

ASEGURADO :INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE
R.U.T. : 611070004
DOMICILIO :FIDEL OTEIZA Nro.001956 Piso 03
CIUDAD :SANTIAGO

RAMO :12 ACCIDENTES PERSONALES	PÓLIZA 7.636.240	ENDOSO 91.377	RENEVA 0
DOCUMENTO :ENDOSO	VIGENCIA 323 días	DESDE 12hrs 2018/08/01	HASTA 12hrs 2019/06/20
MONEDA :UNIDAD DE FOMENTO REAJ.	EMITIDA EL 2018/08/31	DOCUMENTAR HASTA 2018/09/01	
CORREDOR : 10596 JUAN CARLOS W IENECKE Y CIA.LTDA.			

ESTA PÓLIZA SE EMITE EN CONSIDERACIÓN AL PAGO O DOCUMENTACIÓN DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE Y A LAS DECLARACIONES FORMULADAS POR EL CONTRATANTE EN LA PROPUESTA RESPECTIVA, LA QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO EN CONJUNTO CON LAS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES ADJUNTAS. LA PRESENTE PÓLIZA SE ENTENDERÁ ACEPTADA PARA TODOS LOS EFECTOS POR EL ASEGURADO, A MENOS QUE EL ASEGURADO LAS OBJETE DENTRO DE LOS 5 DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE EMISIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA.

COMISIÓN CORREDOR 20,00 % S/P.Neta	PRIMA EXENTA	0.00
20,00 % JUAN CARLO UF 0,00	PRIMA AFECTA	0.00
	IMPUESTO	0.00
	PRIMA TOTAL	0.00

UBICACIÓN RIESGO:

DESCRIP. : ENDOSO DE INFORMACIÓN SEGÚN DETALLE ADJUNTO.

CLAUS. ANEXOS QUE FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO, SIENDO NULOS LOS QUE NO SE CITAN



CHUBB SEGUROS CHILE S.A.
Mario Romanelli
Gerente General

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES Y ASISTENCIA EN VIAJES

CORREDOR: WIENECKE CORREDORES DE SEGUROS LTDA.

CONTRATANTE: INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE - RUT: 61.107.000-4

VIGENCIA: 11 MESES

PROGRAMA DE BECAS PARA DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO (PRODDAR) Y DEL PROGRAMA POTENCIAL 2018 – 2019

MATERIA ASEGURADA:

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PARA 700 DEPORTISTAS, DEL PROGRAMA DE BECAS PARA DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO (PRODDAR) Y DEL PROGRAMA POTENCIAL 2018 – 2019, LAS 24 HORAS DEL DÍA EN CHILE Y EN EL EXTRANJERO.

LA PRESENTE COTIZACIÓN SE FORMULA EN BASE A LAS PERSONAS INDIVIDUALIZADAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO RECIBIDA POR ESTA COMPAÑÍA, Y NO EN BASE A LA CANTIDAD NUMERAL REFERIDA, ESPECIALMENTE CONSIDERANDO SITUACIONES DE RUT INVÁLIDO, DUPLICIDAD EN LA INDIVIDUALIZACIÓN DE LOS ASEGURADOS A INCORPORAR, PERSONAS YA ASEGURADAS BAJO ESTE MISMO CONTRATO DE SEGURO Y EXTRANJEROS NO INDIVIDUALIZADOS COMO TALES.

PRIMA TOTAL: UF 4.800,00 CON IVA INCLUIDO

COBERTURAS Y CAPITALES	CAPITAL (UF) UNITARIO
PLAN A: MUERTE ACCIDENTAL	500
PLAN B: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE	500
PLAN C: DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL	500
PLAN D: REEMBOLSO GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTES	400
GASTOS FUNERARIOS	70

SEGURO DE ASISTENCIA INCLUIDO

LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN: UF 70.000 POR EVENTO Y AGREGADO DE VIGENCIA DE PÓLIZA.

CONDICIONES GENERALES

EL PRESENTE CONDICIONADO SE COMPONE DE UN TÍTULO PRELIMINAR SOBRE REGLAS APLICABLES, DEFINICIONES Y ENUNCIACIÓN DE COBERTURAS; UN TÍTULO PRIMERO SOBRE DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS ESPECÍFICAS; Y UN TÍTULO SEGUNDO SOBRE REGLAS GENERALES.

TÍTULO PRELIMINAR

PRIMERO: REGLAS APLICABLES

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.

SEGUNDO: DEFINICIONES

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, SE ENTENDERÁ POR:

POLIZA 12-7636240/ ENDOSO N°: 91377

1. ACCIDENTE: TODO SUCESO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE AFECTE AL ORGANISMO DEL ASEGURADO OCASIONÁNDOLE LA MUERTE O PROVOCÁNDOLE LESIONES QUE SE MANIFIESTEN POR HERIDAS VISIBLES O CONTUSIONES INTERNAS, INCLUYENDO ASIMISMO EL AHOGAMIENTO Y LA ASFIXIA, TORCEDURAS 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 AL ORGANISMO O BIEN SE HAYAN DESARROLLADO POR EFECTO DE CONTUSIONES.
2. BENEFICIARIO: PERSONA DESIGNADA POR EL ASEGURADO PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE LA PÓLIZA EN CASO DE SINIESTRO.
3. CERTIFICADO DE COBERTURA O CERTIFICADO DEFINITIVO: DOCUMENTO QUE DA CUENTA DE UN SEGURO EMITIDO CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS DE UNA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO O FLOTANTE.
4. GARANTÍAS: LOS REQUISITOS DESTINADOS A CIRCUNSCRIBIR O DISMINUIR EL RIESGO, ESTIPULADOS EN UN CONTRATO DE SEGURO COMO CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIRSE PARA QUE HAYA LUGAR A LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE SINIESTRO.
5. GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: EL MONTO QUE HABITUALMENTE SE COBRA POR PRESTACIONES DE CARÁCTER SIMILAR EN LA LOCALIDAD DONDE ÉSTAS SON EFECTUADAS A PERSONAS DEL MISMO SEXO Y EDAD, CONSIDERANDO ADEMÁS, QUE SEAN LAS PRESTACIONES QUE GENERALMENTE SE SUMINISTRAN PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES CAUSADAS POR ACCIDENTES; CARACTERÍSTICA Y NIVEL DE LOS TRATAMIENTOS Y SERVICIOS OTORGADOS; Y EL PRESTIGIO, EXPERIENCIA Y NIVEL DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DE LA ATENCIÓN.
6. HOSPITAL O CLÍNICA: TODO ESTABLECIMIENTO PÚBLICO O PRIVADO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE PERSONAS ENFERMAS O LESIONADAS, QUE PROPORCIONE ASISTENCIA DE ENFERMERÍA LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA Y QUE CUENTE CON INSTALACIONES Y FACILIDADES PARA EFECTUAR DIAGNÓSTICO E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS. EN NINGÚN CASO INCLUYE HOTEL, TERMA, ASILO, SANATORIO PARTICULAR, CASA PARA CONVALECIENTES, CASA DE REPOSO, O UN LUGAR USADO PRINCIPALMENTE PARA LA INTERNACIÓN DE ENFERMOS MENTALES O TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO, ADICTOS A DROGAS O ALCOHÓLICOS.
7. HOSPITALIZACIÓN: SE ENTENDERÁ QUE UNA PERSONA SE ENCUENTRA HOSPITALIZADA CUANDO ESTÁ REGISTRADA COMO PACIENTE DE UN HOSPITAL O CLÍNICA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, Y QUE UTILICE A LO MENOS, UN DÍA COMPLETO DE SERVICIO DE HABITACIÓN, ALIMENTACIÓN Y ATENCIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA.
8. INCAPACIDAD TEMPORAL: ES AQUELLA QUE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, IMPIDE AL ASEGURADO EN FORMA TRANSITORIA EL DESARROLLO NORMAL DE SUS ACTIVIDADES DE TRABAJO U OCUPACIÓN HABITUAL.
9. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3: LA PÉRDIDA O DISMINUCIÓN DE LAS FUERZAS FÍSICAS O INTELECTUALES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE Y QUE OCASIONE UN MENOSCABO IRREVERSIBLE DE, AL MENOS, 2/3 (DOS TERCIOS) DE SU CAPACIDAD DE TRABAJO, EVALUADO 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.
10. SINIESTRO: LA OCURRENCIA DEL RIESGO O EVENTO DAÑOSO CONTEMPLADO EN EL CONTRATO.

TÍTULO PRIMERO COBERTURA

CHUBB SEGUROS CHILE S.A., EN ADELANTE SE OBLIGA CONFORME A LAS MODALIDADES ESTIPULADAS EN EL POL 320160196 O Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO, A INDEMNIZAR AL ASEGURADO O A SUS BENEFICIARIOS, LAS LESIONES CORPORALES, LA INCAPACIDAD O LA MUERTE QUE ÉSTE SUFRA A CONSECUENCIAS DE UN ACCIDENTE.

LA COBERTURA CONTENIDA EN ESTE SEGURO, SE SUJETA A LAS CONDICIONES Y LÍMITES DE CADA PLAN ESPECÍFICO CONTRATADO, Y A LOS TÉRMINOS DE LAS CONDICIONES PARTICULARES.

PRIMERO: DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

LA CONTRATACIÓN DEL PLAN A PARA MUERTE ACCIDENTAL, REQUIERE EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL ASEGURADO, CON INDICACIÓN DEL MONTO ASEGURADO Y LA PERSONA DEL BENEFICIARIO, SEGÚN LO ESTABLECE EL ARTÍCULO 589 INCISO 2º DEL CÓDIGO DE COMERCIO. CONSIDERANDO EL CARÁCTER CONSENSUAL DEL SEGURO, EL CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO QUE SE EXIGE EN ESTE PÁRRAFO PODRÁ CONSTAR EN CUALQUIER ANTECEDENTE O MEDIO DE PRUEBA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 515 INCISO 1º DEL CITADO CÓDIGO.

1. COBERTURA PLAN A PARA MUERTE ACCIDENTAL, SOLO MAYORES DE 18 AÑOS.

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, CHUBB SEGUROS CHILE S.A. PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL MONTO ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RECIBIDAS Y APROBADAS LAS PRUEBAS EN CUANTO A QUE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRODUJO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA, COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN ACCIDENTE.

SE ENTENDERÁ COMO FALLECIMIENTO INMEDIATO AQUEL QUE OCURRA A CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN ACCIDENTAL OCURRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y QUE A CONSECUENCIA DE LA MISMA, EL ASEGURADO FALLEZCA A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

SI EL ASEGURADO FALLECIERA COMO CONSECUENCIA DE ALGÚN ACCIDENTE, CHUBB SEGUROS CHILE S.A. DEDUCIRÁ DE LA SUMA A PAGAR BAJO ESTA COBERTURA, EL IMPORTE TOTAL QUE HUBIERE YA PAGADO AL ASEGURADO POR EL MISMO ACCIDENTE BAJO LAS COBERTURAS DEFINIDAS EN LOS PLANES B, C, Y D EN CASO DE HABER SIDO CONTRATADAS.

PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL EL MONTO ASEGURADO SE ENCUENTRA LIMITADO DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TRAMOS DE EDAD:

- HASTA LOS 75 AÑOS SE OTORGA EL 100% DEL MONTO ASEGURADO
- 76-84 AÑOS SE REDUCE EN UN 50% EL MONTO ASEGURADO
- 85 EN ADELANTE SE REDUCE EN UN 25% EL MONTO ASEGURADO

2. COBERTURA PLAN B PARA INVALIDEZ TOTAL O PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE, PARA TODOS EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO RESULTE CON UNA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DE 2/3, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, CHUBB SEGUROS CHILE S.A. PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO.

PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DE 2/3 POR ACCIDENTE EL MONTO ASEGURADO SE ENCUENTRA LIMITADO DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TRAMOS DE EDAD:

- HASTA LOS 69 AÑOS SE OTORGA EL 100% DEL MONTO ASEGURADO
- 70-75 AÑOS SE REDUCE EN UN 50% EL MONTO ASEGURADO
- 76-84 SE REDUCE EN UN 25% EL MONTO ASEGURADO

EN AQUELLOS CASOS QUE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SE MANIFIESTE EN FORMA PROGRESIVA O NO, ESTA DEBERÁ SER ESTABLECIDA A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

3. COBERTURA PLAN C POR DESMEMBRAMIENTO, PARA TODOS EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA Y CUANDO LA LESIÓN NO OCASIONE LA PÉRDIDA DE LA VIDA DEL ASEGURADO 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

ANTES DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADO DESDE SU OCURRENCIA, CHUBB SEGUROS CHILE S.A. INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DEL MONTO ASEGURADO INDICADO, EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO:

100 %	EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN DE AMBOS 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, O DE UN PIE, O POR LA SORDERA COMPLETA DE AMBOS OÍDOS, O POR LA PÉRDIDA DEL HABLA;
50 %	POR LA CEGUERA TOTAL DE UN OJO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERE TENIDO CEGUERA TOTAL DEL OTRO ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO;
35 %	POR LA PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN DE UN OJO;
25 %	POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OÍDO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERA TENIDO SORDERA COMPLETA DEL OTRO, ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO;
20 %	POR LA PÉRDIDA TOTAL DEL PULGAR DE UNA MANO;
15 %	POR LA SORDERA TOTAL COMPLETA DE UN OÍDO;
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 INDEMNIZACIÓN POR LA PÉRDIDA TOTAL DE VARIOS DEDOS, SE DETERMINARÁ SUMANDO EL PORCENTAJE ASIGNADO A CADA UNO DE LOS DEDOS.

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA SE ENTIENDE POR:

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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 PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL DE CUALQUIER MIEMBRO, CUANDO SEA PERMANENTE E IRREVERSIBLE, SE CONSIDERARÁ COMO PÉRDIDA EFECTIVA DEL MISMO.

EN EL CASO DE OCURRIR MÁS DE UN SINIESTRO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, 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 ESTE PLAN C.

4. COBERTURA PLAN D POR REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, PARA TODOS

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, CHUBB SEGUROS CHILE S.A. REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO, HASTA EL MONTO MÁXIMO SEÑALADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO POR LOS GASTOS MÉDICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS, INCURRIDOS POR EL ASEGURADO QUE SEAN CONSECUENCIA INMEDIATA Y DIRECTA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, SIEMPRE QUE TALES GASTOS SEAN PRODUCTO DE ATENCIONES PRESTADAS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS DENTRO DE UN PLAZO DE CIENTO OCHENTA (180) DÍAS, CONTADO DESDE LA FECHA DE OCURRENCIA DE CADA ACCIDENTE, DE ACUERDO A LOS TOPES Y LÍMITES DEL SISTEMA CONVENIO Y LIBRE ELECCIÓN.

INCLUYE EL TRASLADO PRODUCTO DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA EN LA COBERTURA DE REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, HASTA EL MONTO CONTRATADO EN PLAN D.

SERÁ CONDICIÓN NECESARIA PARA PROCEDER AL REEMBOLSO LIBRE ELECCIÓN, LA PRESENTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE LAS BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES, COMPROBATORIAS DE LOS GASTOS EFECTUADOS.

EN CASO QUE EL ASEGURADO TUVIESE BENEFICIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD ESTATAL, PRIVADA Y/O BIENESTAR, DEBERÁ HACER USO DE ELLOS PREVIAMENTE. EN ESE EVENTO, NO SERÁ EXIGIBLE LA PRESENTACIÓN DE BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES, SI EN VEZ DE ELLAS SE PRESENTAN DOCUMENTOS COMPROBATORIOS DE LOS BENEFICIOS YA RECIBIDOS Y DEL REAL GASTO INCURRIDO POR EL ASEGURADO. EN ESTOS CASOS SÓLO SERÁN REEMBOLSADOS LOS GASTOS QUE REALMENTE SEAN DE CARGO DEL ASEGURADO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO TENGA ISAPRE O FONASA, SE CUBRIRÁ AL 100% DE LA PRESTACIÓN, Y EN CASO DE CONTAR CON SISTEMA DE SALUD; ISAPRE, FONASA U OTRO EL ASEGURADO DEBERA HACER USO PRIMERAMENTE DE SUS SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD.

MODALIDADES DE ATENCIÓN EN CASO ACCIDENTE

1. ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DE COORDINACIÓN TELEFONICA CHUBB
(ES PROTOCOLO LLAMAR A NÚMERO ASIGNADO PARA LA COORDINAR ATENCIÓN, LA EMPRESA DE ASISTENCIA AGENDARA ATENCIÓN PARA EL ASEGURADO EN LA RED DE PRESTADORES)

NÚMERO DE ACCESO PARA SOLICITAR ATENCIÓN POR ACCIDENTES

ACCIDENTES

FONO: +56 228203308

SE DEBE LLAMAR SIEMPRE A ESTE NÚMERO PARA COORDINAR ATENCIÓN MÉDICA CON CARGO AL SEGURO.

SI UD. ACCEDE A CUALQUIER CENTRO MÉDICO EN FORMA DIRECTA DEBERA PAGAR LOS SERVICIOS MÉDICOS Y SOLICITAR EL REEMBOLSO A TRAVÉS DE LACOMPAÑÍA.

RED DE PRESTADORES (INCLUYE MUTUAL DE SEGURIDAD A NIVEL NACIONAL)

<p>ZONA NORTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CLÍNICA SAN JOSÉ ▪ CLÍNICA ARICA ▪ CLÍNICA TARAPACÁ ▪ CLÍNICA IQUIQUE ▪ CLÍNICA EL LOA ▪ CLÍNICA ANTOFAGASTA ▪ CLÍNICA LA PORTADA ▪ HOSPITAL MILITAR 	<p>NORTE CHICO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ATACAMA SAFETY ▪ CLÍNICA ATACAMA ▪ CLÍNICA COQUIMBO ▪ AIMA SALUD ▪ CLÍNICA ELQUI ▪ EMI ▪ CENTRO MEDICO CHOAPAMED
<p>ZONA CENTRAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CLÍNICA RÍO BLANCO ▪ CLÍNICA LOS LEONES ▪ CLÍNICA LOS CARRERA ▪ CLÍNICA VALPARAÍSO ▪ HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR ▪ CLÍNICA REÑACA ▪ CLÍNICA SAN ANTONIO ▪ CLÍNICA SAN JULIÁN ▪ CLÍNICA ISAMÉDICA ▪ MUTUAL ▪ CLÍNICA LIRCAY 	<p>ZONA METROPOLITANA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CLÍNICA SANTA MARÍA ▪ CLÍNICA VESPUCCIO ▪ CLÍNICA LAS CONDES ▪ CLÍNICA ALEMANA ▪ CLÍNICA CORDILLERA ▪ CLÍNICA LOS MAITENES ▪ CLÍNICA BICENTENARIO
<p>ZONA SUR</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CLÍNICA CHILLAN ▪ SANATORIO ALEMÁN ▪ CLÍNICA UNIVERSITARIA DE CONCEPCIÓN ▪ CLÍNICA LOS ANDES ▪ CLÍNICA ALEMANA ▪ HOSPITAL CLÍNICO MAYOR ▪ CLÍNICA ALEMANA VALDIVIA ▪ CLÍNICA ALEMANA OSORNO ▪ CLÍNICA LOS ANDES ▪ CLÍNICA PUERTO MONTT ▪ CLÍNICA MAGALLANES 	

2. LIBRE ELECCIÓN

SISTEMA LIBRE ELECCIÓN - REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE CUBIERTOS POR LA PÓLIZA.

INCLUYE: LÍMITES Y TOPES PARA OTRAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR LA PÓLIZA DISTINTAS A TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA, LIBRE ELECCIÓN Y CONVENIOS EXCEPTUANDO LOS DEL PUNTO 9 DE LAS BASES TÉCNICAS DE LICITACIÓN, POR ASEGURADO INCLUIDO EN LA NÓMINA DE ASEGURADOS VIGENTES

- HONORARIOS MÉDICOS, EQUIPO MÉDICO Y EQUIPO TÉCNICO POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS Y HOSPITALIZACIONES UF 20 POR EVENTO
- DERECHO A PABELLÓN Y/O PABELLÓN AMBULATORIOS Y HOSPITALIZACIONES UF 15 POR EVENTO
- DÍA CAMA HOSPITALIZADO UF 15 POR DÍA, MÁXIMO A INDEMNIZAR 3 DÍAS POR EVENTO

- CONSULTA MÉDICA UF 2, MÁXIMO 3 CONSULTAS ANUALES
- CONSULTA MÉDICA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍAS AMBULATORIAS UF 2 POR DÍA, MÁXIMO 3 DÍAS POR EVENTO
- MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS UF 7 ANUALES
- MATERIALES E INSUMOS CLÍNICOS POR HOSPITALIZACIÓN Y/O AMBULATORIOS UF 15 POR EVENTO

INCLUYE:

TOPES DE ATENCIÓN EN CIRUGÍA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA LIBRE ELECCIÓN Y CONVENIOS EXCEPTUANDO LOS DEL PUNTO 9, SEGÚN BASES TÉCNICAS DE LICITACIÓN:

- SE INCLUYEN LOS SIGUIENTES TOPES PARA HONORARIOS DE CIRUGÍA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA, DÍAS CAMA, IMAGENOLOGÍA (RESONANCIA MAGNÉTICA):
- CIRUGÍAS CON TRAUMATÓLOGO TRATANTE, EL SEGURO CUBRIRÁ UN 100 % DE LOS HONORARIOS DEL EQUIPO MÉDICO, CON UN TOPE DE TRES VECES EL ARANCEL FONASA NIVEL 3.
- TOPE DÍA CAMA: 15 UF POR DÍA.
- TOPE DE RESONANCIA MAGNÉTICA, 15 UF.

TOPES DE ATENCIÓN EN KINESIOLOGÍA LIBRE ELECCIÓN Y CONVENIOS EXCEPTUANDO LOS DEL PUNTO 9, SEGÚN BASES DE LICITACIÓN:

- ATENCIONES AMBULATORIAS DE KINESIOLOGÍA: EL SEGURO CUBRIRÁ EN UN 100% LAS PRESTACIONES, CON UN TOPE DE 30 SESIONES KINESIOLÓGICAS Y CON UN MÁXIMO DE REMBOLSO DE \$ 15.000 (QUINCE MIL PESOS) POR CADA SESIÓN.

TOPES DE ATENCIÓN PARA LIBRE ELECCIÓN, CONVENIOS :

- CUBRE LAS ATENCIONES QUE DERIVEN DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES MÚSCULO ESQUELÉTICO, TENDINOPATÍAS Y LESIONES QUE SE DERIVEN DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA, CON TOPE DE UF 10 POR PERSONA Y CON UN LÍMITE MÁXIMO ANUAL DE UF 200 EN EL AGREGADO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

IMPORTANTE

LA PRESENTE COBERTURA NO REEMBOLSARÁ LOS GASTOS ANTERIORMENTE INDICADOS, CUANDO ELLOS PROVENGAN O SE ORIGINEN POR:

- LESIÓN CAUSADA POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS Y DEMÁS SUSTANCIAS DE EFECTOS ANÁLOGOS O SIMILARES.
- APARATOS AUDITIVOS, LENTES O ANTEOJOS ÓPTICOS, PRÓTESIS, ÓRTESIS, MIEMBROS ARTIFICIALES Y SUMINISTRO DE APARATOS O EQUIPOS ORTOPÉDICOS.
- LA ATENCIÓN OTORGADA POR UNA CLÍNICA PRIVADA EN EL DOMICILIO DEL ASEGURADO, SALVO QUE CORRESPONDA A UAN ATENCIÓN COORDINADA Y RECIBIDA POR EMPRESA DE ASISTENCIA.
- LA ATENCIÓN PARTICULAR DE ENFERMERÍA FUERA DEL RECINTO HOSPITALARIO.
- GASTOS POR ACOMPAÑANTES, MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO, INCLUYENDO ALOJAMIENTO, COMIDA Y SIMILARES, TERRITORIO NACIONAL.

SEGURO DE ASISTENCIA PLANES Y COBERTURAS

IMPORTANTE

EN CASO QUE LOS BENEFICIARIOS DE IND POSEAN UN SEGURO ASOCIADO A VIAJES AL EXTRANJERO, DEBERÁ UTILIZARLO EN PRIMERA INSTANCIA. SI LA COBERTURA NO FUESE SUFICIENTE O EL BENEFICIARIO DE IND NO POSEA SEGURO DE ASISTENCIA EN VIAJE, SE ACTIVARÁ LA ACTUAL PÓLIZA.

SERVICIO DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO, ATENCIÓN 24 HORAS, 7 DÍAS DE LA SEMANA. SE DEBE LLAMAR APENAS HAYA OCURRIDO LA SITUACION QUE AMERITA LA ASISTENCIA. EN TODO CASO PODRA LLAMAR HASTA 24 HORAS DESPUES EN CASO DE IMPOSIBILIDAD DE COMUNICARSE EN FORMA INMEDIATA.

TODO SERVICIO DEBE SER COORDINADO POR LA PLATAFORMA DE ASISTENCIA.

NÚMERO TELEFONICO DESDE CUALQUIER LUGAR :+56225836789 (COBRO REVERTIDO)

LLAMANDO A ESTE NÚMERO TELEFONICO LA EMPRESA DE ASISTENCIA COORDINARA LOS SERVICIOS REQUERIDOS POR EL ASEGURADO.

EMAIL: ASISTENCIA@EUROP-ASSISTANCE.CL

EN CASO DE NO PODER LLAMAR POR COBRO REVERTIDO COMUNICARSE CON EL NÚMERO +56225836700

ASISTENCIA EN VIAJES – PLAN WORLD (EUROPA Y RESTO DEL MUNDO)

	COBERTURA	MONTO MÁXIMO
B	REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS, ODONTOLOGICOS, MEDICAMENTOS Y EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	
B1	GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD	USD 50.000.-
B2	GASTOS ODONTOLOGICOS	USD 3.000.-
B3	REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS:	USD 3.000.-
B4	CONTINUACION DE TRATAMIENTO EN EL PAÍS DE RESIDENCIA	USD 3.000.-
C	GASTOS DE RECUPERACION EN HOTEL Y GASTOS DE ACOMPAÑANTE	
C1	RECUPERACIÓN EN HOTEL	MÁXIMO USD 1.000.- USD 100.- POR DÍA;
C2	COSTO DE PASAJE PARA ACOMPAÑANTE EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA	EQUIVALENTE A CLASE TURISTA
C3	COSTO DEL ALOJAMIENTO DEL ACOMPAÑANTE	MÁXIMO USD 1.000.- USD 100.- POR DÍA;
D	REPATRIACIÓN	
D1	REPATRIACIÓN FUNERARIA	USD 50.000.-
D2	REPATRIACIÓN EN VIDA – TRASLADO MÉDICO POR EMERGENCIA	USD 50.000.-
E	CANCELACION, INTERRUPCION, REGRESO ANTICIPADO DEL VIAJE Y RETORNO DE MENORES	
E1	CANCELACIÓN DEL VIAJE	HASTA USD 2.000.-
E2	INTERRUPCIÓN DEL VIAJE Y REGRESO ANTICIPADO – COBERTURA AMPLIA	HASTA USD 2.000.-
E3	INTERRUPCIÓN DEL VIAJE Y REGRESO ANTICIPADO POR FALLECIMIENTO DE FAMILIAR	HASTA USD 2.000.-
E4	REGRESO DE ACOMPAÑANTES	HASTA USD 1.000.-

E5	RETORNO DE MENORES	EQUIVALENTE A CLASE TURISTA
F	REEMBOLSO DE GASTOS POR RETRASO DEL VIAJE	HASTA USD 300.-
G	PÉRDIDA DE EQUIPAJE Y REMBOLSO DE GASTOS POR RETRASO DEL EQUIPAJE	
G1	PÉRDIDA DE EQUIPAJE	HASTA USD 2.000.-
G2	REEMBOLSO DE GASTOS POR DEMORA DE EQUIPAJE	HASTA USD 300.-
G3	ROBO DE COMPUTADOR PORTATIL	HASTA USD 300.-
H	PAGO DE FIANZAS Y HONORARIOS LEGALES	HASTA USD 19.000.-
	SUBLIMITE PARA PAGO DE FIANZAS	HASTA USD 7.000.-
	SUBLIMITE PARA PAGO DE HONORARIOS LEGALES	HASTA USD 5.000.-
	SUBLIMITE PARA TRANSFERENCIA DE FONDOS EN CASO DE URGENCIA JUSTIFICADA	HASTA USD 7.000.-
I	SERVICIOS ADICIONALES DE ASISTENCIA Y EMERGENCIA	
I1	SERVICIOS DE ASISTENCIA	INCLUIDO
I2	SERVICIO DE VIAJE DE EMERGENCIA	INCLUIDO
I3	SERVICIO DE RASTREO, BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJE	HASTA USD 1000.- (US\$100 X KG)
	ÁMBITO DE COBERTURA	INTERNACIONAL
	LÍMITE DE EDAD	75 AÑOS

ASISTENCIA EN VIAJES – PLAN REGIONAL (AMERICA LATINA)

	COBERTURA	MONTO MAXIMO
R	REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS, MEDICAMENTOS Y EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	
B1	GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD	USD 20.000.-
B2	GASTOS ODONTOLÓGICOS	USD 1.000.-
B3	REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS:	USD 1.000.-
B4	CONTINUACION DE TRATAMIENTO EN EL PAIS DE RESIDENCIA	USD 1.000.-
C	GASTOS DE RECUPERACIÓN EN HOTEL Y GASTOS DE ACOMPAÑANTE	
C1	RECUPERACIÓN EN HOTEL	MAXIMO USD 500.- USD 50.- POR DÍA;
C2	COSTO DE PASAJE PARA ACOMPAÑANTE EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA	EQUIVALENTE A CLASE TURISTA
C3	COSTO DEL ALOJAMIENTO DEL ACOMPAÑANTE	MAXIMO USD 500.- USD 50.- POR DÍA;
D	REPATRIACION	
D1	REPATRIACION FUNERARIA	USD 20.000.-
D2	REPATRIACION EN VIDA – TRASLADO MEDICO POR EMERGENCIA	USD 20.000.-
E	CANCELACIÓN, INTERRUPCIÓN, REGRESO ANTICIPADO DEL VIAJE Y RETORNO DE MENORES	
E1	CANCELACION DEL VIAJE	HASTA USD 1.000.-
E2	INTERRUPCIÓN DEL VIAJE Y REGRESO ANTICIPADO – COBERTURA AMPLIA	HASTA USD 1.000.-
E3	INTERRUPCIÓN DEL VIAJE Y REGRESO ANTICIPADO POR FALLECIMIENTO DE FAMILIAR	HASTA USD 1.000.-
E4	REGRESO DE ACOMPAÑANTES	HASTA USD 1.000.-
E5	RETORNO DE MENORES	EQUIVALENTE A CLASE TURISTA
F	REEMBOLSO DE GASTOS POR RETRASO DEL VIAJE	HASTA USD 50.-
G	PERDIDA DE EQUIPAJE Y REMBOLSO DE GASTOS POR RETRASO	

DEL EQUIPAJE		
G1	PERDIDA DE EQUIPAJE	HASTA USD 1.000.-
G2	REEMBOLSO DE GASTOS POR DEMORA DE EQUIPAJE	HASTA USD 50.-
G3	ROBO DE COMPUTADOR PORTATIL	HASTA USD 100.-
H	PAGO DE FIANZAS Y HONORARIOS LEGALES	HASTA USD 13.000.-
	SUBLIMITE PARA PAGO DE FIANZAS	HASTA USD 5.000.-
	SUBLIMITE PARA PAGO DE HONORARIOS LEGALES	HASTA USD 3.000.-
	SUBLIMITE PARA TRANSFERENCIA DE FONDOS EN CASO DE URGENCIA JUSTIFICADA	HASTA USD 5.000.-
I	SERVICIOS ADICIONALES DE ASISTENCIA Y EMERGENCIA	
I1	SERVICIOS DE ASISTENCIA	INCLUIDO
I2	SERVICIO DE VIAJE DE EMERGENCIA	INCLUIDO
I3	SERVICIO DE RASTREO, BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJE	HASTA USD 1000.- (US\$100 X KG)
	ÁMBITO DE COBERTURA	INTERNACIONAL, REGIONAL (LATAM)
	LIMITE DE EDAD	75 AÑOS

CONDICIONES PARTICULARES INCLUIDAS EN LA PÓLIZA:

RIESGOS CUBIERTOS Y CONDICIONES INCLUIDAS EN LA PÓLIZA:

1. ATENCIÓN MÉDICA POR ACCIDENTE PARA LOS BENEFICIARIOS LAS 24 HORAS DEL DÍA EN CHILE Y EN EL EXTRANJERO.
2. COBERTURA A DEPORTISTAS QUE PRACTIQUEN CUALQUIER TIPO DE DEPORTE Y DISCIPLINA DEPORTIVA, SIN EXCLUIR NI CONDICIONAR LA PRÁCTICA DE NINGÚN DEPORTE.
3. NO SE EXIGE EDAD MÍNIMA NI EDAD MÁXIMA PARA LA OBTENCIÓN DE LOS BENEFICIOS, A EXCEPCIÓN DE LOS MAYORES DE 64 AÑOS.
4. EL BENEFICIARIO DEBERÁ TENER LA POSIBILIDAD DE ELEGIR LIBREMENTE EL LUGAR DE ATENCIÓN, EN CHILE Y EL EXTRANJERO.
5. LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN MEDICA ATRAVÉS DE LA PLATAFORMA TELEFONICA CONSIDERA CONVENIOS DE ATENCIÓN EN UNO DE LOS SIGUIENTES CENTROS DE ATENCIÓN CON COBERTURA A NIVEL REGIONAL Y NACIONAL (CON PRESENCIA EN LAS 16 REGIONES DEL PAÍS):
 - MUTUAL DE SEGURIDAD
 - CLÍNICAS Y HOSPITALES
 - CENTROS DE IMAGENOLOGÍA
6. NO TIENE DEDUCIBLES.
7. LAS ATENCIONES MÉDICAS Y LAS COBERTURAS ESTÁN CUBIERTAS EN UN 100% EN LA RED CONVENIO MUTUAL, QUE TIENE SUCURSALES Y HORARIOS DE ATENCIÓN DEFINIDAS, Y, SE REALIZARÁN INDEPENDIENTEMENTE SI LOS DEPORTISTAS ASEGURADOS TIENEN ALGÚN TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD (FONASA, ISAPRE, CAPREDENA, ETC.) O NO. LA COMPAÑÍA ASEGURADORA INFORMARÁ A LOS BENEFICIARIOS QUE PRIMERO DEBEN RECURRIR A SU SISTEMA DE SALUD, PARA DESPUÉS HACER USO DEL SEGURO.
8. LA EMPRESA ASEGURADORA, REMITIRÁ EL PRIMER LUNES DE CADA MES A LA JEFATURA DE LA UNIDAD RESPONSABLE DE ADMINISTRAR EL SEGURO DEL INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES UN INFORME DE SINIESTRALIDAD Y CON COPIA AL CORREO PRODDAR@IND.CL, SI ESTE DÍA FUESE UN DÍA FERIADO, REMITIRÁ EL INFORME DE SINIESTRALIDAD EL DÍA HÁBIL SIGUIENTE.
9. EL INGRESO Y EGRESO DE DEPORTISTAS AL SEGURO ES PERMANENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.
10. LA COMPAÑÍA REALIZARÁ UNA PRESENTACIÓN DE SU PLAN DE TRABAJO AL INICIO LA CUAL CONTEMPLA:
 - SEMINARIO INFORMATIVO A LOS BENEFICIARIOS Y FUNCIONARIOS MINDEP E IND.

- ENTREGA DE MATERIAL GRÁFICO INFORMATIVO DE LOS SERVICIOS ENTREGADOS POR LA ASEGURADORA A LOS BENEFICIARIOS ACORDADO CON EL ÁREA DE COMUNICACIONES DEL IND PARA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL.

- SEMINARIOS INFORMATIVOS TRIMESTRALES PARA LOS BENEFICIARIOS.

- ENTREGA DE MATERIAL DE APOYO TRIMESTRALMENTE TALES COMO DOCUMENTOS DE DIFUSIÓN, ESCRITOS Y ELECTRÓNICOS QUE PERMITAN A LOS USUARIOS (DEPORTISTAS E INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES) CONOCER EL FUNCIONAMIENTO Y COBERTURAS DEL SEGURO.

- ENVIARÁ INFORMACIÓN A LOS BENEFICIARIOS Y A LA UNIDAD RESPONSABLE DE ADMINISTRAR EL SEGURO A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO DE SUS REEMBOLSOS EJECUTADOS.

- LA COMPAÑÍA ORGANIZARÁ UNA REUNIÓN TRIMESTRAL CON LOS ENCARGADOS DEL SEGURO DEL INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES, LA CUAL SE DEBERÁ COORDINAR CON LA DEBIDA ANTELACIÓN DE LAS PARTES.

11. PARA LOS CASOS RECHAZADOS POR SINIESTROS INFORMADOS A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS, SE ESTABLECERÁ UNA MESA CONJUNTA ENTRE LA ASEGURADORA Y EL INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES, PARA LA EVALUACIÓN DE ÉSTOS CADA VEZ QUE EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO LO REQUIERA, CON LA DEBIDA ANTELACIÓN DE LAS PARTES PARA COORDINAR LA REUNIÓN.

12. CONSIDERA LA COBERTURA DE LOS DEPORTISTAS UNA VEZ INCORPORADOS EN ALGUNO DE LOS PROGRAMAS ASEGURADOS E INFORMADOS A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

13. LA NÓMINA DE ASEGURADOS PODRÁ SER MODIFICADA LAS VECES QUE SEA NECESARIO, POR LO TANTO, LA PÓLIZA DEBERÁ CONSIDERAR QUE LOS CUPOS SON REEMPLAZABLES.

14. LOS BENEFICIARIOS DE LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, SON LOS HEREDEROS DEL ASEGURADO, O EN SU DEFECTO A QUIEN HAYA SIDO DESIGNADA EN EL FORMULARIO “DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS” ENTREGADO E INFORMADO AL ADJUDICATARIO, AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE EJECUCIÓN DE SERVICIOS. SERÁ RESPONSABILIDAD DEL ORGANISMO CONTRATANTE ENTREGAR DICHO FORMULARIO POR CADA UNO DE LOS ASEGURADOS.

15. LA COMPAÑÍA CHUBB Y/O WIENECKE CORREDORES DE SEGUROS LTDA., DARÁN RESPUESTA EN 48 HRS. VÍA CORREO ELECTRÓNICO TODAS LAS CONSULTAS QUE SE LES REALICE EN RELACIÓN CON LA PÓLIZA DEL SEGURO.

INTERMEDIARIOS: WIENECKE CORREDORES DE SEGUROS LTDA., FONO: 22 2025737.

SRA. MAGDALENA ALBORNOZ – ÁREA SINIESTROS – SINIESTROS@WIENECKESEGUROS.CL

SRA. LILIANA PEÑA – ADMINISTRACIÓN – ADMINISTRACIONVIDA@WIENECKESEGUROS.CL

16. PARA EL CASO DE LOS MENORES DE 18 AÑOS, EL REEMBOLSO DEL SINIESTRO DEBE SER PAGADO A LOS TUTORES O PADRES. SI ES EN REGIONES SERÁ DEPOSITADO EN ALGÚN TIPO DE CUENTA BANCARIA DEL TUTOR O PADRE, INFORMANDO VÍA CORREO ELECTRÓNICO DE ESTE REEMBOLSO AL DEPORTISTA.

17. INCLUYE ASESORÍA EN VIAJE, ENTREGA DE ASESORÍA AL DEPORTISTA O A SU REPRESENTANTE EN MODALIDAD DE ATENCIÓN 24 HRS., LOS SIETE DÍAS DE LA SEMANA EN IDIOMA ESPAÑOL CUANDO SE REQUIERA DE ORIENTACIÓN PARA LA ACTIVACIÓN Y USO DEL SEGURO.

18. INCLUYE ENTREGA DE 1000 INFO-CARD CON DATOS RELEVANTES PARA ESTE PROCESO.

CONVENIO MUTUAL DE SEGURIDAD – SISTEMA DE ATENCIÓN EN CONVENIO

(ACCESO A TRAVES DE PLATAFORMA TELEFONICA)

CONVENIOS DE ATENCIÓN EN UNO DE LOS SIGUIENTES CENTROS DE ATENCIÓN CON COBERTURA A NIVEL REGIONAL Y NACIONAL (CON PRESENCIA EN LAS 16 REGIONES DEL PAÍS):

MUTUAL DE SEGURIDAD

CENTRO DE IMAGENOLOGÍA

(NOTA: NO ES REQUISITO QUE LOS DEPORTISTAS MENORES DE 14 AÑOS SEAN ATENDIDOS EN ALGUNA DE LAS MUTUALIDADES SEÑALADAS), Y ESTOS SERÁN DERIVADOS A OTRO CENTRO ASISTENCIAL.

CONVENIOS DE SALUD E IMAGENOLOGÍA – SISTEMA DE ATENCIÓN EN CONVENIO

MUTUAL CUENTA CON CENTROS DE ATENCIÓN EN TODAS LAS REGIONES DEL PAÍS Y AL MENOS UN CENTRO EN CONVENIO DE IMAGENOLOGÍA POR REGIÓN.

5. COBERTURA PLAN F POR GASTOS FUNERARIOS

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, CHUBB SEGUROS CHILE S.A. PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO LOS GASTOS FUNERARIOS EN QUE DEBERÍA INCURRIR COMO CONSECUENCIA DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DE ÉSTE.

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA, SE ENTENDERÁ POR GASTOS FUNERARIOS EL DE LA COMPRA DE LA URNA, ATAÚD, ÁNFORA O COFRE; EL SERVICIO DE TRANSPORTE DE LOS RESTOS; LA PUBLICACIÓN DEL FALLECIMIENTO EN UN DIARIO DEL DOMICILIO DEL ASEGURADO FALLECIDO; GASTOS DE SEPULTURA Y LOS DEL SERVICIO RELIGIOSO.

SE PAGARÁN LOS GASTOS FUNERARIOS SI LA MUERTE OCURRE DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL E INTERNACIONAL Y, EN TODO CASO HASTA EL MONTO MÁXIMO INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO.

SE OTORGA COBERTURA DE:

INDEMNIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD

LA COBERTURA INDEMNIZA AL ASEGURADO UF 1 POR DÍA QUE ESTE HOSPITALIZADO POR ENFERMEDAD, LA COBERTURA RIGE A CONTAR DEL TERCER DÍA DE ESTAR HOSPITALIZADO Y CUBRE HASTA SIETE DÍAS. CARENCIA 60 DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INGRESO DEL DEPORTISTA A LA PÓLIZA.

FORMA PARTE INTEGRAL DE ESTA PÓLIZA ANEXO 1 INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE, INSTRUCTIVO PROGRAMA DE BECAS PARA DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO (PRODDAR) Y DEL PROGRAMA POTENCIAL 2018 – 2019.

SEGUNDO: RIESGOS EXCLUIDOS

QUEDA EXCLUIDO DE ESTE SEGURO, LOS DAÑOS QUE TENGAN SU ORIGEN EN EL FALLECIMIENTO O LESIONES DEL ASEGURADO, QUE SE PRODUZCAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE, TOTAL O PARCIALMENTE A CONSECUENCIA DE:

1. PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN ACTO TERRORISTA, ENTENDIÉNDOSE 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
2. LA PARTICIPACIÓN EN PELEAS O RIÑAS, SALVO EN AQUELLOS CASOS EN QUE SE ESTABLEZCA JUDICIALMENTE QUE SE HA TRATADO DE LEGÍTIMA DEFENSA.
3. PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN GUERRA, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, SUBLEVACIÓN, SEDICIÓN, CONSPIRACIÓN O MOTÍN, PODER MILITAR, OPERACIONES MILITARES PARA LA OBTENCIÓN O MANTENCIÓN DE LA PAZ, SABOTAJE, TUMULTO O CONMOCIÓN CONTRA EL ORDEN PÚBLICO, DENTRO O FUERA DEL PAÍS.
4. ACTO DELICTIVO COMETIDO, EN CALIDAD DE AUTOR O CÓMPLICE, POR QUIEN PUDIERE VERSE BENEFICIADO POR EL PAGO DE LA CANTIDAD ASEGURADA.

5. SUICIDIO O INTENTO DEL MISMO, AUTO MUTILACIÓN O AUTOLESIÓN, O POR LESIONES INFERIDAS AL ASEGURADO POR SÍ MISMO O POR TERCEROS CON SU CONSENTIMIENTO, CUALQUIERA SEA LA ÉPOCA EN QUE OCURRA, YA SEA ESTANDO EN SU PLENO JUICIO O ENAJENADO MENTALMENTE.
6. ATAQUES CARDÍACOS, PARÁLISIS; NI LOS QUE OCURRAN ESTANDO EL ASEGURADO EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ, CUYO GRADO SEA SUPERIOR A 0.8 GRAMOS DE ALCOHOL POR 1.000 GRAMOS DE SANGRE AL MOMENTO DEL ACCIDENTE, O BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS, SOMNÍFEROS, ALUCINÓGENOS O DESINHIBITORIOS, AUN CUANDO ELLA SEA PARCIAL O EN ESTADO DE SONAMBULISMO
7. HERNIAS Y SUS CONSECUENCIAS, SEA CUAL FUERE LA CAUSA DE QUE PROVENGAN.
8. EL USO, LA LIBERACIÓN O EL ESCAPE DE LOS MATERIALES NUCLEARES QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE RESULTE EN UNA REACCIÓN NUCLEAR, RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN RADIATIVA. ADEMÁS, ESTÁN EXCLUIDAS LAS CONSECUENCIAS DE DISPERSIÓN, UTILIZACIÓN O ESCAPE DE MATERIALES BIOLÓGICOS Y QUÍMICOS PATOGENICOS O VENENOSOS. SIN EMBARGO, LO MENCIONADO ANTERIORMENTE SE APLICA SOLAMENTE SI 50 O MÁS PERSONAS RESULTAN MUERTAS O SUFREN LESIÓN FÍSICA SERIA, DENTRO DEL PLAZO DE 90 DÍAS DE LA OCURRENCIA DEL INCIDENTE Y QUE CAUSE LA MUERTE O LESIÓN FÍSICA SERIA. PARA LOS PROPÓSITOS DE ESTA DISPOSICIÓN, LESIÓN FÍSICA SERIA SIGNIFICA: (A) LESIÓN FÍSICA QUE IMPLICA UN RIESGO SUBSTANCIAL DE LA MUERTE; O (B) DESFIGURACIÓN FÍSICA PROLONGADA Y OBVIA; O (C) PÉRDIDA PROLONGADA O DEBILITACIÓN DE LA FUNCIÓN DE UN MIEMBRO CORPORAL U ÓRGANO.
9. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, EXCEPTO CIRUGÍA REPARADORA EN CASO O PRODUCTO DE UN ACCIDENTE QUE SEA NECESARIA, POR LAS LESIONES SUFRIDAS.
10. INFECCIONES BACTERIANAS, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTAS NO SEAN A CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN ACCIDENTAL CUBIERTA POR ESTE SEGURO.
11. ESTE SEGURO NO OTORGA COBERTURA EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, O SUS EMPLEADOS O PERSONAS RELACIONADAS, TENGA ALGUNA RELACIÓN O SE ENCUENTRE INCLUIDO EN ACTIVIDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ACTIVIDADES TERRORISTAS, LAVADO DE ACTIVOS O DE SIMILAR NATURALEZA, INCLUYENDO, PERO SIN ESTAR LIMITADAS, A LAS LISTAS O SANCIONES DISPUESTAS POR LA OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS (OFAC, SEGÚN SUS SIGLAS EN INGLÉS) DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE LOS EEUU. SE EXCLUYEN DE COBERTURA, EXPRESAMENTE, AQUELLOS SINIESTROS Y TODA Y CUALQUIER PÉRDIDA RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON OPERACIONES, NEGOCIOS, CONTRATOS O VÍNCULOS DE CUALQUIER NATURALEZA CON PAÍSES O PERSONAS INCLUIDAS EN DICHAS LISTAS, O CUYO PAGO DEBA SER EFECTUADO A PERSONAS O PAÍSES DESIGNADOS (SPECIALLY DESIGNATED NATIONALS LIST, SDN).

TERCERO: FORMA DE INDEMNIZAR

LA FORMA DE INDEMNIZAR SE AJUSTARÁ A LAS NORMAS CONTENIDAS EN EL PRESENTE CONDICIONADO Y, A LOS TÉRMINOS PACTADOS EN LOS CONDICIONADOS PARTICULARES DE ESTE SEGURO. TODO SEGÚN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 563 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

LA OBLIGACIÓN DE CHUBB SEGUROS CHILE S.A. DE INDEMNIZAR OCURRIDO EL RIESGO ASEGURADO, SERÁ EXIGIBLE UNA VEZ DETERMINADA LA PÉRDIDA O 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. RIGEN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

CUARTO: SUMA ASEGURADA Y LÍMITE DE LA INDEMNIZACIÓN SEGÚN CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

LA SUMA ASEGURADA CONSTITUYE EL LÍMITE MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN QUE SE OBLIGA A PAGAR EL ASEGURADOR EN CASO DE SINIESTRO, Y SERÁ DETERMINADA SEGÚN LAS REGLAS CONTENIDAS EN ESTE CONDICIONADO Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO.

TÍTULO SEGUNDO: REGLAS GENERALES

PRIMERO: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

EL 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 PACTADAS.
3. LAS DEMÁS OBLIGACIONES, DEBERES O CARGAS QUE CONTEMPLA LA LEY, ESTE CONDICIONADO GENERAL, CLAUSULAS ADICIONALES Y CONDICIONES PARTICULARES.
4. CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA O DOCUMENTO FALSO POR PARTE DEL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS, SERÁ CAUSAL DE PAGO DE NO SINIESTRO Y TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO.

SI EL CONTRATANTE DEL SEGURO Y EL ASEGURADO SON PERSONAS DISTINTAS, CORRESPONDE AL CONTRATANTE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO, SALVO AQUELLAS QUE POR SU NATURALEZA DEBEN SER CUMPLIDAS POR EL ASEGURADO.

INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE, DECLARA QUE CUMPLIÓ CON EL REQUISITO DE OBTENER EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL ASEGURADO, A QUIEN LE FUE INDICADO EL MONTO ASEGURADO, Y LA PERSONA DEL BENEFICIARIO DE ESTE SEGURO, CUMPLIÉNDOSE DE ESTE MANERA LO PRESCRITO EN EL ARTÍCULO 589 INCISO SEGUNDO DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

PÓLIZA NOMINADA.

INFORMACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS:

LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA COMPAÑÍA PARA REALIZAR LA CARGA INICIAL DE LA NÓMINA DE ASEGURADOS, DEBE SER ENVIADA POR EL CONTRATANTE EN UN ARCHIVO EXCEL CON LOS SIGUIENTES DATOS:

DATOS DEPORTISTA TITULAR

- A) NOMBRES
- B) APELLIDO PATERNO
- C) APELLIDO MATERNO
- D) R.U.T. (SIN DÍGITO VERIFICADOR Y SIN SEPARADOR DE MILES)
- E) DÍGITO VERIFICADOR DE R.U.T.
- F) FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)
- G) SEXO (M O F)
- H) DISCIPLINA

SEGUNDO: DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO,

PLAZO DE PRESENTACIÓN REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES:

- a. NOTIFICAR AL ASEGURADOR, DENTRO DEL PLAZO DE 60 DÍAS, DE LA OCURRENCIA DE CUALQUIER HECHO QUE PUEDA CONSTITUIR O CONSTITUYA UN SINIESTRO, ESTO ES, UN HECHO DAÑOSO CONTEMPLADO Y CUBIERTO EN ESTA PÓLIZA.
- b. ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO DENUNCIADO, Y DECLARAR FIELMENTE Y SIN RETICENCIA, SUS CIRCUNSTANCIAS Y CONSECUENCIAS.

TERCERO: TERMINACIÓN ANTICIPADA

EL ASEGURADOR PODRÁ PONER TÉRMINO ANTICIPADAMENTE AL CONTRATO, EN LOS TÉRMINOS DISPUESTOS EN EL ARTÍCULO 537 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. LA COMPAÑÍA 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.

ADEMÁS DE LAS CAUSALES LEGALES DE TÉRMINO ANTICIPADO, Y SÓLO A MODO EJEMPLAR, Y SIN QUE LA SIGUIENTE ENUNCIACIÓN SEA CONSIDERADA COMO TAXATIVA O EXCLUYENTE DE OTRAS CAUSALES, LA COMPAÑÍA PODRÁ PONER TÉRMINO ANTICIPADO A ESTE SEGURO EN RAZÓN DE CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DEL RIESGO CUBIERTO.

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 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.

CUARTO: COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

LAS COMUNICACIONES DEL ASEGURADOR AL CONTRATANTE, TOMADOR, ASEGURADO 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 CONTRATANTE, TOMADOR, ASEGURADO 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, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

EL 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, ASEGURADO O BENEFICIARIO DEBERÁN SER POR ESCRITO, Y REMITIDAS AL DOMICILIO DEL ASEGURADOR INDICADO EN LA PÓLIZA.

QUINTO: REGLAS SOBRE EL BENEFICIARIO

1. DESIGNACIÓN DE O LOS BENEFICIARIOS

LA DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO PODRÁ HACERSE EN LOS CONDICIONADOS PARTICULARES DE ESTE SEGURO, EN UNA POSTERIOR DECLARACIÓN ESCRITA COMUNICADA AL ASEGURADOR O EN TESTAMENTO. SI AL MOMENTO DE LA MUERTE REAL O PRESUNTA DEL ASEGURADO NO HUBIERE BENEFICIARIOS NI REGLAS PARA SU DETERMINACIÓN, SE TENDRÁ POR TALES A SUS HEREDEROS.

LOS BENEFICIARIOS QUE SEAN HEREDEROS CONSERVARÁN DICHA CONDICIÓN AUNQUE REPUDIEN LA HERENCIA.

LA MISMA DISPOSICIÓN SE APLICARÁ CUANDO EL ASEGURADO Y EL BENEFICIARIO ÚNICO MUERAN SIMULTÁNEAMENTE, O SE IGNORE CUÁL DE ELLOS HA MUERTO PRIMERO.

LA DESIGNACIÓN DEL CÓNYUGE COMO BENEFICIARIO SE ENTENDERÁ HECHA AL QUE LO SEA EN EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.

2. REVOCACIÓN DEL O LOS BENEFICIARIOS

EL CONTRATANTE O TOMADOR DE ESTE SEGURO PUEDE REVOCAR LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO EN CUALQUIER MOMENTO, A MENOS QUE HAYA RENUNCIADO A ESTA FACULTAD POR ESCRITO. EN ESTE ÚLTIMO CASO, PARA CAMBIAR AL BENEFICIARIO DESIGNADO DEBERÁ OBTENER SU CONSENTIMIENTO.

3. PLURALIDAD DE BENEFICIARIOS

SI LA DESIGNACIÓN SE HACE EN FAVOR DE VARIOS BENEFICIARIOS, LA PRESTACIÓN CONVENIDA SE DISTRIBUIRÁ, SALVO ESTIPULACIÓN EN CONTRARIO, POR PARTES IGUALES. CUANDO SE HAGA EN FAVOR DE LOS HEREDEROS, LA DISTRIBUCIÓN TENDRÁ LUGAR EN PROPORCIÓN A LA CUOTA HEREDITARIA, SALVO PACTO EN CONTRARIO. LA PARTE NO ADQUIRIDA POR UN BENEFICIARIO ACRECERÁ A LOS DEMÁS.

SEXTO: SUBROGACIÓN

POR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, EL ASEGURADOR SE SUBROGA DE PLENO DERECHO EN LOS DERECHOS Y ACCIONES QUE EL ASEGURADO TENGA EN CONTRA DE TERCEROS EN RAZÓN DEL SINIESTRO, SEGÚN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN ESTE CONDICIONADO Y EN EL ARTÍCULO 534 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

SÉPTIMO: DERECHO DE RETRACTO

PARA LOS CASOS DE CONTRATACIÓN A DISTANCIA, EL CONTRATANTE O ASEGURADO TENDRÁ LA FACULTAD DE RETRACTARSE DENTRO DEL PLAZO DE DIEZ DÍAS, CONTADO DESDE QUE RECIBA LA PÓLIZA, SIN EXPRESIÓN DE CAUSA NI CARGO ALGUNO, TENIENDO EL DERECHO A LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA QUE HUBIERE PAGADO, EN LOS TÉRMINOS DISPUESTOS EN EL ARTÍCULO 538 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. NO OBSTANTE, ESTE DERECHO NO PODRÁ SER EJERCIDO SI SE HUBIERE VERIFICADO UN SINIESTRO O SI EL PLAZO DE VIGENCIA DEL CONTRATO ES INFERIOR A LOS DIEZ DÍAS CONTEMPLADOS PARA EL DESISTIMIENTO DEL SEGURO.

OCTAVO: REAJUSTE DE VALORES

EL CAPITAL ASEGURADO Y EL MONTO DE LA PRIMA SE EXPRESARÁN EN MONEDA EXTRANJERA, EN UNIDADES DE FOMENTO U OTRA UNIDAD REAJUSTABLE AUTORIZADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS, QUE SE ESTABLEZCA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO.

EL VALOR DE LA UNIDAD DE FOMENTO O DE LA UNIDAD REAJUSTABLE SEÑALADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, QUE SE CONSIDERARÁ PARA EL PAGO DE PRIMA Y BENEFICIOS, SERÁ EL VIGENTE AL MOMENTO DE SU PAGO EFECTIVO.

SI LA MONEDA O UNIDAD ESTIPULADA DEJARE DE EXISTIR, SE APLICARÁ EN SU LUGAR AQUELLA QUE OFICIALMENTE LA REEMPLACE, A MENOS QUE EL CONTRATANTE NO ACEPTARE LA NUEVA UNIDAD Y LO COMUNICARE ASÍ A LA COMPAÑÍA DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN QUE ÉSTA LE HICIERE SOBRE EL CAMBIO DE UNIDAD, EN CUYO CASO SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

NOVENO: EXONERACIÓN DEL ASEGURADOR DE SU OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR

SALVO LOS CASOS EXPRESAMENTE REGULADOS EN ESTE CONDICIONADO, CUALQUIER INCUMPLIMIENTO DEL 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 ARTÍCULO 537 Y 539 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

DÉCIMO: 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 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 PRIMERO: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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 NINGÚN CASO PODRÁ DESIGNARSE EN EL CONTRATO DE SEGURO, DE ANTEMANO, A LA PERSONA DEL ÁRBITRO.

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, EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 543 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

NO SERÁN APLICABLES AL CONTRATO DE SEGURO LAS REGLAS SOBRE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTENIDAS EN LA LEY 19.496.

DÉCIMO SEGUNDO: DOMICILIO

PARA LOS EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGURO, LAS PARTES FIJAN COMO DOMICILIO SANTIAGO.

MODALIDADES DE PAGO: AL CONTADO

COMISIÓN CORREDOR: 20%

CONDICIONES GENERALES

SE APLICARÁN AL SIGUIENTE CONTRATO DE SEGURO LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA PÓLIZA DEPOSITADA BAJO EL CÓDIGO POL320160196.

ANEXO I : INSTRUCTIVO PARA ASEGURADOS
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE

INSTRUCTIVO PROGRAMA DE BECAS PARA DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO (PRODDAR) Y DEL PROGRAMA POTENCIAL 2018 – 2019.

PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES POL 320160196 DE LA CMF

ESTE SEGURO CUBRE LAS 24 HRS. DEL DÍA, EN CHILE Y EN EL EXTRANJERO, DEBE CONTEMPLAR CUALQUIER TIPO DE DEPORTE Y/O DISCIPLINA DEPORTIVA, SEAN ESTAS COMPETENCIAS O ENTRENAMIENTOS DEPORTIVOS, SEGÚN BASES DE LICITACIÓN.

NO CUBRE PREEXISTENCIAS DERIVADAS DE ACCIDENTES ANTERIORES A LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

REQUISITOS PARA ESTAR ASEGURADO:

1. ESTAR EN NÓMINA VIGENTE E INFORMADO A CHUBB SEGUROS CHILE S.A.,
2. EL RUT DEL ASEGURADO DEBERÁ ESTAR CORRECTAMENTE INFORMADO, DE LO CONTRARIO NO SE ENCUENTRA CON COBERTURA.
3. EL DEPORTISTA QUE NO ESTÁ EN NÓMINAS NO SE ENCUENTRA ASEGURADO.
4. LA COBERTURA DE REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, TIENE LA OPCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA POR CENTRAL DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN LIBRE ELECCIÓN.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ASEGURADOS (ATENCIÓN CON CONVENIO PRESTADORES MEDICOS)

COMO FUNCIONA:

- 1.- LLAMAR A CENTRAL DE ASISTENCIA NUMERO +56 228203308., LAS 24 HORAS DEL DÍA LOS 365 DIAS DEL AÑO.
- 2.- IDENTIFICARSE CON SU NUMERO DE CEDULA DE IDENTIDAD, PARA QUE LA ASISTENCIA CHEQUEE SU CALIDAD DE ASEGURADO Y PROCEDER CON LA COORDINACIÓN MEDICA NECESARIA.
- 3.- LA EMPRESA DE ASISTENCIA LE PROPONDRÁ EL CENTRO MEDICO DONDE CONCURRIR, E LOS CUALES EXISTE IMED COMO HERAMIENTA PARA EL USO DEL SISTEMA DEL SALUD DEL ASEGURADO, LA DIFERENCIA NO CUBIERTA POR EL SISTEMA DE SALUD DEL ASEGURADO LO CUBRE CHUBB HASTA EL TOPE DE LA COBERTURA POR EVENTO.
- 4.- EN CASO DE REQUERIR NUEVAS ATENCIONES A CONSECUENCIAS DEL MISMO ACCIDENTE, PUEDE COORDINAR LOS SERVICIOS A TRAVÉS DE LA EMPRESA DE ASISTENCIA.
- 5.- DE EXISTIR GASTOS QUE SEAN EFECTUADOS FUERA DE LA CLINICA A LA CUAL FUE DERIVADO EL ASEGURADO, PODRAN SER REEMBOLSADOS POR LA COMPAÑÍA DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO DE LIBRE ELECCIÓN QUE YA SE HA EXPLICITADO.
- 6.- EN CASO DE SER NECESARIA UNA HOSPITALIZACIÓN Y/O INTERVENCIÓN QUIRURGICA, SE SOLICITARA QUE EL ASEGURADO FIRME PAGARE POR RL POTENCIAL MAYOR COSTO DE COBERTURA EN CASO QUE SUPERE EL MONTO ASEGURADO (UF400).

PLAZO DE PRESENTACIÓN REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES:

PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES, EL PLAZO DE NOTIFICACIÓN DE GASTOS ES 60 DÍAS CORRIDOS DESDE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, FUERA DE ESE PLAZO EL SEGURO NO CUBRIRÁ LOS GASTOS.

SISTEMA LIBRE ELECCIÓN O SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES :

LOS DEPORTISTAS QUE HAGAN USO DEL SEGURO PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES EN MODALIDAD “LIBRE ELECCIÓN”, PARA SOLICITAR EL REEMBOLSO A LA COMPAÑÍA, DEBEN PRIMERO HACER USO OBLIGATORIAMENTE DE SU SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD.

LA COBERTURA CONSIDERA EL 100% DE REEMBOLSO PARA QUIENES NO CUENTEN CONN SISTEMA DE SALUD.

EL MÉDICO TRATANTE DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO LIBRE ELECCIÓN CON FECHA, FIRMA, RUT Y REGISTRO DEL COLEGIO MÉDICO PROPORCIONADO A IND, POR CHUBB SEGUROS CHILE S.A. CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA EN QUE EL ASEGURADO HAYA INFORMADO EN ESTE FORMULARIO LIBERA A LA COMPAÑÍA DE TODA RESPONSABILIDAD EN ESTE RECLAMO Y ES CAUSAL DE NO PAGO DEL SINIESTRO, FACULTANDO A LA ASEGURADORA PARA CORROBORAR LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN DICHO FORMULARIO.

CADA DEPORTISTA DEBERÁ ENTREGAR LOS GASTOS DE LOS REEMBOLSOS LIBRE ELECCIÓN, EN MIRAFLORES 222 PISO 11 , SANTIAGO, MESA DE ENTRADA DE SINIESTROS, SRTA. FRANCISCA VIVEROS.

EL PAGO SE REALIZARÁ CON VALE VISTA DEL BANCO BCI.

MONTOS ANUALES DE COBERTURA POR DEPORTISTA:

POLIZA 12-7636240/ ENDOSO N°: 91377

- MUERTE ACCIDENTAL	UF 500
- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE	UF 500
- DESMEMBRAMIENTO	UF 500
- REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	UF 400
- GASTOS FUNERARIOS	UF 70

EL CAPITAL ASEGURADO PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, ES POR EVENTO.
ESTA PÓLIZA NO CUBRE ENFERMEDADES, SÓLO ACCIDENTES.

DOCUMENTOS SOLICITADOS EN ORIGINAL, LIBRE ELECCIÓN PARA REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES:

- FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE LIBRE ELECCIÓN, DEBIDAMENTE COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO, CON FECHA, RUT Y REGISTRO DEL COLEGIO MÉDICO.
- HABER HECHO USO PRIMERO DE SU SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD.
- BONOS DE ATENCIONES EN ORIGINAL.
- ÓRDENES MÉDICAS (RADIOGRAFÍA, ETC.) EN ORIGINAL.
- RECETAS MÉDICAS FIRMADAS CON DETALLE DE MEDICAMENTOS RECETADOS, Y SUS RESPECTIVAS BOLETAS DE FARMACIAS TIMBRADAS EN ORIGINAL.
- PROGRAMA MÉDICO Y TODOS LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ACCIDENTADO, ETC. EN ORIGINAL.

CHUBB SEGUROS CHILE S.A