

TÉRMINOS Y CONDICIONES

SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES PERSONALES CAUSADOS POR CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS (SOAP)

REGULACIÓN

El Seguro Obligatorio de Accidentes Personales causado por Vehículos Motorizados, conocido como el SOAP se encuentra regulado por la Ley 18.490 y la cobertura por las Condiciones Generales incorporadas al Depósito de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) bajo el Código POL 320130487

QUIÉNES DEBEN CONTRATAR SOAP

Todo vehículo motorizado que para transitar por las vías públicas del territorio nacional requiera de un Permiso de Circulación, deberá también contar también con el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales causado por Vehículos Motorizados, conocido como el SOAP. La contratación de este Seguro SOAP es además un requisito para obtener el Permiso de Circulación, así como también la revisión técnica al día.

La obligación de contratar el seguro recaerá sobre el propietario del vehículo. Para tal fin se presumirá que tiene carácter de propietario la persona a cuyo nombre aparezca inscrito el vehículo en el Registro correspondiente. Para todos los efectos de esta ley, se considerará como tomador del seguro al propietario o persona que lo hubiere contratado y a quienes durante la vigencia del seguro se les haya transferido o transmitido la propiedad del mismo vehículo.

VIGENCIAS Y PLAZOS SOAP

El SOAP debe contratarse con la vigencia que corresponda al Permiso de Circulación según el tipo de vehículo.

De este modo, es responsabilidad del contratante conocer la vigencia del SOAP que su vehículo requiere, según el tipo de vehículo:

- **VEHÍCULOS PARTICULARES:** tales como automóvil de uso particular, jeep, station wagon, camioneta, furgón, cuatrimoto, moto, motocicleta, trimoto, carro de arrastre, casa rodante con o sin motor, minibús exclusivamente particular según permiso circulación, o cualquier vehículo de uso particular que no sea de carga pesada.
Deben contar con Permiso Circulación y SOAP con vigencia desde el 1 de abril del año que corresponda hasta el 31 de marzo del año siguiente.
Ejemplo: Permiso de Circulación 2024 y SOAP 2024 la vigencia debe ser desde 01.04.2024 y regirá hasta el 31.03.2025.
- **VEHICULOS COMERCIALES:** Tales como vehículos públicos, taxis básicos, taxis colectivos, taxi ejecutivo, taxi turismo, minibus particular según su permiso circulación, minibus transporte escolar, minibus turismo, bus particular, bus transporte escolar, taxis en general y buses urbanos o rurales. En estos casos, hay tiempo para contratar el seguro hasta el 31 de mayo del presente año o posterior según fecha de contratación y la vigencia comienza en junio.
Deben contar con Permiso Circulación y SOAP con vigencia desde el 1 de junio del año que corresponda hasta el 31 de mayo del año siguiente.
Ejemplo: Permiso de Circulación 2024 y SOAP 2024 la vigencia debe ser desde 01.06.2024 y regirá hasta el 31.05.2025.

- **VEHICULOS PESADOS:** Tales como vehículos de carga, tractocamiones, tractores agrícolas o industriales y máquinas automotrices, y remolques, semirremolques, rampla. También se incluyen en este periodo los carros y remolques para acoplar a vehículos motorizados, mayor a 1.750 kilogramos de capacidad de carga. Deben contar con Permiso Circulación y SOAP con vigencia desde el 1 de octubre del año que corresponda hasta el 30 de septiembre del año siguiente.
Ejemplo: Permiso de Circulación 2024 y SOAP 2024 la vigencia debe ser desde 01.10.2024 y regirá hasta el 30.09.2025.

NOTA: La vigencia del SOAP para el año que corresponda será la indicada con anterioridad, según el tipo de vehículo para el cual se contrató, siempre que haya sido contratado antes de la fecha que deba iniciar su vigencia; en caso contrario, la vigencia se iniciará desde la fecha y hora de la contratación.

SOBRE EL SOAP ELECTRÓNICO

El SOAP electrónico se rige por la Circular 1864 de la CMF.

El riesgo es cubierto por HDI Seguros S.A., según las Condiciones Generales incorporadas al Depósito de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) bajo el código POL320130487 aprobada por Resolución N°376 de 18.10.2013.

SOBRE EL USO Y LA VERACIDAD DE LOS DATOS

Los datos o antecedentes ingresados tanto del vehículo como del propietario son de exclusiva responsabilidad del solicitante y debe concordar con los que se registran en Registro Nacional de Vehículos Motorizados, los cuales puede obtener del padrón o certificado de dominio del vehículo. Cualquier error o inexactitudes de información será exclusiva responsabilidad del solicitante, liberando a la compañía de toda responsabilidad. El Usuario consiente expresamente a que HDI Seguros S.A. o alguna de sus empresas relacionadas lo contacte, a través de cualquiera de los medios señalados por el Usuario al momento de entregar o ingresar sus datos o por cualquier otro, a efectos de dar a conocer nuevos productos o servicios, encuestar sobre la calidad del servicio y/o de los productos contratados.

CLÁUSULA USO DATOS

En HDI Seguros nos preocupamos por el cumplimiento de los principios de Conducta de Mercado, transparencia y protección de datos; para ello, pedimos tu **autorización** para almacenar y tratar los datos personales que suministres voluntariamente, a través de formularios, correo electrónico u otros medios electrónicos, tanto en la cotización, en la formalización del contrato de seguros, como durante la vigencia del mismo, los que se obtengan mediante grabación de conversaciones telefónicas y los generados por la navegación en el sitio web, para la tramitación, seguimiento y actualización de cualquier solicitud de información, la gestión de la actividad aseguradora y el cumplimiento del propio contrato de seguro y el envío de información y publicidad. Así mismo **aceptas** que tus datos pueden ser entregados, exclusivamente para las finalidades indicadas anteriormente, a entidades de prestación de servicios de comunicación, cobranza y asistencia.

SOBRE LA DEVOLUCIÓN Y/O ANULACIONES

El SOAP no permite devoluciones ni anulaciones, regirá por todo el plazo de la vigencia señalado en el respectivo certificado, no se resolverán por la falta de pago de las primas, ni podrán terminarse anticipadamente.

SOBRE EL PAGO Y FORMA DE PAGO

Infórmese de los precios del seguro según tipo de vehículo y oportunidad de la contratación. El pago es exclusivamente con sistema WebPay. HDI Seguros no tiene ningún convenio con los Bancos para el pago en cuotas de pólizas de seguro obligatorio. La compañía no se hace responsable por los intereses que su banco le pueda cobrar al ofrecerle el pago en cuotas. Infórmese bien sobre los intereses que le cobra su banco, hablando directamente con su ejecutivo.

SOBRE EL DESPACHO A DOMICILIO

Por normativa de la CMF, Circular N°1864, si el contratante así lo desea, y así lo expresa al momento de la contratación, HDI Seguros deberá enviar el certificado SOAP a su domicilio, el que deberá ser despachado por un servicio de correo fehaciente y expedito dentro de los 3 días hábiles siguientes a cursada la solicitud. El despacho a domicilio tiene un recargo de \$10.000 pesos y el certificado que recibirá por correo postal es una impresión del mismo SOAP electrónico, tal como la que el cliente puede imprimir con una impresora particular común. Se enviarán todos los SOAP a un mismo domicilio.

Consultas: Llámenos al 600 600 6010 opción 0 o escríbanos al chat online para comunicarse con una ejecutiva de servicio al cliente en www.hdi.cl

Horarios de atención telefónica y ejecutivos chat online: Lunes a Jueves: 08:30 a 18:30 horas. Viernes: 08:30 a 14:00 horas.

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SOAP

PÓLIZA DE SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES PERSONALES CAUSADOS POR VEHÍCULOS MOTORIZADOS. APROBADA POR RESOLUCIÓN N°376 DE 18/10/2013

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 3 2013 0487

TÍTULO PRIMERO: DE LA COBERTURA

ARTÍCULO 1º: Este contrato se rige por las disposiciones contempladas en la Ley N°18.490, las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII del Libro II del Código de Comercio que resulten aplicables y por las disposiciones contenidas en los artículos siguientes.

En virtud del presente contrato, el asegurador cubre el riesgo de Accidentes Personales señalado en el Título Primero de la Ley N°18.490, en la forma, monto, términos y modalidades descritas en este instrumento. Este seguro cubre los riesgos de muerte y lesiones corporales que sean consecuencia directa de accidentes sufridos por personas en los cuales intervenga el vehículo asegurado.

Quedan amparados por este seguro quien conduzca el vehículo asegurado al momento de producirse un accidente en que éste participe, las personas que estén siendo transportadas en él y cualquier tercero lesionado a consecuencia de dicho accidente. Para efectos de esta póliza se considerarán igualmente como terceros afectados las personas que son transportadas en un vehículo no asegurado, con excepción del propietario del mismo.

ARTÍCULO 2º: El presente seguro garantiza a las personas cubiertas las siguientes indemnizaciones:

- a) El equivalente de 300 Unidades de Fomento en caso de muerte siempre que ésta ocurra dentro del plazo de un año contado desde la fecha del accidente;
- b) El equivalente de 300 Unidades de Fomento en caso de incapacidad permanente total. Para estos efectos se entenderá como incapacidad permanente total aquella que produce al accidentado la pérdida de, a lo menos, dos tercios de su capacidad de trabajo como consecuencia del debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales por las lesiones sufridas en el accidente;
- c) El equivalente de hasta 200 Unidades de Fomento en caso de incapacidad permanente parcial. Se entiende por incapacidad permanente parcial aquella que produce al accidentado una pérdida igual o superior a 30%, pero inferior a las dos terceras partes de su capacidad de trabajo como consecuencia del debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales por las lesiones sufridas en el accidente.

El monto definitivo de la indemnización corresponderá, en estos casos, a 3,03 Unidades de Fomento por cada punto porcentual de grado de incapacidad permanente del accidentado, correspondiendo una indemnización de 200 Unidades de Fomento a la persona que presente un grado de incapacidad permanente del 66%.

- d) El equivalente de hasta 300 Unidades de Fomento por los gastos médicos en que el afectado deba incurrir para la atención de las afecciones que directamente provengan de lesiones originadas por el accidente de tránsito en que haya participado el vehículo asegurado, siempre que se incurra en dichas prestaciones o gastos dentro del plazo de un año contado desde la fecha del accidente, y sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 11º inciso segundo de esta póliza. Los gastos médicos comprenderán la atención prehospitalaria y el transporte sanitario, la hospitalización, la atención médica, quirúrgica, dental, prótesis, implantes, los gastos farmacéuticos y de rehabilitación de las víctimas. Se entiende por transporte sanitario, el traslado desde el lugar del accidente hacia el centro hospitalario más cercano, donde el afectado pueda recibir la atención adecuada y oportuna.

El asegurador pagará como única indemnización por este concepto el reembolso de los gastos efectivamente incurridos por el accidentado. Dicho reembolso no podrá exceder al valor asignado para la respectiva prestación, en el Arancel Nivel 3 de la Modalidad de Libre Elección de FONASA (MLE), vigente al momento de otorgarse la prestación, a excepción de las prestaciones que se señalan a continuación, para las cuales se definen los siguientes límites de indemnización:

d.1) Días cama:

- 4 Unidades de Fomento por cada día cama en Sala.
- 6 Unidades de Fomento por cada día cama en Cuidados Intermedios.
- 11 Unidades de Fomento por cada día cama en Cuidados Intensivos (UCI o UTI).

El valor que debe aplicarse por este concepto corresponde al estipulado en el arancel a particulares del establecimiento asistencial respectivo.

d.2) Traslados: Arancel Modalidad de Atención Institucional FONASA, aumentado en un 20%. En estos casos, y para efectos del transporte aéreo, se aplicarán los valores correspondientes a las Rondas del respectivo Arancel.

d.3) Gastos farmacéuticos: Precio promedio habitual en el mercado de los respectivos medicamentos.

d.4) Atención dental: Valor promedio habitual en el mercado de las respectivas prestaciones o tratamientos dentales.

d.5) Intervenciones quirúrgicas y prótesis grupos 11 al 21 y 23 del Arancel Modalidad Libre Elección FONASA:

- Grupo 11 Neurología y Neurocirugía - Título II. Intervenciones Quirúrgicas. Neurocirugía: 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.
- Grupo 12 Oftalmología - Título II. Intervenciones Quirúrgicas: 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.
- Grupo 13 Otorrinolaringología - Título I. Procedimientos: 1,2 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.
- Grupo 13 Otorrinolaringología - Título II. Intervenciones Quirúrgicas: 1,7 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.
- Grupo 14 Cirugía de Cabeza y Cuello - Cirugía de Cabeza y Cuello: 1,7 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.
- Grupo 15 - Cirugía Plástica y Reparadora: 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.
- Grupo 16 Dermatología y Tegumentos - Título I. Procedimientos Terapéuticos: 4 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.
- Grupo 16 Dermatología y Tegumentos - Título II. Intervenciones quirúrgicas de Tegumentos: 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.
- Grupo 17 Cardiología, Cirugía Cardiovascular y de Tórax, Neumología - Título II. Cirugía Cardiovascular: 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.

- Grupo 17 Cardiología, Cirugía Cardiovascular y de Tórax, Neumología - Título III. Cirugía de Tórax: 2 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.
- Grupo 18 Gastroenterología - Título I. Procedimientos: 2 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.
- Grupo 18 Gastroenterología - Título II. Cirugía Abdominal: 1,8 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.
- Grupo 20 Ginecología y Obstetricia - Título II. Cirugía de Mama: 1,6 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA. - Grupo 21 Ortopedia y Traumatología - Título I. Procedimientos: 2 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.
- Grupo 21 Ortopedia y Traumatología - Título II. Procedimientos e Intervenciones Quirúrgicas Generales: 1,5 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.
- Grupo 21 Ortopedia y Traumatología - Título III. Intervenciones Quirúrgicas Segmentarias: 1,7 veces el Arancel Nivel 3 MLE FONASA.
- Grupo 23 Prótesis - Prótesis: 4 veces el Arancel MLE FONASA.

Todos aquellos insumos que no estén señalados en el Arancel Modalidad Libre Elección de FONASA, tales como yesos u otros, y que se requieran para la atención de las afecciones amparadas en el presente seguro, serán pagados de acuerdo a lo establecido para los gastos farmacéuticos.

ARTÍCULO 3º: Las indemnizaciones por muerte, incapacidad permanente total e incapacidad parcial no son acumulables. Si pagada una incapacidad permanente total el accidentado falleciere con posterioridad, el Asegurador no estará obligado a pago de suma adicional alguna. Si hubiere pagado una incapacidad permanente parcial y el accidentado con posterioridad y a consecuencia del mismo accidente falleciere o se determinare su incapacidad permanente total, el asegurador sólo estará obligado a pagar el remanente hasta el equivalente de 300 U.F.

Las sumas pagadas por el asegurador por concepto de gastos médicos, no se deducirán de la indemnización que deba pagarse en caso de incapacidad permanente total del accidentado. Si procederá dicha deducción, en el caso de indemnización por muerte del accidentado.

En el caso de incapacidad permanente parcial, no se deducirán los pagos efectuados por los referidos gastos médicos, pero el monto de éstos sumado a la indemnización que corresponda pagar por dicha incapacidad, no podrá exceder del equivalente a 300 U. F.

ARTÍCULO 4º: En caso de accidentes del tránsito en que hayan participado dos o más vehículos, cada entidad aseguradora será responsable de las indemnizaciones correspondientes a las personas transportadas en el vehículo por ella asegurado.

En caso de peatones, personas no transportadas o que no fuere posible establecer en cual vehículo viajaban, todos los aseguradores de los vehículos intervinientes serán responsables solidariamente de las indemnizaciones de mayor monto que correspondan a dicha persona o sus beneficiarios, sin perjuicio de que, en definitiva, el pago debe ser financiado entre dichos aseguradores por partes iguales.

En este último caso, el asegurador que hubiere pagado tendrá derecho a repetir contra los demás para exigirles su correspondiente participación, todo lo cual debe entenderse sin perjuicio de los convenios que al efecto puedan celebrar los aseguradores entre sí. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1º de esta póliza.

TÍTULO SEGUNDO: EXCLUSIONES

ARTÍCULO 5º: Quedan excluidos de la presente cobertura la muerte, incapacidades permanentes y gastos médicos que provengan o sean consecuencia de:

- a) Accidentes causados en carreras de automóviles y otras competencias de vehículos motorizados;
- b) Accidentes ocurridos fuera del territorio nacional;
- c) Accidentes ocurridos como consecuencia de guerras, sismo, y otros casos fortuitos enteramente extraños a la circulación del vehículo; y
- d) Suicidio y todo tipo de lesiones autoinferidas.

TÍTULO TERCERO: DEL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

ARTÍCULO 6º: La indemnización proveniente de la muerte de la persona accidentada, se pagará por el asegurador una vez que se hayan presentado los siguientes documentos:

- a) Certificado de defunción que acredite la muerte del accidentado, como consecuencia de las lesiones sufridas en un accidente de tránsito.
- b) Certificado otorgado por el Tribunal competente o el Ministerio Público, en el cual se consignen los datos del accidente de tránsito, de acuerdo con el parte enviado al tribunal competente. Este certificado incluirá la indicación del RUT del accidentado cuando conste, sin perjuicio de que su omisión no faculta al asegurador para eximirse del pago de la indemnización, si esta correspondiese.
- c) Libreta de familia, certificado de matrimonio, certificado de nacimiento u otro documento que acredite legalmente la calidad de beneficiario con derecho a percibir la indemnización. Tendrán derecho a percibir indemnización por muerte del accidentado las personas que a continuación se señalan, en el siguiente orden de precedencia:
 - 1. El cónyuge sobreviviente;
 - 2. Los hijos menores de edad, cualquiera sea su filiación.

3. Los hijos mayores de edad, cualquiera sea su filiación.
4. Los padres.
5. La madre de los hijos de filiación no matrimonial del fallecido y,
6. A falta de las personas indicadas precedentemente, la indemnización corresponderá a quien acredite la calidad de heredero del fallecido.

Para efectos del pago de las indemnizaciones el solicitante deberá acreditar que no existen beneficiarios con mayor prioridad que él para el pago del seguro, de acuerdo con el orden de precedencia estipulado, o que, para su cobro, se cuenta con la autorización de ellos, en caso de existir. Bastará para dicha acreditación, la presentación de una declaración jurada ante notario. Cumplido lo anterior, el asegurador quedará liberado de toda responsabilidad si hubiere beneficiarios con mejor derecho. En este evento, éstos últimos no tendrán acción o derecho para perseguir al asegurador por el pago de suma alguna.

ARTÍCULO 7º: Las indemnizaciones provenientes de incapacidad permanente, total o parcial, se pagarán por el asegurador una vez que se hayan presentado los siguientes documentos:

- a) Certificado médico que acredite la naturaleza y grado de la incapacidad, dónde se consigne que ella tiene su origen directo en un accidente en el cual participó el vehículo asegurado. En este certificado se deberá identificar al accidentado con nombre completo y RUT.
- b) Certificado otorgado por el Tribunal competente o el Ministerio Público, en el cual se consignen los datos del accidente de tránsito, de acuerdo al parte enviado al tribunal competente. Este certificado incluirá la indicación del RUT del accidentado cuando conste, sin perjuicio de que su omisión no faculta al asegurador para eximirse del pago de la indemnización, si esta correspondiese.

La naturaleza y grado de incapacidad serán determinadas por el médico tratante, el cual debe estar habilitado para el ejercicio de la profesión. Para dicha determinación no se tomará en consideración la profesión, ocupación u oficio del accidentado. Si el asegurador, a través de su propio médico, discrepare de tal determinación, dicha discrepancia será resuelta por la Comisión de Medicina Preventiva o Invalidez correspondiente al domicilio del accidentado. No obstante, lo anterior, la compañía estará obligada al pago de lo no disputado.

El asegurador tendrá siempre el derecho de examinar a la persona accidentada, en un lugar destinado a la atención médica y por intermedio del facultativo que al efecto designe, quien podrá adoptar todas las medidas tendientes para la mejor y más completa investigación de aquellos aspectos que estime necesarios para establecer el origen, naturaleza y gravedad de las lesiones. Dicha investigación o la determinación de la naturaleza y grado de incapacidad referida, no deberá exceder de treinta días corridos desde su presentación. En caso de negativa injustificada de la persona accidentada a someterse a dichos exámenes, el asegurador quedará liberado de pagar la correspondiente indemnización.

ARTÍCULO 8º: Las indemnizaciones provenientes de gastos médicos se pagarán por el asegurador una vez que se le hayan presentado los siguientes antecedentes:

- a) Original de recibos, boletas o facturas comprobatorias de los gastos amparados por esta póliza, donde deberá individualizarse el nombre de la persona que recibió la respectiva prestación o incurrió en el gasto y la naturaleza de una u otro. En caso de que se tratare de prestaciones consistentes en exámenes de laboratorio, radiografías, procedimientos de diagnóstico o reembolso de gastos farmacéuticos, deberá acompañarse, además, la correspondiente orden o receta médica que originó la prestación o gasto. En caso de que se trate de gastos de rehabilitación, deberá acompañarse un certificado extendido por un médico de la especialidad que lo origina.

- c) Certificado otorgado por el Tribunal competente o el Ministerio Público, en el cual se consignen los datos del accidente de tránsito, de acuerdo al parte enviado al tribunal competente. Este certificado incluirá la indicación del RUT o número del documento de identificación del accidentado cuando conste, sin perjuicio de que su omisión no faculta al asegurador para eximirse del pago de la indemnización, si esta correspondiese.

El asegurador tendrá el derecho de solicitar certificados emitidos por él o los médicos tratantes que acrediten las lesiones sufridas por el accidentado que originaron los gastos médicos a indemnizar, y a examinar a la persona accidentada en un lugar destinado a la atención médica y por intermedio del facultativo que al efecto designe, quien podrá adoptar todas las medidas tendientes para la mejor y más completa investigación de aquellos puntos que estime necesarios para establecer el origen, naturaleza y gravedad de las lesiones y la procedencia del pago de la indemnización. En caso de negativa injustificada de la persona accidentada a someterse a dichos exámenes, el asegurador quedará liberado de pagar la correspondiente indemnización.

ARTÍCULO 9º: Una vez presentados los documentos señalados en los artículos 6º, 7º y 8º y determinada la responsabilidad del asegurador respecto del siniestro, éste deberá pagar la indemnización que corresponda dentro de los 10 días hábiles siguientes. El pago se efectuará en las oficinas del asegurador, salvo en cuanto éstas no existan en la plaza donde se solicita, en cuyo caso el pago se realizará en el domicilio de la persona que reclama el pago o en otro lugar a definir entre éste y la compañía, debiendo efectuarse dicho pago al respectivo titular de la indemnización o a la persona que concurra en su nombre con poder suficiente para ello. El plazo fijado se interrumpirá con la solicitud del asegurador de nuevos antecedentes, exámenes u otros requerimientos necesarios para la acreditación del siniestro.

La solicitud de mayores antecedentes señalada en el inciso anterior no habilitará al asegurador para hacer devolución de aquellos que ya se hubieren presentado.

Con todo, las indemnizaciones provenientes de gastos médicos podrán ser pagadas por el asegurador en forma directa al Servicio de Salud o a la entidad previsional u hospitalaria que acredite haber otorgado al accidentado la correspondiente prestación.

ARTÍCULO 10º: Las personas amparadas por este contrato tendrán acción directa contra el asegurador, quien no podrá oponer las excepciones que pueda alegar el tomador del seguro que se basen en hechos o circunstancias imputables a este último.

ARTÍCULO 11º: Las acciones para perseguir el pago de las indemnizaciones provenientes de esta póliza prescribirán en el plazo de un año contado desde la fecha en que ocurrió el accidente o a partir de la muerte del accidentado, en su caso. Sin perjuicio de lo anterior, tratándose de las indemnizaciones por concepto de incapacidad permanente, el plazo de prescripción se contará desde la fecha de emisión del certificado médico, que en conformidad al artículo 28 de la ley N°18.490, expida el médico tratante, el cual no podrá presentarse luego de transcurridos dos años desde la fecha del accidente.

La recepción por parte del asegurador de los antecedentes justificativos del pago de cualquiera de las indemnizaciones previstas en este seguro, y aunque en su presentación se hubieren omitido alguno de los antecedentes señalados en los artículos 6º, 7º y 8º, producirá la interrupción de la prescripción. El nuevo plazo regirá desde el momento en que el asegurador comunique al asegurado o beneficiario su decisión al respecto.

ARTÍCULO 12º: Efectuado el pago de la indemnización que corresponda, el asegurador podrá recuperar lo pagado en la forma dispuesta en el artículo 16º de la Ley 18.490, pudiendo al efecto exigir al beneficiario de dicha indemnización las cesiones de derechos que fueren procedentes.

Asimismo, el asegurador podrá repetir contra el propietario de un vehículo que, no contando con seguro vigente, lo hubiere hecho responsable del pago de cualquier cantidad por concepto de las indemnizaciones previstas en esta póliza.

TÍTULO CUARTO: DE LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

ARTÍCULO 13º: Son obligaciones del o de los propietarios del vehículo asegurado:

- a) Emplear, tanto él o el conductor del vehículo, la debida diligencia y cuidado para prevenir la ocurrencia de siniestros e impedir que el vehículo asegurado sea manejado por una persona que no posea licencia o autorización competente para conducirlo;
- b) En caso de siniestro, él o el conductor del vehículo asegurado deberá dejar inmediata constancia en la unidad policial más cercana, de todo accidente en que participe el vehículo asegurado, exhibiendo el certificado de seguro correspondiente, salvo caso de imposibilidad física debidamente justificada;
- c) Poner oportunamente en conocimiento del asegurador la ocurrencia de un accidente en que hubiere participado el vehículo asegurado o un hecho que pueda dar origen a alguna responsabilidad del asegurador. Esta obligación también pesará sobre el conductor del vehículo al momento del accidente.

ARTÍCULO 14º: Sólo por sentencia judicial ejecutoriada se podrá poner término al contrato antes de la fecha de su vencimiento. Queda entendido y convenido por las partes que el presente contrato no se resolverá por el no pago oportuno de las primas.

TÍTULO QUINTO: DISPOSICIONES VARIAS

ARTÍCULO 15º: Además de las estipulaciones de esta póliza y las normas del contrato de seguros, se aplicarán, al presente contrato las disposiciones de la Ley N°18.490 relativa a la cobertura de Accidentes Personales a que se refiere el título primero de ella, toda vez que este seguro se contrata para el cumplimiento de la obligación señalada en dicho cuerpo legal.

ARTÍCULO 16º: Las indemnizaciones previstas por este seguro se pagarán con preferencia a cualquiera otra que favorezca a la víctima o a sus beneficiarios en virtud de coberturas propias del sistema de seguridad social o de la contratación de otros seguros privados, aun cuando su vigencia o contratación sea posterior a la de aquellos.

ARTÍCULO 17º: Para su eficacia dentro de este contrato, todas las comunicaciones entre la compañía y el propietario del vehículo asegurado, su conductor o las personas amparadas por esta póliza deberán hacerse por escrito, mediante carta certificada, correo electrónico u otra forma que acredite fehacientemente su recepción. Las dirigidas a la compañía deberán enviarse a las oficinas de ésta. Las del asegurador serán válidas si se dirigen al último domicilio o dirección electrónica que el destinatario tenga registrado en la compañía.

ARTÍCULO 18º: Se deja constancia que de conformidad al artículo 17 de la ley N°18.490, el asegurador sólo entregará al asegurado un certificado en el cual conste la contratación de este seguro.

En caso de extravío, hurto, robo o inutilización del certificado, la compañía expedirá un duplicado, siendo de cargo del asegurado todo gasto que se origine por dicho concepto.

ARTÍCULO 19º: Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, 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 asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Lo anterior es sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º y en el artículo 36 del Decreto con Fuerza de Ley N°251 de 1931.

Será Tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato del seguro, el del domicilio del beneficiario.