptibles de ser reembolsados al Asegurado o pagados al Prestador de salud, en virtud de lo dispuesto en estas Condiciones Generales por constituir Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, en los términos, límites máximos y condiciones señalados en el Artículo Séptimo de estas Condiciones Generales y durante los plazos y otras condiciones indicadas en las Condiciones Particulares. Estos gastos pueden ser menores, pero nunca mayores que los Gastos Efectivamente Incurridos.
- ñ) Habitación Estándar: Aquella que determine el Prestador de acuerdo con la naturaleza de la afección y complejidad de las lesiones del Asegurado.
- o) Honorarios Médicos: Son los honorarios por servicios profesionales correspondientes a las prestaciones médicas y paramédicas prescritas por el Médico Tratante que se efectúen al Asegurado.
- p) Hospital o Recinto Médico: Es todo establecimiento público o privado autorizado como tal por el Ministerio de Salud o por la autoridad de salud extranjera correspondiente si la prestación se produjo fuera de Chile, que proporcione asistencia de enfermería las 24 horas del día, cuente con Servicio de Urgencia y con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos y Operaciones Quirúrgicas. Se excluyen toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, sanatorios particulares, casas para convalecientes o lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de Enfermedades mentales y adicciones tales como drogas, tabaco y/o alcohol.

- q) Hospitalización: Es la estadía del Asegurado en el Hospital o recinto médico en calidad de Paciente hospitalizado, derivada de un Accidente traumático, indicada por el Médico Tratante, la cual se inicia al momento de registrarse su ingreso en el establecimiento hospitalario y termina en el momento del Alta Hospitalaria. El concepto de Hospitalización no considera, en ninguna circunstancia, la asistencia domiciliaria.
- r) Lesión: Se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado directo de un Accidente de origen traumático que afecte al organismo del Asegurado, que presente o no síntomas asociados a esa Lesión y requiera Tratamiento Médico. Para efectos de esta Póliza todas las lesiones que existan simultáneamente debidas al mismo Accidente serán consideradas como parte del mismo.
- s) Médico: Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de Médico cirujano otorgado por una universidad reconocida por el Estado de Chile o validado legalmente de acuerdo con la legislación chilena o por la autoridad de salud extranjera respectiva si la prestación se produjo fuera de Chile.
- t) Monto Máximo de Gastos a Reembolsar: Corresponde al monto máximo a ser reembolsado al Asegurado o pagado al Prestador de salud en caso de verificarse un Evento cubierto descrito en el Artículo Segundo de estas Condiciones Generales, durante la vigencia de la Póliza, cuyos plazos, términos y condiciones se indican en las Condiciones Particulares.
- u) Operación Quirúrgica: Es la práctica de una o más intervenciones quirúrgicas realizadas al Asegurado por un Médico en un pabellón quirúrgico o en una sala de procedimiento especialmente acondicionada para tal efecto en un Hospital o recinto médico.
- v) Ortesis: Dispositivo o aparato externo que se utiliza para sostener, alinear o prevenir deformidades, o mejorar la función de partes móviles del cuerpo.
- w) Plazo de Gracia: Es el período durante el cual se mantienen vigentes las coberturas de la Póliza, aunque no se haya pagado la Prima correspondiente, que, para efectos de estas Condiciones Generales, será el plazo establecido en las Condiciones Particulares.
- x) Periodo Máximo de Reembolso: Corresponde al plazo máximo expresado en días, durante el cual la Compañía Aseguradora reembolsará al Asegurado o pagará al Prestador de salud los gastos médicos efectivamente incurridos correspondientes al diagnóstico que da origen a cada evento, en los términos, proporciones, límites y condiciones señalados en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.
- y) Póliza: El documento justificativo del seguro. Se encuentra compuesto fundamentalmente por la propuesta, la declaración personal de salud, declaración de actividades riesgosas, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, las declaraciones, informaciones, antecedentes y autorizaciones proporcionados por el Asegurado a solicitud de la Compañía Aseguradora. En ella se especifican las condiciones bajo las cuales rige la cobertura.

- z) Prestador: Es el Hospital o recinto médico que otorga prestaciones de salud al Asegurado.
- aa) Prestador Preferente: Es el recinto médico u hospitalario que se individualiza como preferente en las Condiciones Particulares de la Póliza en el cual el Asegurado recibe las prestaciones que originan los Gastos Reembolsables, en los términos, plazos y condiciones establecidos en la presente Póliza.
- bb) Prestador Exclusivo: Es el recinto medico u hospitalario que se individualiza como exclusivo en las Condiciones Particulares de la Póliza en el cual el Asegurado recibe las prestaciones que originan los Gastos Reembolsables, en los términos, plazos y condiciones establecidos en la presente Póliza.
- cc) Prima: Es la retribución o precio de la cobertura del contrato de seguro y consiste en una cantidad de dinero, la cual se indica en las Condiciones Particulares.
- dd) Propuesta de Seguros: La oferta escrita de contratar el seguro, formulada al Asegurador por el Contratante, el Asegurado o un tercero a su nombre.
- ee) Prótesis: Es un dispositivo diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo mejore su función.
- ff) Riesgo Vital por Lesiones de origen Traumático causadas directamente por un Accidente: Por riesgo vital se entenderá todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, ocasionado en forma directa por un Accidente que ocasione lesiones de origen traumático y que ponga en peligro la vida y es altamente probable la ocurrencia de muerte si la persona no es atendida inmediatamente en un centro asistencial cercano al lugar del suceso. Este evento debe ser diagnosticado por un médico y confirmado con evidencia clínica, radiológica, histológica y de laboratorio, que sea aceptable por la Compañía.

ARTÍCULO 6°. EXCLUSIONES.-

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos del Asegurado, susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador, cuando ellos correspondan, provengan o se originen por, o sean consecuencia, o correspondan a complicaciones y/o secuelas de:

- a) Las lesiones o padecimientos, su agravamiento y/o secuelas existentes al momento de la contratación del seguro o de forma anterior a ella.
- b) El diagnóstico y tratamiento de enfermedades, condiciones y/o patologías existentes en forma previa o concomitante al Accidente traumático, aun cuando estas se manifiesten o sean detectadas con ocasión del Accidente.
- c) Cirugía plástica (estética) y tratamientos médicos, dentales u otros con o sin fines estéticos como, por ejemplo, masoterapia, blanqueamiento dental, entre otros.
- d) Los implantes dentales, aparatos de prótesis, ortopedia, órtesis, lentes, audífonos y otros dispositivos audiovisuales, su reposición y reparación, y la atención de afecciones derivadas del uso de tales dispositivos, así como el valor de cualquiera de ellos.
- e) La intoxicación voluntaria por monóxido de carbono, otros gases y/o sustancias químicas.

- f) Los tratamientos y atenciones psiquiátricos, psicológicos, de terapia ocupacional y de medicina deportiva.
- g) Las intoxicaciones alimentarias.
- h) El tratamiento de artrosis, manguito rotador u otras lesiones de tipo degenerativo.
- i) El tratamiento de lesiones osteomusculares con terapia biológica (concentrado plaquetario, células madre, factor de crecimiento, etc.).
- j) Las quemaduras por exposición a los rayos solares (cutáneos u oculares) y/o por roce provocado por sobreuso (por ejemplo, sobreuso de calzado).
- k) Los panadizos, uñas encarnadas y sabañones.
- l) Los gastos de servicios no clínicos (por ejemplo, telecomunicaciones) en que incurra el paciente hospitalizado y gastos de acompañantes.
- m) Las atenciones domiciliarias.
- n) Las intoxicaciones, alergias o intolerancias producidas por medicamentos, parásitos (sarna, pediculosis), alimentos u otro agente o factor que las provoquen.
- o) La tentativa de suicidio o suicidio frustrado y las lesiones auto inferidas.
- p) Las lesiones producidas a consecuencia de crisis convulsiva, desmayo o síncope.
- q) Encontrarse el Asegurado bajo la influencia del alcohol, cuantificado por alcotest y/o examen de alcoholemia, y la ingestión y/o inyección accidental o premeditada con o sin autorización médica de fármacos, drogas, estupefacientes, somníferos o sustancias tóxicas. Dichas circunstancias serán calificadas por la autoridad competente.
- r) La ingesta, introducción o aspiración de cuerpos extraños, fármacos u otros de forma involuntaria en pacientes mayores de 10 años.
- s) Los riesgos quirúrgicos y hospitalarios a que se expone el Asegurado al someterse a intervenciones y/o atenciones que no guardan relación directa con el Accidente cubierto por el presente seguro.
- t) El tratamiento y/o profilaxis de enfermedades de transmisión por vía hemática a consecuencia de accidentes cortopunzantes. Asimismo, las lesiones o enfermedades ocurridas mientras tengan lugar a prácticas técnicas o profesionales.
- u) La atención y tratamiento de lesiones por sobrecarga o sobreuso tales como tendinitis, torticoli, lumbagos, hernias, abdomiólisis, fractura por stress y periostitis
- v) La atención de lesiones de origen traumático que sean consecuencia de:
 - i. Accidentes de vehículos en los que se constate que: (a) el Asegurado no posee licencia de conducir o posee una licencia de conducir no vigente o suspendida; o (b) la documentación del vehículo que estuvo en el accidente no cumple con las normas legales y reglamentarias aplicables, o se encontrara vencida o ausente.
 - ii. Participación de los Asegurado en actividades altamente riesgosas como por ejemplo automovilismo, motociclismo deportivo, motocross, bicicross, enduro, equitación, polo,

rodeo, rugby, descenso en bicicleta, vuelo en alas delta, paracaidismo, parapente, bungee, escalada en muro o roca, buceo, artes marciales, boxeo y maniobras acrobáticas en general, ya sea que alguna de las actividades antes señaladas se practique en competencias o no, incluyéndose todas aquellas otras actividades que impliquen un riesgo similar en su práctica a las que se han descrito en esta letra.

iii. Lesiones ocurridas a consecuencia de terremotos, inundaciones u otras catástrofes naturales.

iv. Haber participado en cualquier forma o haberse visto envuelto y/o haber sido víctima de acciones o actos delictivos, infracciones a las leyes, ordenanzas y reglamentos públicos relacionados con la seguridad o integridad física de las personas, actos o atentados terroristas, crímenes, simples delitos o faltas contra la propiedad o personas, acciones de guerra, revolución o insurrección, huelgas, paralizaciones, motines, como asimismo toda clase de riñas o desórdenes populares, y situaciones similares.

v. El uso de armas de fuego u otras de cualquier clase de denuncia obligatoria y/o implicancia médico legal.

vi. La negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado en un Accidente.

vii. Lesiones ocurridas a consecuencia y en ocasión del trabajo, amparadas por la Ley de Accidentes del

Trabajo N° 16.744 (Accidentes de trabajo, de trayecto y enfermedades profesionales), u otra actividad laboral remunerada que se realice de forma independiente.

viii. La continuación de tratamiento del Asegurado, es decir, aquellos casos en que recibe atención médica en otro Prestador en forma posterior a las 48 horas desde ocurrido el accidente traumático o sin presentar la documentación que acredite la atención médica calificada del centro asistencial consultado inicialmente, aun cuando solicite atención dentro del plazo de 48 horas.

w) Los servicios de rescate desde el lugar del Accidente.

x) Los gastos de traslado por terceros y por Accidentes ocurridos fuera del radio urbano de Santiago, los que en ningún caso serán de cargo ni responsabilidad de la Compañía.

Las atenciones cuyo diagnóstico no corresponde a y/o no se originan de un Evento, aun cuando la consulta en el Prestador se origine en referencia a un Accidente traumático.

z) El diagnóstico y tratamiento de lesiones cuyo origen sea una enfermedad, condición o patología concomitante o existente de forma previa a un Accidente, aun cuando se manifieste o sea detectada con ocasión de un Accidente.

aa) Prestaciones médicas para personas y/o Beneficiarios pertenecientes al sistema previsional de las Fuerzas Armadas o de Orden y Seguridad Pública, independiente de la edad que tengan, salvo que en las Condiciones particulares se estipule algo en contrario.

bb) Fractura de Huesos producida como consecuencia directa e inmediata de osteoporosis.

cc) Lesión a consecuencia de la práctica como deportista de competición o de alto rendimiento según la Ley N° 19.712.

dd) Cirugías y Tratamientos estéticos o maxilofaciales, corrección de malformaciones producidas por accidentes ocurridos previo al inicio de la vigencia de esta Póliza, exámenes, extracciones, empastes, implantes e implantaciones dentales.

ee) Viaje o vuelo en vehículo aéreo en un transporte no sujeto a itinerario, ni operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida. Eventos que sean consecuencia del viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase realizados en forma habitual o regular por el Asegurado, como pasajero, tripulante o piloto, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial reconocida por I.A.T.A., sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

ff) Infecciones bacterianas.

gg) Riesgos nucleares o atómicos.

hh) Gastos en medicamentos e insumos no incluidos en el arsenal fármaco terapéutico de los Prestadores Preferentes o Exclusivos.

ii) Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Cobertura detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como, asimismo, prestaciones no incluidas en el plan de salud de la Isapre.

jj) Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos y otros equipos Médicos.

Las exclusiones precedentes no tendrán aplicación cuando éstas se encuentren expresamente cubiertos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 7º. FORMA DE PAGO Y MONTO MÁXIMO DE GASTOS A REEMBOLSAR.-

La Compañía reembolsará al Asegurado o pagará al Prestador los Gastos Reembolsables, acostumbrados y Efectivamente Incurridos por Eventos ocurridos durante la vigencia del Asegurado en esta Póliza, en la medida que el monto de dichos gastos supere el Deducible establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, no superen el Monto Máximo de Gastos a Reembolsar establecido en las Condiciones Particulares, no provengan ni se originen por una causa excluida en el Artículo Sexto de estas Condiciones Generales y que las prestaciones médicas sean entregadas por el o los Prestadores indicados en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Para lo anterior, el Asegurado deberá previamente hacer efectivos los reembolsos que le correspondan en virtud de la Sistema Previsional de Salud y otras coberturas de salud a que tenga derecho, tales como seguros complementarios, Cajas de Previsión, Departamentos o Servicios de Bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N°18.490, Cajas de Compensación de Asignación Familiar u otros Seguros de Salud del Asegurado o contratados en forma individual por él.

La Compañía reembolsará al Asegurado o pagará directamente al Prestador los Gastos Reembolsables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado, que corresponda respecto del Evento, como complemento de lo que le cubra el Sistema Previsional de Salud, seguros complementarios y otras coberturas de salud a que tenga derecho el Asegurado.

Los reembolsos al Asegurado o pagos al Prestador serán efectuados por la Compañía Aseguradora hasta el Monto Máximo de Gastos a Reembolsar por Asegurado y de acuerdo a los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso por Prestador, por gasto o por Asegurado; límites y topes de montos en dinero por atención o prestación; límites y topes según sea el porcentaje de bonificación o reembolso entregado por el Sistema de Salud Previsional al que se encuentre afiliado o adherido el Asegurado y otras coberturas de salud a que tenga derecho; límites y topes por patologías y rangos etarios; límites y topes según el Arancel del Prestador determinado en las Condiciones Particulares, establecido para cada gasto incluido en las coberturas contratadas y/o para cada cobertura contratada, todo lo que se detalla en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En consecuencia, si la suma de los gastos efectivamente reembolsados al Asegurado o pagados al Prestador, por el o los Eventos cubiertos, alcanza el Monto Máximo de Gastos a Reembolsar del Evento, no habrá derecho de reembolso al Asegurado ni pago al Prestador, por las sumas que excedan dicho monto. A su vez, todo Evento que se origine con posterioridad al término del contrato de seguro por cualquier causal no será reembolsado por la Compañía ni pagado al Prestador.

Presentados los documentos que acrediten los gastos incurridos por el Asegurado y los reembolsos efectuados por las instituciones señaladas en los párrafos precedentes, la Compañía efectuará el análisis de los antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente, efectuará el pago de los Gastos Reembolsables que correspondan. El pago de estos últimos se efectuará en las oficinas principales de la Compañía, en el lugar y medio que ésta determine al Asegurado o directamente al Prestador, por los medios físicos o electrónicos que se acuerden.

ARTÍCULO 8º. APlicación DEL DEDUCIBLE.-

Las Condiciones Particulares de la Póliza podrán establecer Deducibles por Evento, por Asegurado, por la vigencia de la Póliza o según el porcentaje de cobertura del Sistema de Salud Previsional, seguros complementarios y otras coberturas de salud a que tenga derecho el Asegurado.

La aplicación del Deducible se sujetará al siguiente procedimiento: 1º) Determinación del monto de los Gastos Reembolsables cubiertos por esta Póliza habiendo aplicado los porcentajes de reembolso al Asegurado o de pago al Prestador que se indica en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza; y 2º) Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.

Asimismo, en las Condiciones Particulares se podrán establecer Deducibles diferenciados por tipo de Evento cubierto por esta Póliza, así como también la manera de ser aplicados.

ARTÍCULO 9º. VIGENCIA, RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA Y AJUSTE DE CONDICIONES.-

La vigencia de las coberturas contempladas en las presentes Condiciones Generales, así como la de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto, si las hubiere, se iniciará en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y podrá ser renovada por el lapso, condiciones y prima que convenga el Contratante y Asegurador.

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

ARTÍCULO 10°. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.-

El Asegurado deberá cumplir las obligaciones señaladas en este artículo y además las contenidas en el artículo 524 del Código de Comercio:

Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar el riesgo Asegurado y apreciar su extensión; Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo riesgo; Pagar la Prima en la forma y época pactadas; Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, lo cual se encuentra detallado en las Condiciones Particulares; Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Someterse a los tratamientos prescritos por el Médico Tratante en los plazos indicados para ello, así como también, entregar información médica verídica y completa al Médico Tratante.

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. Las obligaciones del Contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 11°. DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO.-

La veracidad de las declaraciones hechas por el Asegurado en la Propuesta constituye condición de validez de este contrato de seguro y es de su exclusiva responsabilidad declarar de manera íntegra su estado de salud y de sus asegurados adicionales, cuando corresponda. Cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta relativa a la fecha de nacimiento, estado de salud, ocupación, actividades y deportes riesgosos del Asegurado titular y dependientes, que puedan influir en la apreciación del riesgo o de cualquiera circunstancia que conocida por la Compañía pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, libera a la Compañía de la obligación de reembolsar los Gastos Reembolsables, acostumbrados y efectivamente incurridos derivados de un Evento y la facultad para poner término inmediato a la cobertura que otorga esta Póliza, de acuerdo al Artículo Décimo Quinto numeral 3 de estas Condiciones Generales, con deducción de los gastos originados por la emisión de la Póliza y la prima legítimamente ganada por la Compañía.

ARTÍCULO 12°. INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS DEPENDIENTES.-

Si durante la vigencia del seguro, el Asegurado Titular o el contratante deseare incorporar a nuevos Asegurados Dependientes, deberá solicitarlo a la Compañía. Para los efectos de incorporarse como Asegurados a la Póliza, deberán someterse a la evaluación de la Compañía quien podrá requerir para estos efectos documentos accesorios o complementarios, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y ser aceptados por la Compañía, en

cuyo caso la fecha de inicio de vigencia de la cobertura será aquella que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía cubrirá el riesgo a partir de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para el nuevo Asegurado Dependiente y notificará dicha circunstancia al Asegurado Titular o al contratante, según corresponda.

ARTÍCULO 13°. MONEDA.-

El Monto Máximo de Gastos a Reembolsar y el monto de la Prima se expresarán en Unidades de Fomento u otra unidad reajustable autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, que se establezca en las Condiciones Particulares.

El valor de la Unidad de Fomento o de la unidad reajustable señalada en las Condiciones Particulares, que se considerará para el pago de Prima y beneficios, será el señalado en las Condiciones Particulares.

Para los Gastos Reembolsables efectivamente incurridos en el extranjero, la Compañía reembolsará dichos gastos al valor de conversión de la moneda extranjera informada por el Banco Central, al día de la presentación de los antecedentes a la Compañía.

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 dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 14°. PAGO DE PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE PRIMA.-

La Prima es la retribución o precio del seguro y consiste en una cantidad de dinero.

Los montos de la Prima y los eventuales ajustes estarán indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

a) Pago de Prima:

La Prima de este seguro se pagará en los plazos y forma establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante o Asegurado Titular deberá pagar la Prima de acuerdo al monto, condiciones y en la forma de pago que se detallan en las Condiciones Particulares, sin perjuicio de otros mecanismos de pago o descuentos que la Compañía podrá poner a disposición del Contratante o Asegurado para facilitar el pago.

La Prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida por la Compañía.

La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la Prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Contratante o Asegurado, la Prima correspondiente se considerará no pagada, generándose el efecto que se indica en el párrafo siguiente.

b) Efecto del no pago de la Prima:

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días (15) contado desde la notificación que, conforme al a estas Condiciones Generales, dirija la Compañía Aseguradora al Asegurado y dará derecho al asegurador 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.

ARTÍCULO 15º. TERMINACIÓN DEL CONTRATO.-

1. La cobertura de esta Póliza y la de sus cláusulas adicionales, si las hubiere, terminará para todos los Asegurados en las siguientes circunstancias:

- a) Efecto del no pago de la Prima: Al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la Póliza, salvo que se renueve en los términos establecidos en la Artículo Noveno de estas Condiciones Generales.
- b) A las 24:00 horas del día de la renovación de la Póliza en que el Asegurado Titular tenga la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares.
- c) En caso de que la moneda o unidad estipulada dejare de existir y el Contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía Aseguradora, según lo establecido en el Artículo Décimo Tercero.
- d) Por efecto del no pago de la Prima, en los términos señalados en el Artículo Décimo Cuarto de estas Condiciones Generales.
- e) Por incurrir cualquiera de los Asegurados o Contratante en el delito de fraude al seguro, tipificado en el artículo 470 Nº 10 del Código Penal.
- f) Por cambio o desafiliación de un Sistema de Salud Previsional que el asegurado debía mantener durante la vigencia de la póliza.
- g) Por cambio de coberturas del plan de Salud contratado en una Institución de Salud Previsional que implique disminución de las coberturas del Plan Salud o no tener cobertura en el prestador preferente o exclusivo señalado en las condiciones particulares.

En los casos anteriores, cesará la responsabilidad de la Compañía y la cobertura del seguro para todos los Eventos y gastos señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin necesidad de declaración judicial alguna.

2. Asimismo, la cobertura de esta Póliza y la de sus cláusulas adicionales, si las hubiere, terminará anticipadamente respecto de un Asegurado, en caso de verificarse alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Por fallecimiento del Asegurado.
 - b) Cuando deje de cumplir los requisitos de asegurabilidad y/o cuando tenga la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza en cada renovación de ella.
3. La cobertura de esta Póliza y la de sus cláusulas adicionales, si las hubiere, terminará para todos los Asegurados cuando el Contratante o Asegurado hubiere incurrido en

errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo Décimo Primero de estas Condiciones Generales.

En cualquiera de los casos precedentes, terminada la vigencia de la Póliza, cesará la cobertura del seguro respecto del o los Asegurados afectados por la causal de terminación de que se trate. Por tanto, cesará la responsabilidad de la Compañía y la cobertura del seguro para todos los Eventos y gastos señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 16°. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y REQUISITOS PARA SU PAGO.-

En caso de que el Asegurado, a causa de un Evento, incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado o pagado directamente al Prestador en virtud de la presente Póliza, cualquier persona podrá presentarlo a la Compañía, de acuerdo con los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, descritos en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Cada Gasto Reembolsable deberá ser presentado a la Compañía dentro del plazo y forma establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Constituye requisito para reintegrar cualquier Gasto Reembolsable por parte de la Compañía:

- a) La entrega oportuna a la Compañía del formulario proporcionado por ella, con toda la información que en este se indique.
- b) La declaración del Asegurado respecto del Sistema Previsional de Salud y otras coberturas de salud a que tenga derecho, tales como Isapres, Cajas de Previsión, Departamentos o Servicios de Bienestar, Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N°18.490, Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud del Asegurado que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador.
- c) La entrega a la Compañía de los originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas Médicos u otros documentos extendidos a nombre del Asegurado que acrediten el gasto incurrido y su pago. Asimismo, el Asegurado deberá presentar a la Compañía los documentos que acrediten todo aporte, indemnización, reembolso o bonificación a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, por las instituciones señaladas en la letra b) anterior, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador.
- d) Que el Asegurado informe a la Compañía cualquier descuento aplicado o por aplicar con posterioridad a los reembolsos o bonificaciones efectuados por las instituciones o entidades referidas en la letra (b) anterior. Si el Asegurado no comunica dichos

descuentos a la Compañía, ésta queda liberada de la obligación de reembolsar los Gastos Reembolsables al Asegurado.

- e) Será obligación del Asegurado proporcionar a la Compañía todos los antecedentes Médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios para acreditar a satisfacción de ésta, que ha ocurrido un Evento cubierto por esta Póliza y determinar su monto. Con el mismo objeto, será obligación del Asegurado requerir de sus Médicos Tratantes, Prestadores y/o instituciones de salud incluido el Instituto de Salud Pública (ISP), todos los antecedentes que ellos posean respecto del Evento mencionado y que sean necesarios para la acreditación del Evento denunciado o autorizar a la Compañía Aseguradora o al liquidador de seguros, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el Evento denunciado y los gastos consecuentes.
- f) Queda expresamente establecido que el Asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que la Compañía Aseguradora estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

El incumplimiento de los requisitos antes mencionados y/o la presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta Póliza libera a la Compañía de la obligación de efectuar los reembolsos que habría correspondido bajo esta Póliza, salvo en caso de fuerza mayor. Esta última deberá ser probada por quien la alega.

ARTÍCULO 17º. IMPUESTOS.-

Los impuestos que en el futuro se establezcan sobre las Primas, intereses, Montos Máximos de Gastos a Reembolsar o sobre cualquier otra base y que afecten al presente contrato serán de cargo del Contratante o del Asegurado, salvo que por ley fuesen de cargo del Asegurador.

ARTÍCULO 18º. ARBITRAJE.-

Cualquier dificultad que se suscite entre el Contratante o el Asegurado y la Compañía, en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta Póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Condiciones Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquiera indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro mixto, 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 Contratante o el Asegurado podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero de las dificultades que se susciten con la Compañía cuando el monto de los gastos 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 Nº 251, de 1931.

ARTÍCULO 19º. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.-

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía al Contratante o Asegurado con motivo de esta Póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico u otro medio electrónico indicada en las Condiciones Particulares o al último registrado en la Compañía por el Contratante o Asegurado, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento, o estipulada en las Condiciones Particulares de esta Póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio del Asegurado o Contratante señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada se entenderán practicadas a contar del tercer día siguiente a su recepción en la oficina de Correos que corresponda, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO 20°. DERECHO DE RETRACTO.-

De conformidad al artículo 538 del Código de Comercio, si el presente contrato de seguro es de aquellos celebrados a distancia, el contratante o asegurado tendrá la facultad de retractarse dentro del plazo de 10 días, contado desde que reciba la póliza, sin expresión de causa ni cargo alguno, teniendo derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado.

Este derecho no podrá ser ejercido si se hubiere verificado un siniestro, ni en el caso de los contratos de seguros cuyos efectos terminen antes del plazo señalado en el párrafo precedente.

ARTÍCULO 21°. CLÁUSULAS ADICIONALES.-

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta Póliza y que extiendan o amplíen las coberturas establecidas en ella, se regirán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 22°. DOMICILIO ESPECIAL.-

Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro, las partes fijan como domicilio especial la ciudad de Santiago y prorrogan la competencia a los tribunales con jurisdicción sobre dicha ciudad, en términos tales que incluso la designación del árbitro que conocerá de eventuales disputas entre las partes deberá ser también designado por tribunales ordinarios con asiento en dicha ciudad.