

SEGURO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320230490

ARTÍCULO 1º: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado o el Beneficiario.

La presente Póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el Asegurado a solicitud de la Compañía, y en base a la información que ha entregado la Compañía 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 tanto para el Asegurado como para la Compañía. Si el Contratante 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 2º: COBERTURA

La compañía aseguradora pagará al Asegurado en caso de hospitalización en un establecimiento hospitalario en Chile a causa de accidente o enfermedad, el monto diario que se indica en las Condiciones Particulares. El Asegurado tendrá derecho a la cobertura de este seguro sólo una vez transcurridos el número de días/horas mínimas señalados en las Condiciones Particulares de esta póliza, contados desde el inicio de la hospitalización por accidente o enfermedad. El pago del monto diario se extenderá por el número de eventos y días transcurrido desde el término del número de días/horas mínimas hasta el final del número de días con cobertura indicados en las Condiciones Particulares. Con todo se deja expresamente establecido que el período de pago total de la renta diaria nunca podrá ser mayor a 180 días menos el número de días mínimos señalado en las Condiciones Particulares. La Compañía Aseguradora se obliga a indemnizar solo hasta por el plazo máximo de hospitalización y por el número máximo de eventos y topes por evento que se indique en las condiciones particulares.

Queda expresamente establecido que el Accidente o Enfermedad, según sea el caso, que dé lugar a alguna de las coberturas de la presente póliza, necesariamente debe haber ocurrido durante la vigencia de ésta y de la vigencia individual del Asegurado.

Para los efectos de esta póliza cada Accidente o enfermedad amparado por la presente póliza que requiera hospitalización se considerara un evento.

ARTÍCULO 3º: DEFINICIONES

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) Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido.

c) Número de días mínimos: es el número de días señalado en las Condiciones particulares de la Póliza, que deberá permanecer hospitalizado el asegurado antes de empezar a devengar el monto diario por hospitalización a que da lugar esta póliza.

d) Médico: Sólo quienes poseen el título respectivo y estén habilitados legalmente para el ejercicio de esta profesión, en los términos establecidos en el artículo 112 del Código Sanitario.

e) Establecimiento Hospitalario: Es todo establecimiento público o privado autorizado como tal por el Ministerio de Salud 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.

f) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes: Es cualquier Enfermedad, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o situaciones de salud en general que afecten al Asegurado diagnosticada, en estudio o conocida por el Asegurado, con anterioridad a la fecha de contratación de la presente cobertura

ARTÍCULO 4º: EXCLUSIONES

No habrá cobertura cuando la hospitalización se haya originado o sea consecuencia de:

a) Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra, así como tampoco ningún ejercicio o práctica de guerra.

b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

c) Comisión de actos que puedan ser calificados como delito, ya sea como autor o cómplice, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.

d) Suicidio, intento de suicidio, o heridas auto infringidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente. Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por si mismo o por terceros con su consentimiento.

e) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.

f) Intoxicación o encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

g) Riesgos nucleares o atómicos.

h) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Richter determinado por el servicio Sismológico del Departamento de Geofísica de la Universidad de Chile, o del servicio que en el futuro lo reemplace.

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

j) Conducción de cualquier vehículo por parte del Asegurado, encontrándose este bajo la influencia del alcohol o estado de ebriedad o bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

k) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.

l) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, parto, aborto o la pérdida que resulte del mismo.

m) Exámenes médicos de rutina, tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente o necesario para el diagnóstico de una enfermedad.

n) Tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos o cirugías que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por accidentes o enfermedades anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza. No tendrá cobertura la hospitalización a causa de cirugía plástica, estética, cosmética o reparadora y tratamientos secundarios a dichas cirugías.

o) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

p) Una infección oportunística, o un neoplasma maligno, si al momento de la enfermedad el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:

i. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H.

ii. Infección Oportunística, lo que incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por *Pneumocystis Carinii*, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.

iii. Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

q) Hospitalizaciones para prestaciones dentales, exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento o cirugía dental en general, como también todo tipo de cirugía maxilofacial.

r) Lesión o Enfermedad a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

s) Lesión o enfermedad a consecuencia de la realización, participación o práctica de una actividad riesgosa, considerándose como tales aquellas que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo y/o

se requiera de medidas de protección y/o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin ser restrictivos en su enumeración, se considera riesgoso: Actividades sobre 3000 MSNM, Acrobacia, Caza, Seguridad Privada, Faenadores de Animales, Faenas de Minería, Faenas Forestal, Faenas Pesqueras, Manejo de Explosivo, Inmersión submarina, Trabajos en Altura o Líneas de Alta Tensión, Piloto Civil, Bombero, Buceo, Rally, Jeep Fun Race, Deportes Ecuestres, Deportes Acuáticos a motor, BMX y Ciclismo de Montaña, Deportes de Nieve fuera de pista habilitada, Paracaidismo, Parapente, Alas Delta, Motociclismo y Automovilismo deportivo, Benji, Alpinismo y Andinismo, y en general las actividades antes indicadas u otras riesgosas, que requieran el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica.

t) Lesión o Enfermedad a consecuencia de la práctica como deportista de competición o de alto rendimiento según la Ley N° 19.712, cuando no haya sido informada a la Compañía y aceptado explícitamente por ésta, al momento de contratar esta Póliza o durante su vigencia.

u) Lesión o Enfermedad causada por prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo incluyendo las funciones de policía civil y gendarmería.

v) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes.

w) Epidemias o pandemias oficialmente declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

ARTÍCULO 5°: APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE. Las Condiciones Particulares de la Póliza podrán establecer Deducibles por Evento, por Asegurado, por la vigencia de la Póliza o por días/horas de hospitalización. 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 6°: 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.

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 7°: DECLARACIONES DEL ASEGURADO Y CONTRATANTE

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 indemnizar y la faculta para poner término inmediato a la cobertura que otorga esta Póliza, de acuerdo al Artículo 12° numeral 3 de estas Condiciones Generales, con deducción de los gastos originados por la emisión de la Póliza.

ARTÍCULO 8°: 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 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 para el o los nuevos Asegurados Dependientes se iniciará el día primero del mes 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.

ARTÍCULO 9°: PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

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 13° 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 Eventos, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 10º: DENUNCIA DE SINIESTROS

Producida la hospitalización a causa de accidente o enfermedad, deberá informarse dicha circunstancia a la Compañía Aseguradora dentro del plazo establecido para estos efectos en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la hospitalización, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el Asegurado deberá presentar un certificado de hospitalización que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario.

Con todo, la Compañía Aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, tales como, informes, declaraciones, certificados o documentos, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias.

Queda expresamente establecido que el asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que el asegurador 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 el pago que le habría correspondido bajo esta Póliza, salvo en caso de fuerza mayor. Esta última deberá ser probada por quien la alega.

ARTÍCULO 11º: VIGENCIA DE LA POLIZA

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.

En caso de haber comunicado un cambio en la prima 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 los por todos Eventos, 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 13º 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 Evento en curso amparado bajo la cobertura de esta Póliza, la Compañía seguirá cubriendo dicho Evento.

ARTÍCULO 12º: TERMINACIÓN

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 11° 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 18°
- (e) Por efecto del no pago de la Prima, en los términos señalados en el Artículo 9° 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 Eventos 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 Eventos 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 7° de estas Condiciones Generales.

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

ARTÍCULO 13°: COMUNICACIÓN 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 14º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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 N° 251, de 1931.

ARTÍCULO 15º: CLAUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio 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 16: 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.

ARTÍCULO 17: 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 18: MONEDA Y CONVERTIBILIDAD.

El capital asegurado 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.