

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA FAMILIAR PARA EL PERSONAL EN

SERVICIO ACTIVO DE LA ARMADA DE CHILE

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL220220226

ARTÍCULO 1: 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.

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES.

Para todos los efectos del presente contrato de seguro, se entenderá por:

- a) Asegurador: La entidad aseguradora que se obliga a tomar de su cuenta el riesgo de fallecimiento del Asegurado que se incorpore a la presente póliza de seguro colectivo de vida familiar, así como los demás riesgos especificados en la misma.
- b) Contratante, Contrayente o Tomador: La entidad que celebra el Contrato de Seguro Colectivo con el Asegurador, por el grupo determinable de personas vinculadas con o por el Tomador, en los términos establecidos por el Artículo 517 del Código de Comercio. Sólo podrá asumir la calidad de contratante de este seguro la Armada de Chile.
- c) Asegurado: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Se consideran asegurados de esta póliza a las personas naturales que, habiendo solicitado su incorporación a la póliza en la forma especificada en el Artículo 5 siguiente, hayan sido aceptados por el Asegurador. Para los efectos de esta póliza se distinguen las siguientes categorías de asegurados:
 - c.1) Asegurado Titular: Aquel que teniendo la calidad de miembro en servicio activo de la Armada de Chile, o bien de conscripto, grumete alumno, o cadete alumno de la Escuela Naval Arturo Prat de la Armada de Chile, se ha incorporado a la póliza en la forma especificada en el Artículo 5 siguiente. El Asegurado que se ha incorporado a esta póliza en la forma señalada, también se denominará indistintamente como "Asegurado Titular" o "Adherente";.
 - c.2) Cónyuge: Es la persona que teniendo el estado civil de cónyuge del Adherente, y a petición de éste, ha sido incorporado a la póliza, a través del respectivo Documento de Incorporación y previa aceptación del riesgo por parte del Asegurador. La cobertura del riesgo de fallecimiento del Cónyuge requiere de su consentimiento, en los términos exigidos por el Artículo 589 del Código de Comercio
- d) Adherente: corresponde al Asegurado Titular, que se ha incorporado a la póliza colectiva, según la definición de la letra c.1) precedente.
- e) Beneficiario: Es la persona titular del derecho a obtener el pago del Capital Asegurado que corresponda, en caso de siniestro.
- f) Hijo del Adherente: Se entenderá como tal a los hijos del Adherente, hasta el día en que cumplan los 21

años de edad.

g) Carga Familiar: Es aquella persona que, sin ser el Cónyuge o Hijo menor de 21 años, tiene la calidad de Carga del Adherente causante de asignación familiar, debidamente reconocida por la Armada de Chile o la Caja de Previsión de la Defensa Nacional.

h) Capital Base Asegurado: Es el capital indicado en el Certificado de Cobertura, que el Asegurador debe pagar, en caso de fallecimiento del Adherente, a los beneficiarios. Su monto se expresa en Unidades de Fomento.

i) Gasto Efectivo: Corresponde al gasto en que real y definitivamente ha incurrido el Adherente, y que para tal efecto cuenta con el respaldo de un documento propio de la operación, con deducción de todos los reembolsos que pueda haber obtenido por la incursión en dicho gasto.

j) Documento de Incorporación: Es un documento otorgado por el Adherente y presentado al Asegurador por el Contratante, a través del cual se materializa la incorporación del primero a la póliza. El documento se extenderá en un formulario confeccionado por el Asegurador en tres ejemplares: uno para el Asegurador, uno para el Contratante y un tercero para el Asegurado. Alternativamente, el documento de incorporación podrá extenderse en forma electrónica, según lo dispongan el Asegurador y el Contratante.

k) Certificado de Cobertura: Es el documento que da cuenta del seguro emitido con sujeción a los términos de la presente póliza.

l) Cobertura: Cada uno de los riesgos que el Asegurador toma de su cuenta en virtud de las incorporaciones que se efectúen al presente contrato de seguro colectivo de vida.

m) Póliza: Es el documento justificativo del seguro. La presente póliza corresponde a un seguro colectivo, es decir, a un seguro en que, mediante una sola póliza se cubre contra los mismos riesgos, a un grupo determinado o determinable de personas.

n) Prima: Consiste en la retribución o precio del seguro, y en tal sentido, es la suma de dinero que el Adherente debe pagar al Asegurador como contraprestación al riesgo que éste toma de su cuenta, expresado en las coberturas amparadas por la póliza y el respectivo certificado de cobertura. Su monto, periodicidad y forma de pago, se detalla en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado de Cobertura.

o) Edad Actuarial: Es la edad correspondiente al cumpleaños más próximo, ya sea pasado o futuro, que el Asegurado tenga en una determinada fecha.

p) Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario y repentino, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Adherente. Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar de una acción del Asegurado Titular al tratar de salvar vidas humanas.

q) Inutilidad o Invalidez Permanente por causa de accidente: La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el Asegurado Titular, por causa de un accidente, que le impida en forma definitiva, total e irreversible valerse por sí mismo, o lo deje en inferioridad fisiológica para ganarse el sustento en ocupaciones privadas, calificada como inutilidad de segunda o tercera clase, en los términos señalados en el artículo 67, letras b) y c), de la ley orgánica constitucional de las Fuerzas Armadas. Siempre se considerará como inutilidad o invalidez permanente la pérdida total de la visión de ambos ojos, la pérdida de ambos brazos, de ambas manos, de ambas piernas, de ambos pies, o de una mano y un pie.

r) Desmembramiento: se entiende por desmembramiento referido a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica.

s) Servicios Funerarios: Serán considerados como servicios funerarios los siguientes conceptos:

1. Servicio de una empresa funeraria, consistente en el ataúd y vehículo para el traslado de los restos.
2. Compra, arriendo o concesión de sepultura, nicho, mausoleo o tumba.
3. Incineración de restos.

ARTÍCULO 3: COBERTURAS Y MATERIA ASEGURADA.

A) Cobertura de fallecimiento del Asegurado Titular y/o del Cónyuge.

Para el caso de fallecimiento del Adherente y/o de su Cónyuge, siempre que éste último haya sido incorporado a la presente póliza en la forma señalada en el Artículo 5 siguiente, el Asegurador se obliga a pagar el capital base asegurado que para cada caso se especifica:

- i) Al fallecimiento del Adherente, el Asegurador pagará el equivalente al 100% del capital base asegurado.
- ii) Al fallecimiento del Cónyuge del Adherente, el Asegurador pagará a este último el equivalente al 50% del capital base asegurado. Será requisito esencial para el otorgamiento de esta cobertura que el Cónyuge del Adherente tenga dicha calidad al momento de producirse su fallecimiento.

B) Cobertura de fallecimiento accidental del Asegurado Titular.

El Asegurador pagará una indemnización adicional, equivalente al 100% del capital base asegurado, en caso de muerte accidental del Asegurado Titular, siempre que ésta se produzca antes de los 90 días siguientes a la ocurrencia del accidente y que proceda el pago de la cobertura básica establecida en la letra A) precedente.

C) Cobertura por Desmembramiento o Pérdida Total de un miembro u órgano del Asegurado Titular a causa de un accidente.

El Asegurador pagará los porcentajes que se indican a continuación, en caso de Desmembramiento o Pérdida Total de un miembro u órgano del Asegurado Titular a causa de un accidente.

El monto de las coberturas se determinará aplicando los siguientes porcentajes sobre el capital base asegurado del Adherente:

- 100% por la pérdida total de la visión de ambos ojos;
- 55% por el desmembramiento de un brazo o de una pierna;
- 50% por el desmembramiento de una mano;
- 40% por el desmembramiento de un pie; y
- 35% por la pérdida total de la visión de un ojo.

Se deja constancia de que no es necesario que ocurra el desmembramiento de los ojos para que haya lugar a las coberturas por pérdida de la visión indicadas precedentemente.

Si a raíz del accidente se produce más de una de las lesiones indicadas anteriormente, se sumarán los respectivos porcentajes, no pudiendo indemnizarse más del 100% del capital base asegurado por concepto

de la cobertura de Desmembramiento o Pérdida Total de un miembro u órgano.

El Adherente podrá percibir la cobertura por desmembramiento o pérdida total de un miembro u órgano a causa de un accidente por una sola vez, cualquiera sea el monto de la indemnización que haya debido pagarse en virtud de él, y en consecuencia, no se dará derecho al Adherente, sus herederos o beneficiarios, para reclamar y exigir indemnización alguna por accidentes que le afecten con posterioridad.

Si el Adherente falleciere como consecuencia de un accidente amparado por esta cobertura, las sumas que hayan sido pagadas en virtud de ella serán descontadas de la que corresponda pagar por la cobertura de fallecimiento accidental del Asegurado Titular.

D) Cobertura de Inutilidad o Invalidez Permanente del Asegurado Titular a causa de un accidente.

El Asegurador pagará el 100% del capital base asegurado al Adherente que resulte afectado por una Inutilidad o Invalidez Permanente a causa de un accidente, que le impida en forma definitiva, total e irreversible valerse por sí mismo, o lo deje en inferioridad fisiológica para ganarse el sustento en ocupaciones privadas, calificada como inutilidad de segunda o tercera clase, en los términos dispuestos en el artículo 67, letras b) y c) de la ley orgánica constitucional de las Fuerzas Armadas.

Sin perjuicio de lo anterior, siempre se considerará como inutilidad o invalidez permanente la pérdida total de la visión de ambos ojos, la pérdida de ambos brazos, de ambas manos, de ambas piernas, de ambos pies, o de una mano y un pie.

Si el Adherente falleciere como consecuencia de un accidente que le hizo acreedor de la presente cobertura, las sumas que hayan sido pagadas en virtud de ella, serán descontadas de la que corresponda pagar por concepto de la cobertura por fallecimiento accidental, a que se refiere la letra B) precedente.

En el evento de que el Adherente sufra una inutilidad o invalidez permanente a causa de un accidente amparado por esta cobertura, y el mismo hecho hubiere causado además, un desmembramiento que esté debidamente cubierto en los términos señalados en la letra C) precedente, la suma que haya sido pagada a causa del desmembramiento, será descontada de aquella que corresponda pagar por concepto de inutilidad o invalidez permanente.

El Adherente podrá verse beneficiado con la cobertura de Inutilidad o Invalidez Permanente por una sola vez, y en consecuencia, el pago de la indemnización por parte del Asegurador extinguirá toda obligación relacionada con esta cobertura, no teniendo derecho el Asegurado Titular, sus herederos o beneficiarios, para reclamar y exigir indemnización alguna por accidentes que afectaren al Adherente con posterioridad.

E) Cobertura de Reembolso de Gastos por Servicios Funerarios en caso de fallecimiento de un Hijo menor de 21 años o de una Carga Familiar reconocida por el Contratante.

El Asegurador reembolsará al Adherente, el Gasto Efectivo incurrido por concepto de Servicios Funerarios, luego del fallecimiento del Hijo menor de 21 años o de una Carga Familiar, hasta por el monto máximo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES.

A) Exclusiones que afectan a las coberturas de la letra A del Artículo 3 anterior.

El Asegurador no otorgará las coberturas a que se refiere la letra A del Artículo 3 precedente si el siniestro que afecte al Adherente, o a su Cónyuge, según corresponda, fuere causado por:

a) Suicidio, auto-mutilación o auto-lesión, sin perjuicio de lo dispuesto en el Artículo 598 del Código de

Comercio.

- b) Accidente de Navegación aérea, cuando no viajen en calidad de pasajeros. Esta exclusión no regirá en caso de fallecimiento del Adherente que sea piloto o miembro de tripulación de naves aéreas de propiedad u operadas por las Fuerzas Armadas y Carabineros de Chile.
- c) Participación de dichas personas en riñas o peleas, salvo que se acredite fehacientemente que se ha obrado en legítima defensa.
- d) La aplicación de la ley marcial o estado de sitio, o por efecto de cualquiera de los eventos que determinen la proclamación o mantención de la ley marcial o estado de sitio.
- e) Pena de muerte, o por participación de dichas personas en cualquier acto delictivo, salvo que se acredite fehacientemente que se ha obrado en legítima defensa.
- f) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario, o por quien pudiera reclamar el capital asegurado o la indemnización. Esta exclusión sólo se aplicará respecto de quienes hayan participado, como autores o cómplices, en la comisión del delito.
- g) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- h) Participación activa de dichas personas en acto terrorista. Se entenderá por acto terrorista, toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma;
- i) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- j) La práctica de un deporte o de alguna actividad objetivamente riesgosa. Serán considerados riesgosos las actividades o deportes tales como motociclismo en cualquier modalidad, automovilismo o afines, montañismo, alpinismo, escalada, bungee (caída libre con cuerda), paracaidismo, alas delta, parapente, aviación deportiva, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, planeador, buceo o inmersión subacuática, caza deportiva, canotaje, surf, etc.

La presente exclusión no regirá respecto de quienes estén debidamente capacitados para la práctica del deporte o actividad riesgosa, lo cual deberá acreditarse con las respectivas licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por los organismos o autoridades competentes, las cuales deberán estar vigentes a la fecha del fallecimiento. No obstante, la exclusión sí regirá para las coberturas a que se refieren las letras B, C y D del Artículo 3 anterior.

B) Exclusiones que afectan a las coberturas de las letras B, C y D del Artículo 3 anterior.

Las coberturas a que se refieren las letras B, C y D del Artículo 3 precedente no serán otorgadas por el asegurador si el siniestro que afecte al Adherente fuere producido por alguna de las causas referidas en la letra A) del presente artículo. En lo que dice relación con la exclusión de la letra j) de la letra A) del presente artículo, referida a la práctica de un deporte o de alguna actividad objetivamente riesgosa, se estará a lo que dispone la letra d) siguiente.

El Asegurador tampoco otorgará las coberturas a que se refieren las letras B, C y D del Artículo 3 precedente si el accidente se ha producido por alguna de las causas o en alguna de las siguientes

circunstancias:

- a) Si el Adherente hubiere cumplido los 70 años de edad a la fecha del accidente.
- b) La conducción de cualquier vehículo por parte del Adherente, encontrándose éste en estado de ebriedad, conforme a los límites establecidos en la normativa vigente a la fecha del siniestro. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
- c) Si el accidente se hubiere producido encontrándose el asegurado inválido, o bajo la influencia de cualquier droga o narcótico, a menos que hubiera sido administrada por prescripción médica. Para que sea procedente esta exclusión no será necesario que exista relación de causalidad entre el estado del Asegurado y la causa del accidente. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
- d) Si el accidente se hubiere causado por la realización de una actividad o deporte objetivamente riesgoso. Serán considerados riesgosos las actividades o deportes tales como motociclismo en cualquier modalidad, automovilismo o afines, montañismo, alpinismo, escalada, bungee (caída libre con cuerda), paracaidismo, alas delta, parapente, aviación deportiva, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, planeador, buceo o inmersión subacuática, caza deportiva, canotaje, surf, etc. Esta exclusión regirá aún respecto de quienes estén debidamente capacitados para la práctica del deporte o actividad riesgosa.

ARTÍCULO 5: INCORPORACIÓN AL SEGURO COLECTIVO.

A) Vínculo del Contratante con el Adherente e incorporación de este último al seguro colectivo.

Sólo podrán incorporarse en la calidad de Asegurados Titulares aquellas personas que tengan la calidad de miembros en servicio activo de la Armada de Chile, o bien de conscriptos, grumetes alumnos, o cadetes alumnos de la Escuela Naval Arturo Prat de la Armada de Chile..

La incorporación del Asegurado Titular se efectuará una vez que éste haya suscrito el respectivo Documento de Incorporación, el cual será presentado por el Contratante al Asegurador.

El Documento de Incorporación se extenderá en un formulario confeccionado por el Asegurador que contendrá tres ejemplares: uno para el Asegurador, uno para el Contratante y un tercero para el Adherente. El Contratante deberá enviar al Asegurador el respectivo Documento de Incorporación dentro del plazo de 30 días corridos a contar de la fecha suscripción del documento. El Asegurador devolverá al Contratante los ejemplares correspondientes al Asegurado y al propio Contratante, debidamente timbrados en señal de recepción, debiendo este último remitir al Adherente su ejemplar, el cual constituirá, para todos los efectos, su Certificado de Cobertura.

Alternativamente, el Asegurador y el Contratante podrán convenir que el documento de incorporación se extienda en forma electrónica, en cuyo caso, el Asegurador al aceptar la incorporación emitirá un certificado electrónico de cobertura.

El Adherente quedará incorporado a la póliza por el solo hecho de haber suscrito el respectivo documento de incorporación, por el monto del capital base asegurado señalado en las condiciones particulares, sin perjuicio de la posibilidad de efectuar aumentos de capital durante la vigencia de las coberturas.

B) Incorporación del Cónyuge del Asegurado Titular.

El Cónyuge del Asegurado Titular podrá ser incorporado a la cobertura de fallecimiento establecida en la letra A) del Artículo 3 precedente. Para tal efecto, el cónyuge deberá aceptar expresamente su incorporación al seguro, en los términos exigidos por el Artículo 589 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 6: DEL CAPITAL BASE ASEGURADO Y DE SUS AUMENTOS.

El monto del capital base asegurado y las reglas que rigen los aumentos y disminuciones del mismo durante la vigencia de las coberturas se encuentran especificados en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

El Asegurado, tendrá, entre otras, las siguientes obligaciones:

a) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar y apreciar la extensión de los riesgos que afectan a la persona del Asegurado Titular y a las demás personas que a solicitud suya sean incorporadas a las coberturas de la póliza. Para estos efectos, será suficiente que informe sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar y apreciar la extensión del riesgo al tenor de lo que solicite el Asegurador.

b) Pagar la prima en la forma y época pactadas;

La obligación señalada en la letra a) de este artículo será también aplicable al Cónyuge en caso de solicitarse su incorporación a la presente póliza conforme a lo señalado en la letra B) del artículo 5 precedente.

ARTÍCULO 8: DECLARACIONES DEL ADHERENTE.

La veracidad de las declaraciones efectuadas por el Adherente en el Documento de Incorporación, en sus documentos accesorios o complementarios, en los documentos que se extiendan para solicitar un aumento del capital base asegurado, y en el reconocimiento médico, cuando este corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

El contrato de seguro es nulo si el Asegurado, a sabiendas, proporciona al Asegurador información sustancialmente falsa al prestar la declaración a que se refiere la letra a) del Artículo 7 precedente, contenida en el Documento de Incorporación, en los documentos anexos a ella, o en los documentos que se extiendan para solicitar un aumento del capital base asegurado, según corresponda, y se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro.

En dichos casos, pronunciada la nulidad o la resolución del seguro, el Asegurador podrá retener la prima o demandar su pago y cobrar los gastos que le haya demandado acreditarlo, aunque no haya corrido riesgo alguno, sin perjuicio de la acción criminal.

Por su parte, y de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el Adherente hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el Asegurador de acuerdo a la letra a) del Artículo 7 anterior, este último podrá rescindir la cobertura respectiva. Si los errores, reticencias o inexactitudes en que hubiere incurrido el Adherente no revisten alguna de dichas características, el Asegurador podrá proponer una modificación a los términos de su cobertura, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el Adherente rechaza la proposición del Asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días corridos contados desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir la cobertura. En este último caso, la rescisión se producirá luego de un plazo de treinta días corridos contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, el Asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al párrafo anterior, y en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el Asegurador, antes de aceptar la incorporación del Asegurado, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

ARTÍCULO 9: BENEFICIARIOS.

El Adherente será siempre el único beneficiario de la cobertura por fallecimiento del Cónyuge y de las coberturas de Desmembramiento o Pérdida Total de un miembro u órgano del Asegurado Titular a causa de un accidente, de Inutilidad o Invalidez Permanente del Asegurado Titular a causa de un accidente y del Reembolso de los Gastos por Servicios Funerarios en que hubiera incurrido producto del fallecimiento de un Hijo o de una Carga Familiar.

Con todo, si el Adherente y el Hijo o Carga Familiar fallecieran en un mismo acontecimiento, el Asegurador otorgará el reembolso de los Gastos por Servicios Funerarios del respectivo Hijo o Carga Familiar a la persona que acredite satisfactoriamente haberse hecho cargo de dichos gastos.

Para percibir los capitales asegurados que correspondan por las coberturas de fallecimiento y de fallecimiento accidental del Asegurado Titular, este último podrá designar a la o las personas que desee, individualizándolas como beneficiarios en el Documento de Incorporación o en un documento posterior, debidamente comunicado por escrito al Asegurador.

El monto del capital asegurado se pagará al o a los beneficiarios. Si se designaren dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, o en la proporción expresamente designada por el Adherente, con derecho de acrecimiento entre ellos, salvo estipulación expresa en contrario. Si no se designa a una persona determinada como beneficiario, o si a la muerte del asegurado, hubiesen fallecido todos los beneficiarios designados, se entenderá que se instituye como tales a los herederos del asegurado fallecido.

En caso de que el Asegurado Titular y el Cónyuge fallezcan simultáneamente, o se ignore cuál de ellos ha muerto primero, la indemnización por el fallecimiento de este último, referida en el numeral ii) de la letra A) del artículo 3 precedente, se pagará a quienes tengan la calidad de beneficiarios de la cobertura de fallecimiento del Asegurado Titular, referida en el mismo artículo. Si el cónyuge fuese el único beneficiario designado por el Asegurado Titular, la indemnización por su fallecimiento se pagará a los herederos legales de este último, conforme a la regla señalada en el párrafo anterior.

Del Cambio de Beneficiario y su comunicación al Asegurador.

El Adherente podrá revocar y modificar la designación de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que ella hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con el consentimiento del beneficiario previamente designado, manifestado por escrito al Asegurador.

El cambio o revocación de beneficiario deberá efectuarse mediante una declaración escrita firmada por el Adherente ante un Notario Público o un Oficial del Registro Civil, en aquellas comunas en que no existan notarios públicos, la que deberá ser enviada al Asegurador mediante carta certificada, o entregada personalmente en alguna de las sucursales u oficinas de éste.

También podrá efectuarse el cambio de beneficiario mediante declaración escrita firmada por el Adherente ante personal habilitado del Asegurador, el que certificará que la firma se ha efectuado en tal forma o a través de los medios electrónicos que al efecto disponga el Asegurador.

En caso de que el Adherente efectúe la designación o cambio de beneficiario por acto testamentario, contrae la obligación expresa de comunicarlo al Asegurador, enviando una copia autorizada del testamento respectivo a este último.

La falta de comunicación por parte del contratante de la designación o cambio de beneficiario, mediante alguna de las formas señaladas, liberará de toda responsabilidad al Asegurador.

El Asegurador pagará válidamente a los beneficiarios designados por el Asegurado e informados al primero en la forma señalada en el presente Artículo, o en su caso, a los herederos del Asegurado, quedando liberado, mediante dicho pago, de todas sus obligaciones, siéndole inoponible todo cambio de beneficiario no efectuado ni informado en los términos establecidos en el presente artículo.

ARTÍCULO 10: PRIMAS Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA.

La prima mensual que deberá pagar cada Asegurado incorporado a la presente póliza de seguro colectivo, será la que se indica en las condiciones particulares según el capital base asegurado suscrito por aquél.

Las primas se devengarán mensualmente, desde que el Adherente adquiera con el Contratante el vínculo al que se refiere la letra A) del Artículo 5 precedente y sea incorporado al seguro.

Pago de la prima y terminación del seguro por no pago de la prima.

a) Pago de las Primas.

El pago de las primas se hará mediante descuento del sueldo o remuneración del Asegurado Titular, que efectuará el Contratante, y se entregarán por este último directamente al Asegurador, a menos que se convenga una regla distinta.

Para los efectos de la vigencia de este contrato de seguro y de las obligaciones asumidas por el Contratante o el Asegurado Titular, según corresponda, sólo se considerará como prima pagada, la que efectivamente haya sido enterada en arcas del Asegurador, dentro del plazo estipulado.

b) Terminación del Seguro por no pago de la prima.

En conformidad con lo dispuesto en el Artículo 528 del Código de Comercio, la falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el Asegurador al Adherente y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

Sin perjuicio de lo anterior, para el pago de las primas atrasadas, el Asegurador concederá dos meses de gracia, contados desde la fecha del último día del último mes de cobertura efectivamente pagado, siempre y cuando este criterio resulte ser más favorable para el Asegurado. Producida la terminación, la responsabilidad del Asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 11: DENUNCIA DE SINIESTROS.

Para hacer efectivas las coberturas establecidas en esta póliza, el beneficiario podrá realizar la denuncia del siniestro directamente ante el Asegurador, de manera presencial o a través de medios electrónicos, sitio web, centro de atención telefónica u otros análogos que disponga el Asegurador.

No obstante lo anterior, el Contratante podrá, por cuenta de los beneficiarios, efectuar la denuncia de siniestro directamente al Asegurador, para lo cual deberá adjuntar los antecedentes que se requieran según la naturaleza del siniestro.

En caso de solicitar el Reembolso de Gastos por Servicios Funerarios, el Adherente deberá acompañar las

boletas o los reembolsos originales de los gastos efectuados. Además, en caso de fallecimiento de la Carga Familiar, deberá acompañar un certificado emitido por la institución a la cual pertenece, acreditando que la persona fallecida tenía la condición de Carga Familiar.

ARTÍCULO 12: REHABILITACIÓN.

Si la cobertura contratada por el Adherente hubiese terminado por no pago de la prima, podrá este último solicitar su rehabilitación, dentro del plazo máximo de 6 meses a contar de la fecha de dicha terminación. Para ello, el Asegurador exigirá que se compruebe el buen estado de salud del Asegurado Titular, y si correspondiere, el de su Cónyuge, ya sea mediante una declaración por escrito o por medio de examen médico, a opción del Asegurador, debiendo efectuar el Adherente el pago de todas las primas vencidas y no pagadas, adeudadas previo al término de cobertura por no pago de primas.

Las coberturas no se entenderán rehabilitadas sin una declaración expresa en tal sentido, formulada por el Asegurador, y por lo mismo, la sola entrega a este último del valor de las primas vencidas y no pagadas, no producirá la rehabilitación. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación del Asegurador de restituir el valor entregado para intentar la rehabilitación, sin intereses ni reajustes.

ARTÍCULO 13: CONTINUIDAD DE COBERTURA PARA EL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE DEL ASEGURADO.

En caso de fallecimiento del Adherente, el cónyuge sobreviviente incorporado a la póliza podrá continuar con una cobertura de fallecimiento respecto de su persona, así como con la cobertura de reembolso de gastos por servicios funerarios en caso de fallecimiento de los hijos menores de 21 años del Adherente. Esta continuidad de cobertura se otorgará en los siguientes términos:

- a) La opción de continuar con la cobertura de fallecimiento será una decisión exclusiva del cónyuge sobreviviente, quien deberá manifestar su decisión por escrito, en un formulario que le será facilitado por el Contratante o el Asegurador, y deberá ser presentado a este último a través del propio Contratante.
- b) El Cónyuge sobreviviente deberá manifestar su intención dentro del plazo de 60 días corridos contados desde la fecha de fallecimiento del Asegurado Titular, en la forma señalada en la letra anterior, entendiéndose que su voluntad es la de no contratar esta cobertura si la manifestación de voluntad no se produce dentro de dicho plazo.
- c) Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurador considerará como cubierto el fallecimiento del cónyuge que se ha producido dentro del plazo indicado en la letra b) precedente, por un capital de 50 Unidades de Fomento, si antes de dicho evento, el cónyuge no ha manifestado su intención en el sentido de mantener o no la cobertura.
- d) En caso de que el Cónyuge sobreviviente acepte la cobertura a que se refiere este artículo, o que tenga lugar lo señalado en la letra c) precedente, las primas se devengarán desde el fallecimiento del Adherente.
- e) El cónyuge sobreviviente continuará asegurado por un capital de 50 Unidades de Fomento, quedándole prohibido solicitar aumentos de capital.
- f) Las primas que deberán pagarse por la cobertura a que se refiere este artículo se indican en las Condiciones Particulares de esta Póliza de Seguro Colectivo, según el capital asegurado que corresponda.
- g) El Asegurador no exigirá prueba alguna del estado de salud del cónyuge sobreviviente, bastando su declaración de voluntad para el otorgamiento de la cobertura a que se refiere este artículo.
- h) El cónyuge sobreviviente podrá designar libremente al beneficiario para el evento de ocurrir su

fallecimiento.

i) El cónyuge sobreviviente podrá solicitar el reembolso de los gastos por servicios funerarios en caso de fallecimiento de alguno de los hijos menores de 21 años del adherente.

La cobertura de fallecimiento del cónyuge sobreviviente se mantendrá mientras se encuentre vigente la presente póliza de seguro colectivo, y siempre que se cumpla con la correspondiente obligación de pago de primas. Para la eventualidad de que el Cónyuge cese en esta obligación, se aplicará la regla señalada en la letra b) del artículo 10 anterior.

ARTÍCULO 14: VALORES GARANTIZADOS.

Las primas del seguro colectivo establecido en la presente póliza cubren sólo los riesgos especificados en la misma. Por consiguiente, no generan ahorros, y no dan derecho a valores garantizados ni a préstamos de ninguna especie, por lo que no corresponderá pago o devolución alguna en caso de término anticipado de las coberturas.

ARTÍCULO 15: TERMINACIÓN DE LAS COBERTURAS.

Sin perjuicio de las causales de terminación establecidas en otros artículos de la presente póliza, también se producirá el término de las coberturas establecidas en ella, en los siguientes casos:

a) Extinción del vínculo entre el Adherente y el Contratante.

La extinción del vínculo que debe mantener el Adherente con el Contratante para permitir la incorporación del primero a esta póliza de seguro colectivo, según se establece en el Artículo 5 precedente, producirá a su turno la terminación de las coberturas a que se refiere la presente póliza, respecto de dicho Adherente. En tal sentido, el retiro del Asegurado Titular de la Armada de Chile, consignado en la resolución administrativa respectiva, pondrá término, a contar de esa fecha, a las coberturas de esta póliza, a su respecto.

b) Fallecimiento del Asegurado Titular.

El fallecimiento del Asegurado Titular extinguirá las coberturas establecidas en esta póliza a su respecto, sin perjuicio de los pagos de los capitales asegurados que correspondan a sus beneficiarios por ese evento y de los derechos que correspondan al cónyuge sobreviviente incorporado a la póliza, en los términos establecidos en el Artículo 13 anterior.

c) Por la terminación del contrato de seguro colectivo, ya sea que ésta ocurra por el advenimiento del plazo u otra causa.

d) Por no pago de primas, según lo establecido en el Artículo 10 precedente.

ARTÍCULO 16: UNIDAD MONETARIA DEL CONTRATO.

El capital asegurado, el monto de las primas y de los demás valores relacionados con esta póliza, se encuentran expresados en Unidades de Fomento. El valor de la unidad de fomento que se considerará para el pago de las primas, pago de capital e indemnizaciones, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la Unidad de Fomento dejase de calcularse, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Contratante no aceptase la nueva unidad y lo comunicase así al Asegurador dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la notificación que éste le hiciese sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá el término anticipado del contrato.

ARTÍCULO 17: PROPIEDAD DE LA PÓLIZA.

La propiedad de esta póliza de seguro colectivo corresponderá al Contratante, y todos los derechos, privilegios y opciones conferidas en ella o que puedan emanar de ella, estarán reservados al Contratante, a menos que estuviesen concedidos específicamente al Asegurado Titular, sus beneficiarios u otras personas.

ARTÍCULO 18: PLAZO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO.

La presente Póliza de Seguro colectivo se mantendrá vigente hasta la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 19: MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO.

Las modificaciones al contrato de seguro colectivo serán otorgadas exclusivamente entre el Asegurador y el Contratante, y sólo podrán pactarse para que empiecen a regir a partir de la extinción del respectivo período de vigencia del contrato de seguro colectivo, en la eventualidad de que el mismo sea renovado. Dichas modificaciones deberán ser informadas por el Contratante a los Asegurados Titulares, quienes podrán renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al Asegurador, en los términos establecidos en el Artículo 517 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 20: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE PARA CON LOS ASEGURADOS TITULARES.

El Contratante deberá cumplir las siguientes obligaciones para con los asegurados:

- a) Hacer entrega del certificado de cobertura a que se refiere el Artículo 5 precedente, el cual acredita su incorporación a la presente póliza en la calidad de Asegurado Titular.
- b) Mantener una copia de la presente póliza para consulta de los Asegurados Titulares.
- c) Informar oportunamente a los Asegurados Titulares de todas las modificaciones que pueda experimentar la presente póliza.
- d) Actuar como intermediario en las comunicaciones entre los Asegurados Titulares y el Asegurador.

ARTÍCULO 21: COMUNICACIÓN ENTRE LOS ASEGURADOS TITULARES O LOS BENEFICIARIOS Y EL ASEGURADOR.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre el Asegurado Titular o los beneficiarios de las coberturas otorgadas en virtud de esta póliza y el Asegurador, podrá efectuarse por escrito a través del Contratante, o bien en forma directa con el Asegurador.

ARTÍCULO 22: ARBITRAJE.

En virtud de lo señalado por el Artículo 543 del Código de Comercio, cualquier dificultad que se suscite entre el Adherente, el Contratante o el beneficiario, según corresponda, y el Asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a Derecho.

En las disputas entre el Adherente, el Contratante o el beneficiario, según corresponda, y el Asegurador, que

surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 (diez mil) unidades de fomento, dichas personas podrán optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

ARTÍCULO 23: CLÁUSULAS ADICIONALES.

Las cláusulas adicionales que los Asegurados Titulares puedan contratar en forma accesoria a las coberturas amparadas por esta póliza sólo podrán complementar o ampliar estas últimas.

ARTÍCULO 24: INDISPUTABILIDAD.

De acuerdo con lo señalado en el Artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, el Asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.