

SEGURO REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS AMBULATORIOS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320250174

ARTICULO PRIMERO: 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 SEGUNDO: COBERTURA.

La Compañía reembolsará al Asegurado o pagará directamente al Prestador de Salud los Gastos Reembolsables efectivamente incurridos derivados de un gasto cubierto por esta Póliza, una vez otorgada y pagada la cobertura del Sistema de Salud Previsional, seguros complementarios y otras coberturas de salud a que tenga derecho el Asegurado. Los límites, topes por cobertura, condiciones y tipo de Sistema de Salud Previsional que debe tener el asegurado al momento de contratar se encuentran establecidos en la presente Póliza y/o en las Condiciones Particulares.

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:

Consultas Médicas: Estas consultas médicas deben realizarse en el prestador preferente indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos incurridos, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, las cuales se indican expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza bajo esta cobertura.

Las partes acuerdan que esta cobertura solo aplica para el prestador preferente singularizado en las Condiciones Particulares.

Exámenes de Diagnóstico: Estos exámenes de diagnóstico deben realizarse en el prestador preferente indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos incurridos, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, las cuales se indican expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza bajo esta cobertura.

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

ARTICULO TERCERO: 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, calidad de contratante y asegurados de la póliza, la afiliación al Sistema Previsional de Salud y las relacionadas con la Declaración Personal de Salud y de Actividades Riesgosas, se encuentran especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTICULO CUARTO: PRECIO DE LA COBERTURA.

El precio de la cobertura correspondiente a cada Asegurado se determinará en base a la edad alcanzada en cada renovación de la Póliza y, por su naturaleza, se detalla en las Condiciones Particulares. El precio de la cobertura, por tanto, será ajustado automáticamente, cuando corresponda, en cada renovación de la vigencia de la Póliza.

La Compañía podrá modificar el precio de la cobertura al momento de la renovación de esta Póliza de acuerdo con lo señalado en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO QUINTO EXCLUSIONES.

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos del Asegurado, susceptibles de serle reembolsados o pagados al Prestador, de acuerdo a lo siguiente:

- 1.- Consultas médicas: Esta cobertura no será aplicable a las siguientes consultas:
 - Consultas médicas ambulatorias: Consulta de Urgencia, Psiquiatría, Teleurgencia, Teleconsulta y Consultas domiciliarias, Consultas de cirugía Plástica.
 - Consultas de profesionales no médicos: Por ejemplo y sin que estos ejemplos sean taxativos, las siguientes: Psicología, Psicopedagogía, Kinesiología, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiología, Consejería Genética, Nutricionista, Odontología, Enfermería y Matrona.

2.- Exámenes de Diagnóstico: Esta cobertura no será aplicable a los siguientes procedimientos Médicos: Anestesia, sedación, endoscopías, obtención de tejido para biopsia, radiología intervencional y otros que involucren un acceso instrumental a vías o conductos naturales del organismo.

3.- Consultas médicas y exámenes de diagnóstico realizados fuera del prestador preferente indicado en las Condiciones Particulares, aunque el motivo de la atención fuera del prestador preferente sea su no disponibilidad para la realización de la misma

4.- Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

ARTICULO SEXTO: FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS A REEMBOLSAR.

7.1 Procedimiento.

La Compañía reembolsará al Asegurado o pagará al Prestador los Gastos Reembolsables en que haya incurrido por gastos cubiertos ocurridos durante la vigencia del Asegurado en esta Póliza, en la medida que el monto de dichos 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 Quinto 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 efectivamente incurridos por el Asegurado, que corresponda respecto la cobertura que entrega esta póliza, como complemento de lo que le cubra el Sistema de Salud Previsional, seguros complementarios y otras coberturas de salud a que tenga derecho el Asegurado.

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 que ésta determine al Asegurado o directamente al Prestador, por los medios físicos o electrónicos que se acuerden.

Con todo, la Compañía Aseguradora no reembolsará al Asegurado ni pagará al Prestador de Salud más allá del Gasto Reembolsable efectivamente incurrido por el Asegurado, así como

tampoco más allá del Monto Máximo de Gastos a Reembolsar indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares.

ARTICULO SEPTIMO: APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE.

Las Condiciones Particulares de la Póliza podrán establecer Deducibles por Evento, por Asegurado, por la edad de éste, por Enfermedad, 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 Compañía Aseguradora podrá establecer montos diferenciados de Deducible para ciertas Enfermedades y podrá establecer Deducibles diferenciados y situaciones exentas de pago de Deducibles asociadas al pago de Primas adicionales, circunstancias que serán especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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.

ARTICULO OCTAVO: VIGENCIA, RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA Y AJUSTES DE CONDICIONES.

La duración de esta Póliza será la establecida en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de vigencia inicial señalada en las mismas. Sin embargo, si el Contratante o Asegurado Titular no manifestare su opinión en contrario, la Póliza se renovará automáticamente por períodos iguales y sucesivos. En cada renovación, la Compañía podrá establecer nuevas condiciones, previa comunicación por escrito al Contratante o Asegurado Titular con una anticipación de a lo menos treinta (30) días a la fecha de renovación.

Con todo, en las Condiciones Particulares de la Póliza se podrán establecer cuadros de modificación de Primas de acuerdo con los tramos de edad de los Asegurados de la Póliza, en cuyo caso, la Compañía no estará obligada a enviar la comunicación señalada en el párrafo anterior, dado que la aceptación de las Condiciones Particulares importa una aceptación expresa de la modificación de Primas, que irán ocurriendo en un período de tiempo conocido por el Asegurado.

Si la Prima de renovación no es aceptada en la oportunidad correspondiente se entenderá no renovada la Póliza, terminando la responsabilidad de la Compañía en la fecha de expiración de la cobertura, debiendo restituir al Contratante o Asegurado Titular cualquier suma recibida que no corresponda a Prima por la cobertura ya otorgada.

En caso de haber comunicado un cambio en la prima, diferentes a las de tramo de edad antes mencionada, o cualquier otra modificación en las condiciones de renovación, sólo se entenderá renovada esta Póliza por un nuevo período, si éstas son aceptadas expresamente por el Contratante o el Asegurado Titular.

En caso que el Contratante o Asegurado Titular manifestare a la Compañía su decisión de no renovar o terminar anticipadamente la Póliza, la Prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido de la vigencia. Producida la terminación de la Póliza, cesará de pleno

derecho la responsabilidad de la Compañía por coberturas y gastos, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Sin perjuicio de lo descrito precedentemente en este artículo, la Compañía se reserva el derecho de no renovar esta Póliza, previa comunicación por escrito al Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el Artículo Décimo Octavo de estas Condiciones Generales, enviada con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días a la fecha de renovación.

En caso de que la Póliza no sea renovada por la Compañía y a esa fecha el Asegurado mantiene un gasto en curso amparado bajo la cobertura de esta Póliza, la Compañía seguirá cubriendo dicho gasto

ARTICULO NOVENO: 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:

- (1) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar el riesgo Asegurado y apreciar su extensión;
- (2) Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo riesgo;
- (3) Pagar la Prima en la forma y época pactadas;
- (4) 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;
- (5) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.
- (6) 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.
- (7) Comunicar por escrito a la Compañía Aseguradora el retiro o cambio de su plan de salud o Sistema de Salud Previsional, en un plazo máximo de 30 días de ocurrido.

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.

ARTICULO DECIMO: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO.

La veracidad de las declaraciones hechas por el Asegurado en la Propuesta y en la Declaración Personal de Salud y de Actividades Riesgosas, si correspondiera, 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 reintegrar los Gastos Reembolsables y la faculta para poner

término inmediato a la cobertura que otorga esta Póliza, de acuerdo al Artículo Décimo Cuarto numeral 3 de estas Condiciones Generales, con deducción de los gastos originados por la emisión de la Póliza.

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO: DESIGNACION Y CAMBIO DE ASEGURADOS.

Si durante la vigencia del seguro, el Asegurado Titular deseara 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 y calificación de su estado de salud presentando para estos efectos una Declaración de Salud, Declaración de Actividades Riesgosas si correspondiera, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes Médicos, de laboratorio, imágenes u otros y someterse a reconocimiento Médico, 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 para el o los nuevos Asegurados Dependientes se iniciará el día primero del mes siguiente o subsiguiente de la fecha de aceptación por parte de la Compañía u otra 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 y contratante, según corresponda.

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO: MONEDA Y CONVERTIBILIDAD.

El Monto Máximo de Gastos a Reembolsar y el monto de la Prima se expresarán en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable 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 reajutable señalada en las Condiciones Particulares, que se considerará para el pago de Prima y beneficios, será el señalado en las Condiciones Particulares.

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 DÉCIMO TERCERO: 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, en las oficinas de la Compañía o en los lugares que ésta designe, todo ello, sin perjuicio de otros mecanismos de pago o descuentos que la Compañía podrá poner a disposición del Contratante 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 por parte del Contratante o del Asegurado producirá la caducidad de este contrato en el Plazo de Gracia definido en las Condiciones Particulares, contado desde la notificación que, conforme al Artículo Décimo Noveno de estas Condiciones Generales, dirija la Compañía al Asegurado y dará derecho a la Compañía para exigir que se le pague la Prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación de la Póliza, cesará de pleno derecho la responsabilidad de la Compañía por todos los gastos, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO: 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) 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 Octavo 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) Por fallecimiento del Contratante o asegurado titular.
- (d) 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 Segundo.

- (e) Por efecto del no pago de la Prima, en los términos señalados en el Artículo Décimo Tercero de estas Condiciones Generales.
- (f) Por incurrir cualquiera de los Asegurados o Contratante en el delito de fraude al seguro, tipificado en el artículo 470 N° 10 del Código Penal.

En los casos anteriores, cesará la responsabilidad de la Compañía y la cobertura del seguro para todos los 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.

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 gastos señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin necesidad de declaración judicial alguna.

3.- La cobertura de esta Póliza y la de sus cláusulas adicionales, si las hubiere, terminará para todos los Asegurados:

- (a) Cuando el Contratante o Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo Décimo de estas Condiciones Generales, si correspondiere.

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

ARTICULO DECIMO QUINTO: PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y REQUISITOS PARA SU PAGO.

En caso que el Asegurado, a causa de un gasto cubierto por esta póliza incurra en un gasto susceptible de serle 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.

De acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares de esta Póliza, cada Gasto Reembolsable deberá ser presentado a la Compañía dentro de un plazo máximo de sesenta (60) días corridos contado desde la fecha de emisión del documento que acredite dicho gasto.

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.

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 gasto 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 gasto mencionado y que sean necesarios para la acreditación del gasto denunciado o autorizar a la Compañía Aseguradora o al liquidador de seguros, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el gasto denunciado y los gastos consecuentes.

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, implicará para el Asegurado la pérdida de los derechos conferidos por ésta, liberando a la Compañía de la obligación de efectuar los reembolsos que habría correspondido bajo esta Póliza, salvo en caso de fuerza mayor. Esta última deberá ser probada por quien la alega.

ARTÍCULO DÉCIMO SEXTO: 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 DÉCIMO SEPTIMO: 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 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 N° 251, de 1931.

ARTÍCULO DÉCIMO OCTAVO: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES.

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía al Asegurado o Contratante con motivo de esta Póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico u otro medio electrónico indicada en las Condiciones Particulares, 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 DECIMO NOVENO: 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 para ante 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 comuna.