

SEGURO DE PROTECCIÓN FINANCIERA PARA EMPLEADORES POR ACCIDENTES

DE EMPLEADOS DEPENDIENTES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL120180001

PRIMERO: REGLAS APLICABLES

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en las cláusulas 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.

SEGUNDO: DEFINICIONES

Para los efectos del presente contrato, se entenderá por:

1. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecten en su organismo a uno o más de los trabajadores del asegurado, tales como lesiones corporales determinadas por caídas, fracturas, heridas por armas de fuego, luxaciones, dilaceraciones, cortaduras, golpes, quemaduras de cualquiera especie, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramiento producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.
2. **Deducible:** La estipulación por la que asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado.
3. **Siniestro:** La ocurrencia del riesgo o evento dañoso contemplado en el contrato.
- 4.- **Trabajador o Empleado:** Las personas naturales que presten servicios para el asegurado, sea en calidad de trabajador dependiente, subcontratista u otra, cuya calidad y número se haya acordado en las condiciones particulares. Sera condición de cobertura que tales personas mantengan una relación contractual vigente con el Empleador Asegurado al momento de producirse un siniestro.
- 5.- **Empleador Asegurado:** Es aquella Empresa Principal o Empleador que ha contratado este seguro para sí, con el único objeto de proteger su patrimonio, a consecuencia de un hecho que cause la muerte accidental de sus Trabajadores o Empleados.
- 6.- **Finiquito:** Es aquel acuerdo judicial o extrajudicial, debidamente firmado entre el Empleado, Contratista o Subcontratista o sus herederos, según sea el caso, y el Empleador Asegurado, en que consta el acuerdo entre estos en relación con la potencial responsabilidad del Empleador Asegurado en la ocurrencia del accidente, indicándose expresamente el monto total de la suma que deberá pagar el Empleador Asegurado por dicho concepto.

TÍTULO PRIMERO: COBERTURA

PRIMERO: DESCRIPCIÓN DE COBERTURA

La compañía indemnizará al Empleador Asegurado por la pérdida financiera directa que se produzca en su patrimonio con ocasión del costo financiero que se le genere en razón de tener que asumir cualquier costo, desembolso o indemnización por un accidente que cause la muerte, incapacidad o desmembramiento de alguno de sus Trabajadores, ya sean dependientes, contratistas, subcontratista o personas que presten servicios al Empleador Asegurado bajo cualquier otra figura establecida en las condiciones particulares.

La cobertura beneficia única y exclusivamente al Empleador asegurado, y solamente por las pérdidas financieras que se produzcan en el patrimonio de este a consecuencia de un siniestro cubierto por esta póliza.

El Empleador Asegurado podrá contratar, una o más de las coberturas definidas en esta cláusula, de conformidad con la extensión de las lesiones corporales sufridas por el trabajador cuya pérdida financiera se desea cubrir.

Los montos asegurados para cada cobertura serán definidos en el condicionado particular de la póliza.

COBERTURA I: PROTECCIÓN FINANCIERA PARA EMPLEADOR ASEGURADO POR MUERTE ACCIDENTAL DE TRABAJADOR.

La compañía cubre al Empleador Asegurado el costo financiero o desembolsos, que deba asumir a consecuencia de un hecho que cause la muerte accidental de sus Trabajadores.

La Compañía podrá exigir al momento de la ocurrencia del siniestro, los contratos de trabajo, de subcontratación u otros contratos definidos en las Condiciones Particulares que den cuenta de la vigencia de los servicios prestados. Asimismo, solo se otorga cobertura mientras se encuentre prestando servicios al Empleador Asegurado.

La Compañía pagará al Empleador Asegurado la suma única y total que se establezca en las Condiciones Particulares. Esta suma corresponderá a un valor acordado de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 554 del Código de Comercio.

Se podrán establecer requisitos de asegurabilidad, garantías y otras condiciones mediante condición particular.

COBERTURA II: PERDIDA FINANCIERA A CONSECUENCIA DE INCAPACIDAD PERMANENTE DEL TRABAJADOR

La compañía cubre al Empleador Asegurado el costo financiero, que deba asumir a consecuencia de un accidente que cause la incapacidad permanente de sus Trabajadores.

Con esta finalidad, cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el Trabajador se encuentre dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente, la Compañía pagará al Empleador Asegurado mediante una suma única y total, los siguientes porcentajes del monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto

pagado al Empleador Asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura N° III de "Desmembramiento accidental":

- El 30% para Incapacidad Clase III: Menoscabo Global del Trabajador 35% - 49%
- El 50% para Incapacidad Clase IV: Menoscabo Global del Trabajador 50% - 66%
- El 100% para Incapacidad Clase V: Menoscabo Global del Trabajador 67% o más

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de al menos el 35% de la capacidad de trabajo, evaluado directamente por la Compañía, o el liquidador oficial según corresponda, conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980.

La Compañía determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido la incapacidad de un Trabajador, conforme a las pruebas presente, desde la recepción de la información completa. Pudiendo requerir exámenes a través del Empleador Asegurado.

La declaración de incapacidad o invalidez del Trabajador realizada por el organismo previsional correspondiente, sólo tendrá para la Compañía un valor meramente informativo o referencial.

La Compañía pagará al Empleador Asegurado el monto que se haya establecido en el finiquito respectivo limitado a la suma única y total que se establezca en las Condiciones Particulares.

COBERTURA III: PERDIDA FINANCIERA POR DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL DEL TRABAJADOR

La compañía cubre al Empleador Asegurado el costo financiero, que deba asumir a consecuencia de un accidente que cause el desmembramiento de sus Trabajadores

Con esta finalidad, cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del Trabajador producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten dentro de los noventa (90) días contados desde la ocurrencia del siniestro, la Compañía indemnizará al Empleador Asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza:

- 100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo; 50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;
- 40% por pérdida total de un pie;
- 50% por la sordera completa de ambos oídos;
- 25% por la sordera completa de un oído en caso de que el Trabajador ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;
- 13% por la sordera completa de un oído;
- 50% por la ceguera total de un ojo en caso de que el Trabajador ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
- 35% por la ceguera total de un ojo;
- 20% por la pérdida total de un pulgar;
- 15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo;
- 5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
- 3% por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa.

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta cobertura (III), se establece el significado de los siguientes términos:

Pérdida total: Se entiende por "pérdida total" referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida parcial: Se entiende por "pérdida parcial" la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: Se entiende por "pérdida funcional total" la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

Miembro: Se entiende por "miembro", cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

La Compañía pagará al Empleador Asegurado el monto que se haya establecido en el finiquito respectivo limitado a la suma única y total que se establezca en las Condiciones Particulares.

SEGUNDO: RIESGOS EXCLUIDOS PARA TODOS LAS COBERTURAS

Queda excluida de cobertura la pérdida financiera relacionada directa o indirectamente con los siguientes accidentes o sus consecuencias y/o los accidentes producidos con ocasión:

1. Intoxicaciones, de picaduras o mordeduras de insectos
2. Enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto en la Ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
3. Guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones guerreras, sea que haya sido declarada o no la guerra, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, o poder militar, naval o usurpado.
4. Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
5. Haber participado o haberse visto envuelto el trabajador del Empleador Asegurado en acciones o actos delictuosos, infracciones a las leyes, ordenanzas y reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.
6. La intervención del trabajador del Empleador Asegurado en motines o tumultos que tengan o no el carácter de guerra civil, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de

carácter civil o militar.

7. Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis; ni los accidentes que le ocurran estando el trabajador en estado de embriaguez, aun cuando ella sea parcial o bajo la influencia de drogas, en estado de sonambulismo, insolación o congelación.

8. Movimientos sísmicos, cualquiera sea su grado o fuerza.

9. Daños y pérdidas ocasionadas por experimentos de energía atómica o nuclear o de cualquier riesgo atómico.

10. No se cubre la pérdida financiera derivada de las multas civiles, infraccionales, penales o de ningún otro tipo.

11. Encontrarse el asegurado o sus dependientes, clientes o visitantes en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

12. Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

13. Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones cubiertas por esta póliza, incluyendo:

- Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
- Exámenes médicos de rutina.
- Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena
- aislamiento.
- Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza.

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

TÍTULO SEGUNDO: REGLAS GENERALES

PRIMERO: FORMA DE INDEMNIZAR

La forma de indemnizar se ajustará a las normas contenidas en la presente póliza, según los términos del artículo 563 del Código de Comercio, donde se indica que el asegurador deberá indemnizar el siniestro en dinero a menos que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza, que pueda hacerlo por reposición o reparación de la cosa asegurada.

La obligación del asegurador de indemnizar ocurrido el riesgo asegurado, será exigible una vez concluido el proceso de liquidación de siniestros, regulado en los artículos 61 y siguientes del Decreto con Fuerza de Ley número 251 y en el Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros o las normas que los reemplacen.

SEGUNDO: SUMA ASEGURADA Y LÍMITE DE LA INDEMNIZACIÓN

La suma asegurada constituye el límite máximo de la indemnización que se obliga a pagar el asegurador en caso de siniestro, la cual será establecida en las condiciones particulares.

Por su parte, y según lo dispone el Artículo 552 inciso 4º del Código de Comercio, la indemnización no podrá exceder, dentro de los límites de la convención, el menoscabo que sufra el Empleador Asegurado como consecuencia de una pérdida financiera cubierta.

Sin perjuicio de lo anterior, de conformidad con el Artículo 554 del Código de Comercio las partes podrán establecer que una o más coberturas se podrán indemnizar mediante una estimación expresamente pactada por las partes en las condiciones particulares.

Existiendo valoración pactada, la determinación del daño indemnizable se hará a partir de tal valor, no teniendo aplicación el Artículo 552.

La totalidad de las indemnizaciones y gastos asumidos por la compañía en el evento de ocurrir varios siniestros en el curso de una misma vigencia, no excederá del monto máximo a indemnizar establecido en las condiciones particulares de este seguro.

TERCERO: OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR ASEGURADO

El Empleador Asegurado estará obligado a:

1. Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto.
2. Pagar la prima en la forma y época pactada en las condiciones particulares.
3. Al cumplimiento de las demás obligaciones, deberes o cargas que contemple la Ley, este condicionado general, cláusulas adicionales y condiciones particulares que correspondan.

Si el Contratante del seguro y el Empleador 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 Empleador Asegurado.

CUARTO: DEBER DE COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Empleador Asegurado, o Contratante en su caso, deberá informar al asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado, y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los cinco días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador, todo en los términos de los artículos 524 número 5 y 526 del Código de Comercio.

Se presume que el Empleador Asegurado conoce las agravaciones del riesgo que provienen de hechos ocurridos bajo su dirección.

Si el siniestro no se ha producido, el Asegurador, dentro del plazo de treinta (30) días a contar del momento en que hubiere tomado conocimiento de la agravación de los riesgos, deberá comunicar al Empleador Asegurado su decisión de dejar sin efecto el contrato o proponer una modificación a los términos del mismo para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura de la póliza. Si el Empleador Asegurado rechaza la

proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá dar por rescindido el contrato, quedando sin efecto. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido sin que el Empleador Asegurado, o el contratante en su caso, hubieren efectuado la declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el inciso primero, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización respecto de las coberturas del seguro afectadas por el agravamiento del riesgo. No obstante, en caso que la agravación del riesgo hubiera conducido al asegurador a celebrar el contrato en condiciones más onerosas para el Empleador Asegurado, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, por la naturaleza de los riesgos, hubiere debido conocerlos y los hubiere aceptado expresa o tácitamente.

Salvo en caso de agravación dolosa de los riesgos, en todas las situaciones en que, de acuerdo a los incisos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al Empleador Asegurado la proporción de prima correspondiente al período en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al Empleador asegurado la terminación del contrato, la que se producirá dentro de los plazos indicados en el artículo 526 inciso segundo del Código de Comercio, esto es, a la expiración del plazo de treinta (30) días contados desde el envío de la respectiva comunicación de término del seguro.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al Empleador Asegurado la opción de cambio de condiciones de cobertura o adecuación de la prima.

QUINTO: DECLARACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

El presente contrato fue celebrado en consideración a las declaraciones completadas por el Empleador Asegurado, contratante o tomador, en la solicitud de información sobre el riesgo asegurado, y en los términos de los artículos 524 número 1º y 525 del Código de Comercio.

El incumplimiento culposo o inexcusable del deber de responder del Empleador Asegurado, Contratante o Tomador, dejará sin efecto del contrato en los términos del artículo 525 del Código de Comercio. En el caso de dolo o mala fe en la declaración o respuestas al cuestionario sobre el riesgo asegurado procederá la sanción prevista en el artículo 539 del referido Código.

No obstante lo señalado, en el caso de incumplir el Empleador Asegurado, Contratante o Tomador el deber de responder el cuestionario sin culpa en los términos de los artículos 524 número 1º y 525 del Código de Comercio, podrá el asegurador proponer una mantención del contrato mediante una adaptación de la prima o de las condiciones de cobertura inicialmente pactadas. Si ha ocurrido el siniestro, el Empleador Asegurado, Contratante o Tomador, tendrá derecho a una rebaja de 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, según lo dispuesto en el inciso 4º del artículo 525 del Código de Comercio.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al Empleador Asegurado la terminación del contrato, la que se producirá dentro de los plazos indicados en el artículo 525 inciso tercero del Código de Comercio, esto es, a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde el envío de la respectiva comunicación de término del seguro, salvo para el caso de la sanción de nulidad prevista en el

artículo 539 del Código de Comercio, que requiere declaración judicial.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al Empleador Asegurado la opción de cambio de condiciones de cobertura o adecuación de la prima.

SEXTO: TERMINACIÓN POR NO PAGO DE PRIMA

La falta o simple retardo en el pago de la prima producirá la terminación del contrato, a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la fecha del envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al Empleador Asegurado 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, según lo dispone el artículo 528 del Código de Comercio.

No terminará el contrato, si dentro del plazo indicado, el Empleador Asegurado entera o paga el saldo insoluto de la prima.

Producida la terminación del contrato, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

SEPTIMO: DEBERES DEL EMPLEADOR ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

En el caso de siniestro, el Empleador Asegurado, Contratante o Tomador, según los casos, debe:

a) Notificar al asegurador, dentro del plazo de diez (10) días o tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, esto es, una pérdida financiera cubierta en esta póliza.

b) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

c) Presentar a la Compañía el correspondiente Finiquito en el cual se establezca la suma total que acordó pagar por la ocurrencia del accidente cubierto.

d) Cumplir con los requisitos establecidos para cada una de las coberturas según sea el caso.

OCTAVO: TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato, en los términos dispuestos en el artículo 537 del Código de Comercio. El Asegurador deberá expresar en la respectiva comunicación enviada al Asegurado, contratante o tomador, según el caso, las causas que motiven o justifican el término del seguro.

Las causas que podrá expresar el Asegurador serán las siguientes:

a) Que la siniestralidad o la cantidad de siniestros del contrato supere el nivel establecido en las condiciones particulares;

La terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación al Asegurado, contratante o tomador.

El Empleador Asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales,

comunicándolo al Asegurador.

Producida la terminación del contrato, la prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, y el Asegurador deberá poner el importe de prima no devengada, a disposición del quien corresponda, de inmediato.

No se procederá a la restitución de prima, en caso de haber ocurrido un siniestro de pérdida total, según lo dispone el inciso final del artículo 537 del Código de Comercio.

NOVENO: SANCIONES Y LIMITACIONES

No obstante lo dispuesto en cualquier otra parte, el Asegurador no estará obligado a dar cobertura, a efectuar pagos ni a proporcionar servicios o beneficios a un Asegurado o a otra parte, si es que dicha cobertura, pago, servicio, beneficio y/o la actividad o negocio del Asegurado pudiera violar cualquier ley o regulación relativas a sanciones de comercio o económicas aplicable.

DECIMO: COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Las comunicaciones del asegurador al Empleador Asegurado, Contratante, Tomador o Beneficiario, podrán enviarse por medios electrónicos o tecnológicos, garantizando su recepción y la posibilidad de almacenamiento o impresión.

Para los efectos señalados en el párrafo anterior el Empleador Asegurado, Contratante, Tomador o Beneficiario deberá informar a la Compañía de seguros sobre su dirección de correo electrónico. A su falta, el asegurador deberá comunicar por escrito, mediante carta enviada al domicilio del Contratante, Tomador, Empleador Asegurado o Beneficiario.

El Empleador Asegurado debe comunicar al asegurador de cualquier modificación de su dirección de correo electrónico o domicilio convencional informado al contratar este seguro.

Las comunicaciones que envíe el contratante, tomador, Empleador Asegurado o beneficiario deberán ser por escrito, y remitidas al domicilio del asegurador indicado en la póliza.

DECIMO PRIMERO: LIBERACIÓN DEL ASEGURADOR DE SU OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR

Salvo los casos expresamente regulados en este condicionado, cualquier incumplimiento del Empleador Asegurado, Contratante o Tomador del seguro de las obligaciones, cargas o deberes contenidas en este contrato, provocará la exoneración de la Compañía de la obligación de indemnizar de en el caso de ocurrencia de un siniestro. No obstante, la Compañía podrá además, poner término anticipado al contrato según lo establecido en los artículos 537 y 539 del Código de Comercio.

DÉCIMO SEGUNDO: EFECTOS DE LA PLURALIDAD DE SEGUROS

Si al momento de producirse un siniestro que cause pérdidas o daños en los bienes asegurados por la presente póliza y existieren otro u otros seguros sobre la misma materia, interés y riesgo, el Empleador Asegurado podrá reclamar a cualquiera de los aseguradores el pago del siniestro, según el respectivo contrato, y a cualquiera de los demás, el saldo no cubierto. El conjunto de las indemnizaciones recibidas por el asegurado, no podrá exceder el valor del objeto asegurado.

DÉCIMO TERCERO: TERRITORIALIDAD Y TEMPORALIDAD

El ámbito territorial de la presente póliza será exclusivamente el territorio de la República de Chile, salvo que en las Condiciones Particulares se disponga algo distinto.

La cobertura queda limitada a aquellos accidentes amparados por la Ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

DECIMO CUARTO: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier dificultad que se suscite entre el Empleador 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 ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro. En las disputas entre el Empleador Asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el Empleador Asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria, en los términos establecidos en el artículo 543 del Código de Comercio.

DÉCIMO QUINTO: DOMICILIO

Para los efectos del contrato de seguro, las partes fijan como domicilio el indicado por el Empleador Asegurado, contratante, tomador o beneficiario en las condiciones particulares de la póliza, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 543 inciso 5º del Código de Comercio.