

## SEGURO PARA ENFERMEDADES GRAVES

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320170233

### **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 beneficiario.

### **ARTÍCULO 2: DEFINICIONES.-**

Para los efectos de esta póliza se entenderá por:

**a) Asegurado:** (art. 513 letra a) del Código de Comercio) Es aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador, será la persona individualizada como tal en la solicitud de Incorporación o condicionado particular.

**b) Contratante o Tomador:** Es la persona natural o jurídica que celebra el seguro con el asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Para efectos de esta póliza, será la que figura como tal en las condiciones particulares.

**c) Condiciones Particulares:** Corresponde a aquellas estipulaciones que regulan aspectos que por su naturaleza no sean materia de condiciones generales y que permiten la singularización de una póliza de seguro determinada.

**d) Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecte el organismo del Asegurado ocasionándole una o más lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes correspondientes.

**e) Enfermedad:** El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado. Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

**f) Evento:** Todas las intervenciones quirúrgicas, definidas en el artículo 3° de estas Condiciones Generales, y toda enfermedad grave cubierta por esta póliza, sus consecuencias y recaídas posteriores, que haya sido diagnosticada por primera vez al Asegurado.

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

**h) Padecimientos congénitos:** Alteración del estado de salud fisiológico o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen en el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

**i) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes:** Corresponde a aquellas diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

**j) Carencia:** Periodo de tiempo, especificado en las Condiciones Particulares, durante el cual el Asegurado, luego de la suscripción del seguro o aceptación por parte de la Compañía Aseguradora, no tiene derecho a indemnización alguna. Transcurrido dicho periodo, comenzará la vigencia del seguro.

**k) Beneficiario:** Corresponde a la persona natural o jurídica que, aun sin ser Asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro, la cual está individualizada en las Condiciones Particulares de la póliza.

**l) Monto Asegurado:** Monto máximo de la indemnización que la Compañía Aseguradora pagará al Beneficiario. Se indica en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

**m) Periodo de Supervivencia:** Período de tiempo que un Asegurado debe sobrevivir después de ser diagnosticado de una enfermedad grave o haber sido sometido a una intervención quirúrgica para ser elegible para poder presentar el siniestro. Si la muerte ocurre durante ese período de supervivencia, ninguna indemnización será pagada. Este Periodo de Supervivencia se determinará en las Condiciones Particulares.

### **ARTÍCULO 3: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA.-**

En virtud de esta póliza, la Compañía Aseguradora protege los riesgos de enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas, conforme a lo señalado más adelante, mediante el pago de la indemnización al beneficiario del monto especificado en las Condiciones Particulares de la póliza. Asimismo, para efectos de determinar la(s) cobertura(s), en las Condiciones Particulares se podrá especificar una o más de las siguientes enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas, que serán parte de ella(s). Es decir, la(s) cobertura(s), determinada en las Condiciones Particulares, podrá estar compuesta por una o más de las enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas que se señalan en este artículo. De esta forma, la Compañía Aseguradora pagará el Monto Asegurado, determinado en las Condiciones Particulares, una vez transcurrido el periodo de Carencia establecido en ella, si estando vigente la cobertura individual del Asegurado, este fuese sometido a alguna de las intervenciones quirúrgicas especificadas en los literales j) k) l) y m) de este artículo o sufre, por primera vez, alguna de las siguientes enfermedades graves, según se determine en las Condiciones Particulares al especificar la cobertura:

#### **a) Cáncer :**

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por un crecimiento y propagación incontrolable de células malignas que invaden y destruyen el tejido normal. El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista y evidenciado a través del respectivo examen histopatológico. El cáncer también incluye leucemia, linfoma, linfoma cutáneo, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de la médula ósea y el sarcoma.

#### **b) Accidente cerebrovascular (ACV):**

Es la muerte del tejido cerebral debido a un suministro inadecuado de sangre o sangrado. El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista y lo demuestra:

- La aparición de nuevos signos y síntomas compatibles con un accidente cerebrovascular neurológicos.
- Déficit neurológico verificable durante el examen médico, debe persistir continuamente por lo menos sesenta (60) días después de que el diagnóstico de accidente cerebrovascular.
- Cambios en la tomografía computadorizada o resonancia magnética compatible con el diagnóstico clínico.

#### **c) Infarto agudo de miocardio :**

Muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco debida a una interrupción súbita del aporte sanguíneo al miocardio. El diagnóstico debe ser establecido por un médico certificado y debe estar apoyado en los siguientes elementos:

- Elevación significativa de las troponinas cardíacas
- Dolor torácico o síntomas típicos de isquemia aguda
- Cambios nuevos en el ECG compatibles con infarto o aparición de un nuevo BRIHH

#### **d) Insuficiencia renal:**

Etapa terminal de una enfermedad renal manifestada por una falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesario efectuar diálisis peritoneal o hemodiálisis periódicas o un trasplante renal.

#### **e) Quemaduras graves:**

Quemaduras de tercer grado, que han afectado al menos el 20% (veinte por ciento) de la zona de la superficie corporal del Asegurado. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por los resultados de la carta de Lund Browder o una calculadora equivalente de quemado de áreas corporales. Se incluyen quemaduras por ácido dentro de esta enfermedad.

#### **f) Esclerosis múltiple:**

Déficit neurológico múltiple durante un período mayor a los 6 (seis) meses, como resultado de una desmielinización en el cerebro y en la médula espinal. El diagnóstico inequívoco debe ser realizado por un neurólogo, con evidencia de más de un episodio de síntomas neurológicos bien definidos por afección en

diferentes zonas del sistema nervioso central (nervio óptico, nervios craneales, médula espinal, cerebelo, etc.)

**g) Parálisis/Paraplejía:**

Es la pérdida total de función de dos o más miembros o extremidades, debida a lesión o enfermedad de la médula espinal o el cerebro, cuando esta pérdida funcional sea considerada permanente por un neurólogo. Se incluye en la cobertura la pérdida de función de miembros o extremidades clasificada como diplejía, hemiplejía, tetraplejía y cuadriplejía.

**h) Pérdida de visión (ceguera):**

Pérdida total e irreversible de la visión en ambos ojos por accidente o enfermedad, confirmada por un oftalmólogo.

**i) Pérdida de la audición o sordera:**

Pérdida irreversible, total o profunda, de la audición en ambos oídos, causada por accidente o enfermedad. El diagnóstico debe ser hecho por un otorrinolaringólogo y evidenciado mediante exámenes auditivos específicos (audiograma, potenciales evocados auditivos del tronco cerebral, registro de emisiones oto-acústicas), que demuestren el cumplimiento de los siguientes criterios:

-Umbrales auditivos sensorio-neurales mayores o iguales a 90 dB (decibelios) en ambos oídos, medidos por audiograma, en todas las frecuencias de audición.

La cobertura también podrá amparar las siguientes Intervenciones quirúrgicas, conforme al concepto que se da de cada una:

**j) Cirugía de revascularización miocárdica - Puente de mama o safena (bypass):**

Cirugía abierta de tórax realizada para corregir estrechamiento o bloqueo de una o más arterias coronarias con injertos arteriales o venosos. La indicación para la cirugía debe ser realizada por un médico especialista y evidenciada por la angiografía coronaria.

**k) Trasplante de órganos:**

La garantía cubre únicamente al Asegurado como receptor del trasplante de los órganos mencionados a continuación:

-Corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas

El trasplante debe ser médicamente necesario y basado en la confirmación objetiva del deterioro de la función del órgano.

**l) Cirugía de válvulas del corazón:**

Primera ocurrencia de cirugía de válvulas cardíacas (endoscópica o a corazón abierto), realizada para sustituir o reparar una o más válvulas cardíacas, como consecuencia de defectos que no puedan repararse con procedimientos de catéter intraarterial únicamente. La cirugía debe realizarse por recomendación de un cardiólogo.

**m) Cirugía de la aorta:**

Cirugía mayor de la aorta torácica o abdominal por enfermedad vascular que amenace la vida del Asegurado. Incluye reparación de coartación, injertos quirúrgicos por aneurismas aórticos y disecciones aórticas.

Para efectos de que tenga aplicación esta cobertura, el Asegurado que haya sufrido alguna de las enfermedades precedentemente señaladas o haya sido objeto de alguna de las intervenciones quirúrgicas descritas, deberá además cumplir siempre con el Periodo de Supervivencia - definido en el artículo 2° letra m) de estas Condiciones Generales - especificado en las Condiciones Particulares.

En consecuencia, si la muerte ocurre antes de que se cumpla el Periodo de Supervivencia, no procederá el pago de indemnización alguna.

Al momento de incorporarse al seguro, el asegurable podrá contratar una cobertura con una o más de las enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas, anteriormente descritas, según se determine en las Condiciones Particulares, siendo siempre necesaria una declaración personal de salud, la que se obliga a responder al tenor de lo que solicite el asegurador en la respectiva solicitud de incorporación o Condicionado Particular respectivo.

Acaecido un siniestro, amparado por esta cobertura, y que cumpla con los demás términos del Condicionado Particular, y así se haya determinado en el proceso de liquidación del mismo, la Compañía Aseguradora pagará la totalidad del monto asegurado, con lo cual terminará su responsabilidad y, consecuentemente, la vigencia del seguro.

#### **ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES.-**

Exclusiones para todas las coberturas:

1. SIDA o presencia del virus VIH;
2. Leucemia linfocítica crónica;
3. Suicidio, tentativa de suicidio o enfermedad intencionalmente causada o lesiones autoinflingidas, ya sea en estado de cordura o demencia;
4. Riñas o alborotos populares en los que hubiere intervenido el Asegurado;
5. Riesgos nucleares;
6. Padecimientos congénitos;
7. Trasplantes que sean procedimientos de investigación;
8. Intoxicación o encontrarse el Asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
9. La conducción de cualquier vehículo por parte del Asegurado, 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.
10. Situaciones o Enfermedades preexistentes. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En el certificado de cobertura o en las Condiciones Particulares de la póliza, según corresponda, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.

Exclusiones específicas por tipo de cobertura:

#### **I. Enfermedades graves:**

##### **a) Cáncer:**

"Carcinoma in situ" o "cáncer in situ", displasia y todos los estados de lesiones pre malignas; cáncer de próstata T2N0M0 etapa de clasificación TNM; Todos los tipos de cáncer de piel primario, melanoma maligno, excepto que haya invadido los planos más allá de la epidermis (capa externa de la piel); cáncer papilar de la glándula tiroides que se limita a este órgano; cualquier tumor o cáncer en presencia de infección por VIH.

##### **b) Accidente cerebrovascular (ACV):**

Ataque isquémico transitorio (AIT); lesión del tejido cerebral o los vasos sanguíneos; hemorragia secundaria a una lesión cerebral preexistente. Anormalidades cerebrales detectadas por tomografía computadorizada u otros métodos de diagnóstico sin síntomas o signos clínicos neurológicos claramente relacionados.

##### **c) Infarto agudo de miocardio:**

? - Angina de pecho estable o inestable

? - Angina variante o de Prinzmetal

? - Infarto silencioso de miocardio.

##### **d) Insuficiencia renal:**

Insuficiencia renal temporal o reversible, que desaparece después de unas semanas de tratamiento.

##### **e) Parálisis/Paraplejía:**

Condición por la cual la parálisis sea de naturaleza temporal.

##### **f) Pérdida de visión (ceguera):**

Pérdida de la visión o ceguera que pueda ser corregida mediante tratamiento médico de cualquier tipo.

**g) Cirugía de la aorta:**

Implantación de un stent (férula intrarterial) mediante procedimiento mínimamente invasivo. Cirugía en las ramas de la aorta.

**h) Pérdida de la audición o sordera:**

Sordera que pueda ser corregida mediante tratamiento médico de cualquier tipo.

## **II. Intervenciones Quirúrgicas:**

**i) Cirugía de revascularización miocárdica - Puente de mama o safena (bypass)**

Angioplastia con balón; cualquier procedimiento basado en catéter intra-arterial; procedimientos con láser

**j) Trasplante de órganos:**

Otros trasplantes diferentes a los mencionados, el trasplante parcial o el uso de células madre están explícitamente excluidos.

## **ARTÍCULO 5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.-**

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del Asegurado son las siguientes:

1) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;

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

3) Notificar al asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y

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

Si el tomador y el Asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidos por el Asegurado.

Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el Asegurado.

## **ARTÍCULO 6: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.-**

Corresponde al Asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía Aseguradora para estos fines. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en el artículo 525 y 539 del Código de Comercio.

Cualquiera sea la declaración que haga el Asegurado en virtud de esta póliza, deberá ser hecha de buena fe y respecto de las circunstancias por él conocidas y solicitadas por el asegurador.

## **ARTICULO 7: AGRAVACIÓN O ALTERACIÓN DEL RIESGO.-**

Durante toda la vigencia de la póliza, el Asegurado está obligado a emplear todo el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro; dar cumplimiento a las garantías requeridas por el asegurador, estipuladas en la póliza y que sean de su cargo; no agravar el riesgo e informar al asegurador sobre las circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los 5 días siguientes de haberlas conocido siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador.

## **ARTÍCULO 8: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA.-**

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al Asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza. 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 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. Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de

pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Plazo de Gracia: El Asegurador podrá conceder un plazo de gracia, que será el señalado en las Condiciones Particulares, el cual será contado a partir del primer día de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo la cobertura permanecerá vigente. Si ocurriera un siniestro durante dicho plazo de gracia, se deducirá de la indemnización a pagar la prima vencida y no pagada. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la cobertura terminará anticipadamente de conformidad al procedimiento señalado en los incisos anteriores.

#### **ARTÍCULO 9: DENUNCIA DE SINIESTROS.-**

Conforme al artículo 5° de estas Condiciones Generales, el Asegurado debe notificar a la Compañía Aseguradora, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier diagnóstico de la enfermedad o situación de salud correspondiente a las enfermedades graves o intervención quirúrgica cubiertas por este contrato de seguro que pueda constituir o constituya un siniestro, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía Aseguradora los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el siniestro denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por la póliza y determinar el monto de la indemnización. En el mismo sentido, la Compañía Aseguradora podrá solicitarle la realización de pericias y exámenes médicos. El Asegurado deberá requerir de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación del siniestro denunciado o autorizar a la compañía o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el siniestro denunciado y los gastos consecuentes.

En caso de requerirse mayores antecedentes, la Compañía Aseguradora dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N° 1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo modifique.

#### **ARTÍCULO 10: VIGENCIA. -**

La vigencia de la póliza y de las coberturas contratadas será determinada en las Condiciones Particulares y podrá ser renovada por un nuevo periodo a partir de la fecha de vencimiento de la póliza, bajo las nuevas condiciones de coberturas y primas pactadas entre la compañía aseguradora y el contratante.

Si el seguro fuese contratado de manera colectiva las coberturas contratadas para uno o más Asegurados en particular permanecerán vigentes mientras se mantenga vigente la póliza colectiva, siempre que se haya pagado la prima correspondiente y no opere alguna de las causales de terminación de la cobertura establecida en el Artículo 11 de estas Condiciones Generales.

En caso que la póliza sea comercializada de manera individual, la fecha de inicio y término de vigencia será la indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

#### **ARTÍCULO 11: TÉRMINACIÓN.-**

El seguro terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asimismo, este contrato de seguro terminará para todos los asegurados incorporados en él, cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Por fallecimiento del Asegurado titular;
- b) Por el pago del capital asegurado por una cualquiera de las enfermedades cubierta por este contrato de seguro, según lo señalado en el artículo 3 de estas Condiciones Generales;
- c) A las 24:00 horas del día en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de

- seguro, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza;
- d) Cuando no se efectúe el pago de la prima de la póliza y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 8° precedente;
  - e) Por no pago de prima dentro de los plazos establecidos y haya trascurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 8° precedente;
  - f) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal.
  - g) Cuando el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro o bien, en el caso de contratación colectiva, cuando se le pusiere termino a la póliza colectiva.

En cualquier caso de término anticipado del contrato, que no tenga previsto un tratamiento especial en estas Condiciones o en la Ley, la Compañía Aseguradora, notificará al contratante y/o asegurado que se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde el envío de la comunicación respectiva, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado.

En todos los casos, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al Asegurado, cuya cobertura ha terminado anticipadamente, a contar de la fecha de dicho término.

Terminada la vigencia del contrato de seguro, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora de seguros sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

## **ARTÍCULO 12: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.-**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el Asegurado, o estipulada en las Condiciones Particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.