



OFICIO N° NC-01375/2023

ANT.: El Oficio N°366-2023, de 29 de septiembre de 2023, de la Abogada Secretaria de Comisiones de la H. Cámara de Diputados.

MAT.: Informa.

Santiago, 17 de octubre del 2023

**DE: JAIME PIZARRO HERRERA
MINISTRO
MINISTERIO DEL DEPORTE**

**A: RICARDO CIFUENTES LILLO
PRESIDENTE
CÁMARA DE DIPUTADOS**

Por documento del Ant., la Abogada Secretaria de Comisiones de la H. Cámara de Diputados, Sra. Ana María Skoknic Defilippis, puso en conocimiento de esta autoridad lo solicitado por la Presidenta de la Comisión de Salud, H. Diputada Ana María Gazmuri Vieira, respecto de informar sobre las estrategias en materia de salud que se van a aplicar para el resguardo de los deportistas que participen en los juegos Panamericanos y Parapanamericanos 2023.

Al respecto cabe señalar que, de acuerdo a la información obtenida del Instituto Nacional de Deportes de Chile y la Corporación XIX Juegos Panamericanos Santiago 2023, encargada de la organización del referido evento, se han tomado seguros de accidentes personales tanto para las delegaciones (deportista, entrenadores, etc.) como para la organización (oficiales, voluntarios, etc.). Se adjuntan ambas pólizas.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Deportes de Chile cuenta con un seguro de accidentes personales y lesiones deportivas con cobertura para 1.000 deportistas. Este seguro opera en segunda instancia, en caso de que el primer seguro no sea suficiente. Se adjunta la póliza respectiva.

Adicional a lo anterior, existirán profesionales del equipo multidisciplinario de la Unidad de Ciencias Aplicadas al Deporte (UCAD) del citado Instituto, formando parte de la delegación chilena y, además, otro grupo de esa Unidad estará apoyando en diferentes recintos. Se adjunta informe y planilla que detallan estos aspectos.

Sin otro particular, se despide cordialmente,




**JAIME PIZARRO HERRERA
MINISTRO
MINISTERIO DEL DEPORTE**

HCC/VPS/CLE

Anexos

Nombre	Tipo	Archivo	Copias	Hojas
OFICIO N°366-2023	Digital	Ver		
Informe UCAD	Digital	Ver		
Planilla Excel	Digital	Ver		
Póliza Delegaciones - Corporación	Digital	Ver		
Póliza Organización - Corporación	Digital	Ver		
Póliza Alto Rendimiento - IND	Digital	Ver		

C.C.: **MYRIAM CECILIA ALVARADO GALLARDO - SECRETARIA DEL GABINETE MINISTERIAL**
ALEJANDRA ANDREA PUEBLA MARTINEZ - SECRETARIA DEL GABINETE
SUBSECRETARÍA DEL DEPORTE
JACQUELINE VALDERRAMA ROJAS - SECRETARIA DIVISIÓN JURÍDICA
CRISTIANE NUNES VIRGINIO - ENCARGADA ÁREA DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS
COMISIÓN N°10 DE SALUD SALUDCAM@CONGRESO.CL- CÁMARA DE DIPUTADOS



Documento firmado con Firma Electrónica Avanzada, el documento original disponible en:
<https://mindep.ceropapel.cl/validar/?key=20098985&hash=1374c>

Santiago, 13-10-2023

Apoyo Unidad de Ciencias de Aplicadas al Deporte – IND a los deportistas convencionales y paralímpicos que participan de Santiago 2023

La UCAD brinda apoyo interdisciplinario de forma permanente a los deportistas que participan de los procesos de selecciones nacionales. Este apoyo de las ciencias es a través del apoyo médico especialista (traumatólogo, cardiólogo, fisiatra), médicos deportólogos, nutricionistas, fisiólogos, biomecánicos, kinesiólogos, masoterapeutas y paramédicos.

Las acciones que se desarrollaran en el marco de los Juegos Panamericanos son la tercera etapa o tercer nivel de un proceso continuo, que en algunos casos como la selección de remo data de hace ya 6 años. Estas actividades cuentan con la coordinación e información de los metodólogos de plan olímpico y paralímpico:

1. Etapa general: Coberturas de apoyo al proceso de preparación deportiva de los seleccionados nacionales. Este acompañamiento consideró valoraciones y monitoreo de aspectos vinculados la salud de los deportistas con médicos y otros profesionales, como también valoraciones y monitoreo del proceso de preparación de deportistas convencionales y paralímpicos
2. Etapa 2: Preparación específica para juegos Santiago 2023. Se desarrollaron reuniones de coordinación entre UCAD – área médica COCH – área médica COPACHI, en las que se definieron las acciones de acompañamiento y rol de la UCAD en los Juegos.
Importante: En estas reuniones se define a la UCAD en el CAR como el principal soporte de salud y de variables de rendimiento para Team Chile y los 17 deportes que se desarrollan en el parque deportivo Estadio Nacional. Para cumplir este objetivo se realizan las siguientes actividades:
 - a) Se desarrollan protocolos de alimentación, ajuste de cargas precompetitivas, valoraciones de fatiga de sistema nervioso, monitoreo de calentamientos entre otros. Se realizan acompañamientos a las sesiones de entrenamiento y de modelamiento de competencias con diversas selecciones entre las que se cuenta Remo, karate, TKD, pelota vasca, ciclismo, escalada, entre otras.
 - b) Se implementan zonas de Recuperación en camarines (masculino y femenino) que consideran 2 piscinas de crioterapia y 3 camillas. En la imagen el camarín masculino segundo piso CAR.



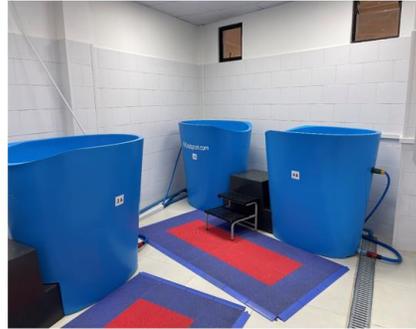
c) Se renuevan las 2 salas de sauna (masculino y femenino)



d) Se renuevan y adaptan 2 salas de jacuzzi para deportistas con movilidad reducida



e) Se implementa sala de crioterapia (4 tinas individuales)



- f) Se adquiere equipo e insumos para valoración de fatiga muscular



3. En los Juegos Panamericanos

- a) 13 integrantes de UCAD forman parte de la Misión: 4 médicos, 5 masoterapeutas, 3 kinesiólogos, 2 psicólogos. Estos profesionales cubren Team Chile en la villa panamericana, parque estadio nacional, parque Peñalolén, laguna en concepción, estadio español, Los Andes, Cerrillos y Algarrobo
- b) 19 integrantes de UCAD son acreditados por Santiago 2023 para completar el apoyo de la misión en el CAR:
- 5 médicos
 - 2 nutricionistas
 - 3 psicólogos
 - 3 fisiólogos
 - 3 biomecánicos
 - 1 kinesiólogo
 - 2 administrativos
- c) La distribución, fecha y lugar donde estarán los profesionales con estas actividades de apoyo aparece en el siguiente cuadro:

- d) Para brindar continuidad de tratamientos y acompañamientos a los deportistas que no tienen su credencial activada (por lo que no pueden acceder al CAR) y que participarán de los JJPP y/O parapanamericanos se implementa clínica de apoyo en la Sala 13 del campus Joaquín Cabezas de la UMCE. Este lugar se ubica a 300 mts. del CAR



Sin otro particular,
Atte.

Juan Tejo Cárdenas
Jefe Unidad de Ciencias Aplicadas al Deporte
IND - MINDEP



Valparaíso, 29 de septiembre de 2023

OFICIO N° 366-2023

La **COMISIÓN DE SALUD** acordó solicitar a esa Secretaría de Estado, tener a bien, informar sobre las estrategias en materia de salud que se van aplicar para el resguardo de los deportistas que participen en los juegos Panamericanos y Parapanamericanos 2023.

Lo que tengo a honra poner en conocimiento de US., en cumplimiento del mencionado acuerdo y por orden de su Presidenta, diputada **Ana María Gazmuri Vieira**.

Dios guarde a US.,

ANA MARIA SKOKNIC DEFILIPPIS
Abogado-Secretaria de Comisiones

AL MINISTRO DEL DEPORTE, SEÑOR JAIME PIZARRO HERRERA.

Comision de Salud Cámara de Diputados
Congreso Nacional de Chile
saludcam@congreso.cl 032-2505520



Firmado electrónicamente

<https://extranet.camara.cl/verificardoc>

Código de verificación: 22410F6AD4C0CE3D

Firmado por Ana MARÍA SKOKNIC
DEFILIPPIS
Fecha 01/10/2023 20:07:25 CLST



0P000173717

Ramo : **ACC. PERSONALES SALUD Y PROT.**
Póliza N° : **173717-1**
Sucursal : **SANTIAGO CENTRO**
Renueva Póliza :

Esta entidad aseguradora, en consideración a la Propuesta presentada por el asegurado, y a las Condiciones Particulares y Generales que a continuación se acompañan, asegura lo siguiente:

CONTRATANTE

Nombre : **CORPORACION XIX JUEGOS PANAMERICANOS SA** Rut : **65.180.131-1**
Dirección : **Perez Valenzuela 1635** Comuna : **SANTIAGO**
Ciudad : **SANTIAGO** Teléfono : **983535175**

CORREDOR

Nombre : **BCI SEGUROS GENERALES S A** Rut : **99.147.000-K**
Comisión del Corredor : **0,00% DE LA PRIMA**

VIGENCIA DEL SEGURO

Desde : **12:00 HORAS DEL DIA 31 DE AGOSTO DE 2023** Hasta : **12:00 HORAS DEL DIA 30 DE NOVIEMBRE DE 2023**

MATERIA ASEGURADA

1 ITEM(S) SEGUN DETALLE

**TOTALES**

Monto Asegurado	UF	164.440.000,00
Prima Neta	UF	9.531,84
Prima Afecta	UF	1.687,68
Prima Exenta	UF	7.844,16
I.V.A.	UF	320,66
PRIMA TOTAL	UF	9.852,50

FIRMA AUTORIZADA

CONDICIONES PARTICULARES ASOCIADAS A MODALIDAD DE PAGO

.

De acuerdo a la Modalidad de Pago escogida y registrada por el Responsable de Pago en la Compañía, aplica una de las siguientes cláusulas, según corresponda:

.

PAC

El pago de la prima se efectuará mediante la modalidad PAC, Autorización de Descuento en Cuenta Corriente Bancaria, por lo que las condiciones del mandato que autoriza esta modalidad de pago forma parte integrante de las condiciones particulares de la póliza. (Circ.1499 SVS).

.

PAT

El pago de la prima se efectuará mediante la modalidad PAT, Autorización de Descuento en Tarjeta de Crédito, por lo que las condiciones del mandato que autoriza esta modalidad de pago forma parte integrante de las condiciones particulares de la póliza. (Circ. 1499 SVS).

.

CUP

El pago de la prima se efectuará mediante la modalidad CUP. Autorización de Pago en Estado de Cuenta Refundido, por lo que las condiciones del compromiso único que autoriza esta modalidad de pago forma parte integrante de las condiciones particulares de la póliza.

.

PLAN DE PAGO

Este Plan de Pago forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la Póliza.

.

CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN

BCI Seguros Generales S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes.

Copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las Oficinas de BCI Seguros Generales S.A. y en www.aach.cl.

.

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponible en las oficinas de BCI Seguros Generales S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.

.

El corredor de seguros y la compañía podrán pactar acuerdos sobre incentivos o comisiones adicionales, resguardando el cumplimiento de los principios sobre Conducta de Mercado. Si requiere de mayor información consulte a su corredor de seguros.



PÓLIZA
O-AP- 173717-1

Si el asegurado estimase que en la emisión de esta póliza se ha incurrido en algún error o defecto, deber devolverla de inmediato para su corrección. Si no lo hiciese, se entender que la acepta íntegramente en la forma en que ha sido emitida.

.

NOTA: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

.

ITEM 1

Vigencia: DESDE LAS 12HRS. 31/08/2023
HASTA LAS 12HRS. 30/11/2023 Plazo : 91 DIAS

DESCRIPCION DEL RIEGO

PROFESION : NO INFORMADA
ACTIVIDAD ASEGURADO : NO INFORMADA
BENEFICIARIOS : HEREDEROS LEGALES

MATERIA

Póliza de Accidentes Personales, con programa de Asistencia Sanitaria,
Asistencia en viaje y póliza de Salud

.

Grupo 1:

- Delegaciones de los Comités Olímpicos Nacionales Juegos Panamericanos.
- Delegaciones de los Comités Paralímpicos Nacionales Juegos Parapanamericanos.
- Familia Panamericana Juegos Panamericanos.
- Familia Parapanamericana Juegos Parapanamericanos.
- Oficiales técnicos internacionales Juegos Panamericanos.
- Oficiales técnicos internacionales Juegos Parapanamericanos

.

Caracterización de los potenciales asegurados / Cantidad

- Delegaciones de los Comités Olímpicos Nacionales Juegos Panamericanos 11.000
- Delegaciones de los Comités Paralímpicos Nacionales Juegos Parapanamericanos 3.500
- Familia Panamericana Juegos Panamericanos 250
- Familia Parapanamericana Juegos Parapanamericanos 100
- Oficiales técnicos internacionales Juegos Panamericanos 1.350
- Oficiales técnicos internacionales Juegos Parapanamericanos 342

.

La corporación podrá definir asegurados adicionales a los indicados en caso de ser necesario.

La información de las personas que incluyen este programa será identificada con su número de identificación (DNI), nombres, edad y sexo.

DESCRIPCION DE COBERTURAS

COBERTURAS	MONTO	PRIMA
MUERTE ACCIDENTAL	81.710.000,00	7.844,16
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	65.210.000,00	521,68
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	82.710.000,00	992,52
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS	1.000,00	33,08
DESMEMBRAMIENTO	3.500.000,00	140,00
GASTOS FUNERARIOS	20.000,00	0,40
TOTALES ITEM 1	164.440.000,00	9.531,84
IMPTO.IVA		320,66
PRIMA BRUTA		9.852,50

CONDICIONES PARTICULARES DEL ITEM

ATENCIÓN HOSPITALARIA, CON CONSULTAS DE ESPECIALIDAD, REPATRIACIÓN, INCLUYENDO EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS.

Coberturas de Salud de Atención Hospitalaria y Consultas de especialidades requeridas al mercado asegurador, son:

a) Seguros de Salud

PRESTACIÓN	% COBERTURA	ASEGURADO
DIA CAMA	100%	Atletas,
SERVICIOS HOSPITALARIOS		Árbitros,
HONORARIOS MEDICOS		Técnico, dirigentes
CIRUGIA AMBULATORIA		
PRÓTESIS Y ORTESIS		
TRASPLANTE VIVO O MUERTO		
CIRUGÍA MAXILOFACIAL POR ACCIDENTE		
CIRUGÍA REPARADORA POR ACCIDENTE		
MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS		
CIRUGÍA PLÁSTICA POR ACCIDENTE		
HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA		

COBERTURA

Seguro sin deducible para toda condición médica, incluyendo repatriación, que ocurra durante la estancia en el País Sede de los Juegos. La cobertura es veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana durante el evento.

PERIODO DE COBERTURA

2 MESES

.

OBLIGATORIO O SUGERIDO
OBLIGATORIO

.

PRESTADOR
PRESTADOR
PREFERENTE CON
PRIORIDAD EN LA
ATENCIÓN

.

PRESTACIÓN
CONSULTAS DE ESPECIALIDADES INCLUYE PSIQUIATRÍA

.

% COBERTURA
100%

.

TOPE POR ASEGURADO
4 UF POR EVENTO

.

ASEGURADO
Atletas,
Árbitros,
Técnico, dirigentes

.

COBERTURA
Seguro sin deducible para toda condición médica, incluyendo repatriación, que ocurra durante la estancia en el País Sede de los Juegos. La cobertura es veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana durante el evento.

.

PERIODO DE COBERTURA
2 MESES

.

OBLIGATORIO O SUGERIDO
OBLIGATORIO

.

PRESTADOR
PRESTADOR
PREFERENTE CON
PRIORIDAD EN LA
ATENCIÓN

.

Se requiere atención hospitalaria según las coberturas mencionadas en al menos un prestador preferente designado por la compañía de seguros en la ciudad de Santiago, Viña del Mar, Valparaíso, Quillota y Concepción en donde los asegurados tengan atención preferente y con reembolso 100% en línea. Se tomará en cuenta la compañía que tenga más convenios para que el reembolso también sea 100% en línea en la mayor cantidad de prestadores.

.

Estas coberturas no consideran pago de deducibles ni de coberturas de otros seguros adicionales.

.

Incluyendo la siguiente cobertura de exámenes y procedimientos.

.

b) Exámenes y Procedimientos
Exámenes y Procedimientos
% COBERTURA

100%

.

TOPE POR ASEGURADO
500 UF

.

ASEGURADO
Atletas, Árbitros, familia

.

COBERTURA
Cubre el 100% del valor de estos exámenes

.

PERIODO DE COBERTURA
2 MESES

.

OBLIGATORIO O SUGERIDO
OBLIGATORIO

.

PRESTADOR
PRESTADOR
PREFERENTE CON
PRIORIDAD EN LA
ATENCIÓN Y/O RED DE URGENCIA

.

Estas coberturas no consideran pago de deducibles ni de coberturas de otros seguros adicionales.

.

c) Cobertura de Repatriación solicitada

REPATRIACIÓN	% COBERTURA	TOPE POR ASEGURADO	ASEGURADO
REPATRIACIÓN EN CASO DE MUERTE	100%	400 UF	Atletas, Árbitros, Staff Técnico, dirigentes

.

COBERTURA	PERIODO DE COBERTURA	OBLIGATORIO O SUGERIDO
Cubre el 100% del valor del viaje	2 MESES	OBLIGATORIO

.

REPATRIACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN MAYOR A 2 DÍAS	% COBERTURA	TOPE POR ASEGURADO	ASEGURADO
REPATRIACIÓN EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN MAYOR A 2 DÍAS	100%	1000UF	Atletas, Árbitros, Staff Técnico, dirigentes

.

COBERTURA	PERIODO DE COBERTURA	OBLIGATORIO O SUGERIDO
Cubre el 100% del valor del viaje	2 MESES	OBLIGATORIO

.

REPATRIACIÓN EN CASO DE MENOR DE EDAD INCLUYE 1 ACOMPAÑANTE	% COBERTURA	TOPE POR ASEGURADO	ASEGURADO
REPATRIACIÓN EN CASO DE MENOR DE EDAD INCLUYE 1 ACOMPAÑANTE	100%	150 UF	Atletas, Árbitros, Staff Técnico, dirigentes

.

COBERTURA	PERIODO DE COBERTURA	OBLIGATORIO O SUGERIDO
Cubre el 100% del valor del viaje	2 MESES	OBLIGATORIO

.

Se solicita una cobertura de 400 UF en caso de repatriación por muerte, de 1.000 UF en caso de decidir repatriación por hospitalización cuando se cumpla la condición que el asegurado esté más de dos días hospitalizado en Chile y una cobertura de 150 UF para

acompañantes en caso de menor de edad.

.

La cobertura de repatriación y de salud puede ser contratada con un proveedor externo siendo responsabilidad última de la compañía de seguros.

.

d) Seguro de Accidentes

.

SEGURO DE ACCIDENTES	% COBERTURA	TOPE POR ASEGURADO	ASEGURADO
MUERTE ACCIDENTAL	100%	5000 UF	Atletas,
INVALIDEZ ACCIDENTAL			Árbitros, Staff, Técnico, dirigentes

.

COBERTURA

Cubre la muerte o invalidez en caso de accidente

.

PERIODO DE COBERTURA

2 MESES

.

OBLIGATORIO O SUGERIDO

OBLIGATORIO

.

Se requiere para todo el grupo antes mencionado un seguro de accidentes que incluya la muerte e invalidez accidental. La cobertura de invalidez se debe dar según los parámetros del DL 3500 otorgado por algún comité médico de la compañía de seguros. Además, estos casos serán derivados desde la atención primaria que tiene la administración de los juegos.

.

Para los atletas paraolímpicos (Perteneientes al Grupo 1) se reemplaza la cobertura de invalidez accidental por una cobertura de desmembramiento de 1000 UF por asegurado.

.

Para todas las coberturas este seguro no cubre preexistencias salvo que la preexistencia haya causado un daño colateral.

.

Se entiende que el seguro no cubre preexistencias ya que no se tratarán patologías crónicas, pero es importante que cubra patologías crónicas reagudizadas que se podrían presentar durante los juegos (Ej. Crisis asmática en deportistas o Crisis Hipertensivas en Staff de la delegación).

.

En el caso de las personas menores de 18 años que pertenezcan a este grupo, la legislación en Chile no permite una cobertura de muerte, ya que no existe un daño patrimonial que valide tener una cobertura tan alta. Esto desde diciembre de 2013 por una modificación al código de comercio en su artículo 518. Por lo anterior, se solicita en la licitación una cobertura de costos funerarios de 100 UF para este segmento.

.

Modelo de servicio Empresa de Asistencia

.

1.- Modelo de servicio.

1.1.- Modelo solicitado.

1.2.- Servicios adicionales considerados como valor agregado de Bci Seguros.

2.- Informes y reportería de casos abiertos y cerrados.

3.- Protocolo de seguimiento de casos.

.

1.- Modelo de servicio

1.1.- Modelo solicitado

El modelo de servicio considera la subcontratación de servicios con GEA, quién como empresa de asistencia sanitaria maneja contratos con prestadores de salud a nivel nacional, con una amplia gama de especialidades médicas.

Por la presente declaración solicitamos se autorice a Bci Seguros Generales, ya que en caso de ser adjudicados debemos contar con la red de servicios solicitada.

1.2.- Servicios adicionales considerados para Juegos Panamericanos y Parapanamericanos

Independientemente del modelo de servicio presentado que complementa las bases de la presente licitación, Bci Seguros pone a disposición de los Juegos Panamericanos y Parapanamericanos San ago 2023, un representante para la coordinación de cada una de las sedes solicitadas, es decir 5 representantes en total.

La función de este representante considera la coordinación y entrega de información a los miembros que sean definidos por la corporación, respecto de la evolución de cada uno de los casos que se encuentren en tratamiento o en desarrollo, sea en forma ambulatoria u hospitalaria. En la plataforma de servicio se podrá hacer seguimiento actualizado de cada uno de los casos, tanto de la administración de la sede como también de las delegaciones que se vieran involucradas en algún accidente o enfermedad.

Lo mencionado en el párrafo anterior, se aplicará para todos los asegurados del grupo 2.

Este oficial de enlace, queda a disposición de la corporación para ayudar a transmitir información actualizada a las delegaciones y/o familias en caso de ser necesario.

De igual forma, este enlace podrá atender cualquier requerimiento o solicitud en referencia a los servicios prestados por nuestra aseguradora, que le proporcione al jefe de sede una mejor comprensión de los eventos que estén en desarrollo.

.

2.- Reportería y frecuencia de reuniones de coordinación

La corporación podrá acceder a la plataforma de reportes, con actualización diaria de los casos abiertos.

En el caso de los eventos ambulatorios se abrirán y cerrarán en el transcurso del día, pero en el caso de los eventos hospitalarios esta plataforma permitirá tener la información actualizada del caso, no solo en cuanto a evolución médica, sino que también un detalle con los procedimientos y exámenes que se pueden ir realizando durante la hospitalización.

.

5.- Protocolo de seguimiento de casos

Más allá del acceso a la información y evolución de los casos que impliquen una hospitalización, de ser necesario el personal de la dirección médica de la compañía, estará a disposición para sostener reuniones con el personal médico de las delegaciones, a fin de actualizar y recibir información detallada sobre aspectos propios del protocolo médico, que se ha seguido con un caso en particular.

.

MUERTE ACCIDENTAL

El presente seguro cubre de acuerdo al código POL 3 2013 1474 depositado en la Comisión para el Mercado Financiero.

.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

El presente seguro cubre de acuerdo al código POL 3 2013 1474 depositado en la Comisión para el Mercado Financiero.

.

GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

El presente seguro cubre de acuerdo al código POL 3 2013 1474 depositado en la Comisión para el Mercado Financiero.

ASISTENCIA REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

El presente contrato se rige por la POL 3 2013 1474

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

Todos los servicios que se detallan se prestarán por medio de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, en todas las ciudades de la República de Chile y en las que tenga RED DE PRESTADORES MÉDICOS.

Los Asegurados del Producto de asistencia indicado precedentemente podrán hacer uso de los siguientes servicios:

SERVICIO:

Asistencia por accidente
Traslado médico terrestre
Coordinación de servicios

COBERTURA/SERVICIOS:

Ilimitados hasta el tope de la cobertura pactado en el presente contrato.

En caso de que el CLIENTE lo requiera, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA coordinará la atención médica, por parte de facultativos calificados en medicina, adscrito a la RED DE PRESTADORES del PROVEEDOR DE ASISTENCIA. El procedimiento para realizarse quedará a criterio del profesional Médico; el CLIENTE accederá a la asistencia dentro de las condiciones y limitaciones descritas en este documento.

La asistencia cubrirá todos los gastos médicos incurridos por el asegurado a consecuencia de un accidente, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) que los gastos se hayan originado por un accidente ocurrido al afiliado durante su vigencia.
- b) que, a la fecha del accidente del asegurado, este se encuentre vigente.
- c) que los gastos provengan por tratamientos realizados a consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente.

BENEFICIARIOS

Tendrá derecho a este servicio únicamente el titular que haya contratado el producto 'ASISTENCIA ACCIDENTES JUEGOS PANAMERICANOS en Cuenta BCI SEGUROS.

MODO DE COMUNICACIÓN Y ACTIVACION DEL SERVICIO

El cliente para hacer uso del servicio deberá llamar al número asignado 56228203465 para poder ser derivado a la red médica preferente del PROVEEDOR DE ASISTENCIA, de igual manera también podrá enviar un correo electrónico a secretariajppp@cl.geainternacional.com, con el siguiente detalle:

NOMBRE PACIENTE

NACIONALIDAD

RUT O PASAPORTE

POLIZA

DISCIPLINA DEPORTIVA

FECHA DE NACIMIENTO
EDAD
PREVISION DE SALUD
TELEFONO
DIRECCION
REGION, CIUDAD/ COMUNA
CORREO ELECTRONICO
SERVICIO SOLICITADO
DESCRIPCION DE ACCIDENTE

.
O bien atenderse de manera particular y activar el procedimiento de libre elección o reembolso los cuales se definen a continuación:

.
PROCEDIMIENTO MODALIDAD CONVENIO CLINICAS EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA

.
Atención sin costo para el afiliado.

El afiliado debe llamar a la asistencia dentro de las primeras 24 horas de ocurrido del accidente.

El cliente debe llamar al número (02) 2 2820 3455 para poder solicitar la atención y canalización al centro clínico más conveniente y cercano. O bien mandar correo para el contacto con el afiliado a secretariajpp@cl.geainternacional.com,

Cliente es atendido por personal médico para ver la gravedad de la urgencia y darle orientación médica correspondiente.

Cliente proporciona número de RUT para validar la vigencia del seguro Cliente es canalizado a las clínicas más cercanas o dependiendo de la complejidad del accidente.

Cliente acude a la clínica y deberá presentar su cédula de identidad o cualquier documento que acredite su condición de asegurado para recibir la Asistencia Médica por Accidente.

En centros médicos que tengan operativo sistema IMED se les solicitará su huella digital para la emisión automática del bono.

En caso de no contar con sistema IMED, se les atenderá a través del convenio con Carta de Garantía, sin desembolso de dinero por parte del cliente.

En caso de prestaciones que no tengan emisión de bono a través de IMED la clínica entregará código de atención y Rut del prestador para que asegurado pueda ir a su Isapre ó Fonasa a emitir el bono correspondiente a la prestación para su posterior reembolso. El asegurado hará llegar el bono correspondiente a la atención directamente a la Clínica derivada

.
PROCEDIMIENTO MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

.
El afiliado se atiende en el centro médico de su elección.

El afiliado cancela el monto total de la prestación después de ISAPRE O FONASA y la diferencia si existiera se reembolsará.

Para poder realizar el reembolso se debe presentar la siguiente documentación: formulario de reembolso, boletas, facturas, bonos, epicrisis, informes post operatorios, detalle de cuenta, informes de exámenes de imagenología y laboratorio, certificados médicos y cualquier información médica relevante relacionada al accidente.

El afiliado deberá de ingresar su solicitud de reembolso a través del portal de reembolso: <https://reembolso.geasa.cl/>

Los asegurados tendrán un plazo de hasta 30 días para realizar la notificación del accidente y así activar el proceso de reembolso. El plazo de presentación de estos antecedentes es de hasta 180 días, previa notificación.

.
CONDICIONES DE USO

La asistencia médica por accidentes se aplicará después del uso de la previsión del afiliado sea Fonasa o Isapre, hasta el tope de la cobertura.

El límite de la cobertura siempre operará después de la cobertura de Isapre, Fonasa (B,C,D), SOAP, en caso de corresponder, u otros seguros complementarios de salud.

En el caso que el afiliado no cuente con Sistema de salud o sea Fonasa A, la cobertura aplicará al 50%. Si el sistema de salud bonifica \$0, rechaza la cirugía o tratamiento; afiliado se niega a hacer uso de su previsión, o bien no cuenta con codificación de Fonasa, la cobertura aplicará al 50%.

Esto aplicará en cualquiera de las modalidades, ya sea red preferente o libre elección. En caso de que el afiliado sí cuente con sistema previsional y haga uso de éste, como se indica en el párrafo anterior, la cobertura aplicará al 100% hasta el tope de la cobertura.

La continuidad de tratamiento será por 180 días a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente. Atenciones posteriores correrán a cargo del afiliado.

Gastos médicos por 50 UF ó 100 UF por afiliado anual informado en base, según tipo de Plan y vigencia de cada póliza individual.

Para afiliados Fonasa A y sin previsión la cobertura será al 50% en modalidad preferente y libre elección.

Cuando opere el sistema previsional del afiliado, la cobertura es al 100% de lo no bonificado (sea por modalidad preferente o libre elección).

Un evento se considera con continuidad de tratamiento hasta 180 días.

El afiliado tendrá hasta 30 días para realizar la denuncia del siniestro (modalidad libre elección).

El proveedor de asistencia realiza el reembolso en un plazo no mayor a 10 días hábiles (modalidad libre elección).

INFORMACION DEL ACCIDENTE: El afiliado tendrá 48 horas para declarar accidente por modalidad preferente. El AFILIADO y/o BENEFICIARIO, Deberá informar a EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA y su accidente en un plazo NO MAYOR A 48 Hrs. una vez ocurrido, de lo contrario, no se hará responsable por el evento.

CARENCIA

a) No tendrá carencia por lo que el cliente podrá hacer uso de su servicio desde la contratación.

AMBITO TERRITORIAL

Los servicios de Asistencia Médica se extienden a nivel nacional, incluyendo la isla de Chiloé y excluyendo los demás territorios insulares y en caso de accidente en el extranjero los asegurados podrán optar a reembolsar sus gastos.

Exclusiones

EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA no autorizará prestaciones o servicios, como tampoco reconocerá gastos o costos de tales servicios, si estos están relacionados o se originan de acuerdo a lo siguiente:

Que el solicitante no se identifique como AFILIADO de Seguro.

Que el AFILIADO no se encuentre al día en sus pagos o se encuentre suspendido el servicio de Asistencia BCI.

Que el solicitante incumpla cualquiera de las obligaciones y condiciones de servicios de asistencia indicadas en este anexo.

También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean

consecuencia directa o indirecta de: Huelgas, Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor. Quedan excluidos eventos accidentales derivados de marchas, manifestaciones, movimientos sociales, alcances de perdigones y toma de establecimientos educativos.

Cualquier servicio que sea contratado directamente por el AFILIADO o BENEFICIARIO o a través de terceros.

Cuando el AFILIADO o BENEFICIARIO no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.

Los daños que sean consecuencia de sismo, terremotos, temblores, y cualquier fenómeno natural o de actuaciones dolosas o culposas del AFILIADO ó BENEFICIARIO.

Autolesiones o participación del BENEFICIARIO en actos delictuosos ya sea culpable o dolosamente. La participación del BENEFICIARIO en combates, salvo en caso de defensa propia.

La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones. La participación del BENEFICIARIO en carreras de caballos, de bicicletas, de coches y en cualquier clase de carreras y exhibiciones o pruebas y/o contiendas de seguridad y/o de resistencia.

Cualquier atención derivada de una enfermedad sea o no pre existente.

Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.

La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado.

La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

.

DESAFILIACION DEL PLAN

.

EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA y BCI SEGUROS podrán proceder a desafiliar a un CLIENTE del plan de 'ASISTENCIA ACCIDENTES JUEGOS PANAMERICANOS, en caso de que, a juicio del proveedor de asistencia y de BCI SEGUROS, se presenten situaciones de uso indebido o de abuso por parte del CLIENTE de los servicios prestados por bajo el plan 'ASISTENCIA ACCIDENTES JUEGOS PANAMERICANOS. En el caso de producirse una desafiliación de conformidad con esta cláusula, se notificará de este particular al CLIENTE, dándole aviso de la fecha de terminación de los servicios.

.

OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO:

.

Cada vez que en estas condiciones generales se utilice la expresión 'beneficiario, se entiende que ella incluye a todas las personas mencionadas en el glosario de términos y que hayan adquirido y pagado previamente alguno de los planes detallados al final de estas condiciones generales.

.

El beneficiario estará obligado en todos los casos y para todos los servicios que le serán brindados por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA a:

.

a) El afiliado siempre deberá llamar al número de asistencia para poder ser canalizado al centro asistencial de acuerdo con su ubicación, patología y previsión.

b) Obtener la autorización expresa de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, a

través de la central operativa en Chile, antes de comprometer cualquier tipo de servicio por iniciativa propia, lo anterior es para llevar un control explícito de los servicios y las prestaciones otorgadas a los beneficiarios, Cada servicio quedara reflejado con su número de expediente que detalla el 100% del servicio entregado.

c)El beneficiario deberá siempre aceptar las recomendaciones y soluciones indicadas por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, frente a los servicios que se soliciten a la empresa.

.
GLOSARIO DE TÉRMINOS

.
Siempre que se utilicen en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

.
AFILIADO: Es el afiliado que se encuentre registrado en la base de afiliados de Seguros BCI, los SERVICIOS de asistencia que presta EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, y que efectivamente se encuentre registrado en la base de datos que envíe para tal efecto BCI a EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA.

.
BENEFICIARIO: Dentro de este rubro se entenderán como, AFILIADO, quienes podrán gozar de todos los SERVICIOS a los que tiene derecho en conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.

.
SERVICIOS: Los servicios de asistencia contemplados en el producto que haya sido contratado por el AFILIADO y cuyas definiciones se incluyen en el presente documento.

.
SITUACIÓN DE ASISTENCIA: Todo hecho ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidas en el cuerpo del presente documento, que den derecho a la prestación de los SERVICIOS, de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en estas condiciones generales.

.
EMERGENCIA: Para efectos considera EMERGENCIA una situación accidental y fortuita, que ponga en riesgo la seguridad del AFILIADO.

.
EQUIPO MÉDICO: Es el personal médico y demás equipo asistencia de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA o subcontratado por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, apropiado para prestar servicios de Asistencia Pre-hospitalaria en urgencias médica a un AFILIADO, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

.
EVENTO: Es una SITUACION DE ASISTENCIA reportada por un AFILIADO que da derecho a la prestación de uno de los SERVICIOS, de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en el presente instrumento.

.
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 contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

.
FAMILIAR: Se refiere al padre, madre, cónyuge e hijos y/o dependientes

económicos de un AFILIADO.

.

FECHA DE INICIO: Fecha a partir de la cual los SERVICIOS que ofrece EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA estarán a disposición de los AFILIADOS.

.

RESIDENCIA PERMANENTE: El domicilio permanente que manifieste tener un AFILIADO, informado por BCI.

.

EQUIPO TÉCNICO: El personal asistencial apropiado que esté gestionando los SERVICIOS a los AFILIADOS por cuenta de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, de acuerdo con los términos y condiciones que se aluden en el presente instrumento.

.

CARENCIA: Tiempo durante el cual el asegurado al contratar su servicio no puede utilizarlo.

.

MONTO POR EVENTO: Es el costo máximo que será cubierto por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, asociado a la prestación de un SERVICIO. Si el valor de la prestación es superior a este MONTO POR EVENTO, la diferencia será de cargo del AFILIADO y/o BENEFICIARIO.

.

PROVEEDOR: Es el EQUIPO TECNICO de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, o subcontratado por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, apropiado para prestar los SERVICIOS a un AFILIADO de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en el presente instrumento.

.

ENFERMEDAD: Alteración de la salud o dolencia no traumática que afecte al AFILIADO.

.

DESMEMBRAMIENTO

El presente seguro cubre de acuerdo al código POL 3 2013 1474 depositado en la Comisión para el Mercado Financiero.

.



PLAN DE PAGO N° 24192887

PÓLIZA N°: O-AP- 173717-1

Prima: UF 9.852,50

CONTRATANTE y/o ASEGURADO

Nombre: CORPORACION XIX JUEGOS PANAMER

RUT: 65.180.131-1

RESPONSABLE DE PAGO

Nombre : CORPORACION XIX JUEGOS PANAMER

RUT: 65.180.131-1

Dirección : Perez Valenzuela 1635

Comuna : SANTIAGO

Ciudad: SANTIAGO

Debo y pagaré a BCI Seguros Generales S.A. la prima arriba señalada, incluyendo sus correspondientes intereses, en las cuotas, fechas y por los montos que a continuación se indican:

<u>Cuota</u>	<u>Vencimiento</u>	<u>Valor Cuota</u>	<u>Cuota</u>	<u>Vencimiento</u>	<u>Valor Cuota</u>	<u>Cuota</u>	<u>Vencimiento</u>	<u>Valor Cuota</u>
1	25/10/2023	9.884,03						

La prima o saldo insoluto de ella que ha sido documentada en virtud del presente instrumento devenga interés mensual del 0,32 %.

El aviso de cobro de las cuotas más arriba individualizadas, será enviado mensualmente al domicilio registrado en el presente Plan de Pagos. La circunstancia de no recibir el respectivo aviso, no libera al obligado del pago de su compromiso de cancelar en forma íntegra y oportuna la prima convenida. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Compañía para aplicar la cláusula de resolución de contrato por no pago de prima, sin perjuicio de sus demás derechos.

El pago de cuotas expresadas en unidades de fomento deberá efectuarse en su equivalente en pesos al día del pago efectivo. Las expresadas en otras monedas, se solucionarán en la moneda respectiva.

Este Plan de Pagos forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la póliza.

Los cheques deben extenderse nominativamente y cruzados a nombre de: BCI Seguros Generales S.A.

FIRMA DEL ACEPTANTE

UN EJEMPLAR DE ESTE DOCUMENTO DEBE SER REMITIDO A LA COMPAÑÍA, DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL ACEPTANTE DE LA DEUDA.

CUANDO LA PROPUESTA DE SEGURO, EL PLAN DE PAGO U OTRO DOCUMENTO QUE FORME PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGUROS SEA FIRMADO POR EL CORREDOR EN REPRESENTACIÓN DEL CONTRATANTE, EL CORREDOR DEBERÁ CONTAR CON EL MANDATO RESPECTIVO, DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL CONTRATANTE.



Procedimiento De Liquidación De Siniestros (Circular N°2.106 del 31.05.2013 de S.V.S.)

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

En caso de liquidación directa por la Compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES

El liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de Oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El Asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de **45 días** corridos desde la fecha de denuncia, a excepción de;

- a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: **90 días** corridos desde fecha de denuncia;
- b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde fecha de denuncia.

7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N°1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN

Recibido el Informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.

Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

INFORMACIÓN SOBRE PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2.131 del 28 de Noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.svs.cl.



0P000173718

Ramo : **ACC. PERSONALES SALUD Y PROT.**
Póliza N° : **173718-K**
Sucursal : SANTIAGO CENTRO
Renueva Póliza :

Esta entidad aseguradora, en consideración a la Propuesta presentada por el asegurado, y a las Condiciones Particulares y Generales que a continuación se acompañan, asegura lo siguiente:

CONTRATANTE

Nombre : CORPORACION XIX JUEGOS PANAMERICANOS SA Rut : 65.180.131-1
Dirección : Perez Valenzuela 1635 Comuna : SANTIAGO
Ciudad : SANTIAGO Teléfono : 983535175

CORREDOR

Nombre : BCI SEGUROS GENERALES S A Rut : 99.147.000-K
Comisión del Corredor : 0,00% DE LA PRIMA

VIGENCIA DEL SEGURO

Desde : 12:00 HORAS DEL DIA 31 DE AGOSTO DE 2023 Hasta : 12:00 HORAS DEL DIA 30 DE NOVIEMBRE DE 2023

MATERIA ASEGURADA

1 ITEM(S) SEGUN DETALLE

**TOTALES**

Monto Asegurado	UF	4.741.250,00
Prima Neta	UF	1.972,36
Prima Afecta	UF	758,60
Prima Exenta	UF	1.213,76
I.V.A.	UF	144,13
PRIMA TOTAL	UF	2.116,49

FIRMA AUTORIZADA

CONDICIONES PARTICULARES ASOCIADAS A MODALIDAD DE PAGO

.

De acuerdo a la Modalidad de Pago escogida y registrada por el Responsable de Pago en la Compañía, aplica una de las siguientes cláusulas, según corresponda:

.

PAC

El pago de la prima se efectuará mediante la modalidad PAC, Autorización de Descuento en Cuenta Corriente Bancaria, por lo que las condiciones del mandato que autoriza esta modalidad de pago forma parte integrante de las condiciones particulares de la póliza. (Circ.1499 SVS).

.

PAT

El pago de la prima se efectuará mediante la modalidad PAT, Autorización de Descuento en Tarjeta de Crédito, por lo que las condiciones del mandato que autoriza esta modalidad de pago forma parte integrante de las condiciones particulares de la póliza. (Circ. 1499 SVS).

.

CUP

El pago de la prima se efectuará mediante la modalidad CUP. Autorización de Pago en Estado de Cuenta Refundido, por lo que las condiciones del compromiso único que autoriza esta modalidad de pago forma parte integrante de las condiciones particulares de la póliza.

.

PLAN DE PAGO

Este Plan de Pago forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la Póliza.

.

CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN

BCI Seguros Generales S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes.

Copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las Oficinas de BCI Seguros Generales S.A. y en www.aach.cl.

.

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponible en las oficinas de BCI Seguros Generales S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.

.

El corredor de seguros y la compañía podrán pactar acuerdos sobre incentivos o comisiones adicionales, resguardando el cumplimiento de los principios sobre Conducta de Mercado. Si requiere de mayor información consulte a su corredor de seguros.



PÓLIZA
O-AP- 173718-K

Si el asegurado estimase que en la emisión de esta póliza se ha incurrido en algún error o defecto, deber devolverla de inmediato para su corrección. Si no lo hiciese, se entender que la acepta íntegramente en la forma en que ha sido emitida.

.

NOTA: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

.

ITEM 1

Vigencia: DESDE LAS 12HRS. 31/08/2023
HASTA LAS 12HRS. 30/11/2023 Plazo : 91 DIAS

DESCRIPCION DEL RIEGO

PROFESION : NO INFORMADA
ACTIVIDAD ASEGURADO : NO INFORMADA
BENEFICIARIOS : HEREDEROS LEGALES

MATERIA

Grupo 2: Póliza de Accidentes Personales con cobertura muerte
accidental, invalidez accidental y reembolso de gastos médicos (RGM)
por accidentes

.

Grupo 2:

- Oficiales técnicos nacionales Juegos Panamericanos.
- Oficiales técnicos nacionales Juegos Parapanamericanos.
- Oficiales técnicos auxiliares Juegos Panamericanos.
- Oficiales técnicos auxiliares Juegos Parapanamericanos.
- Voluntarios Juegos Panamericanos.
- Voluntarios Juegos Parapanamericanos.

.

Caracterización de los potenciales asegurados / Cantidad

- Oficiales técnicos nacionales Juegos Panamericanos 905
- Oficiales técnicos nacionales Juegos Parapanamericanos 360
- Oficiales técnicos auxiliares en los Juegos Panamericanos 400
- Oficiales técnicos auxiliares Juegos Parapanamericanos. 300
- Voluntarios Juegos Panamericanos. 12.000
- Voluntarios Juegos Parapanamericanos. 5.000

.

La corporación podrá definir asegurados adicionales a los indicados de
ser necesario.

.

DESCRIPCION DE COBERTURAS

COBERTURAS	MONTO	PRIMA
MUERTE ACCIDENTAL	1.896.500,00	1.213,76
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	1.896.500,00	379,30
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	2.844.750,00	379,30
TOTALES ITEM 1	4.741.250,00	1.972,36
IMPTO.IVA		144,13
PRIMA BRUTA		2.116,49

CONDICIONES PARTICULARES DEL ITEM

Programa de cobertura de accidentes para Grupo 2

.

La información de las personas que incluyen este programa será identificadas con su número de identificación (DNI), nombres, edad y sexo,

.

SEGURO DE ACCIDENTES	% COBERTURA	TOPE POR ASEGURADO	ASEGURADO
MUERTE ACCIDENTAL	100%	100 UF	VOLUNTARIOS
INVALIDEZ ACCIDENTAL		100 UF	
REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS (RGM)		150 UF	

.

COBERTURA

Cubre la muerte, invalidez, reembolso de gastos médicos en caso de accidente

.

PERIODO DE COBERTURA
2 MESES

.

OBLIGATORIO O SUGERIDO
OBLIGATORIO

.

Modelo de servicio Empresa de Asistencia

.

1.- Modelo de servicio.

1.1.- Modelo solicitado.

1.2.- Servicios adicionales considerados como valor agregado de Bci Seguros.

2.- Informes y reportería de casos abiertos y cerrados.

3.- Protocolo de seguimiento de casos.

.

1.- Modelo de servicio

1.1.- Modelo solicitado

El modelo de servicio considera la subcontratación de servicios con GEA, quién como empresa de asistencia sanitaria maneja contratos con prestadores de salud a nivel nacional, con una amplia gama de especialidades médicas.

Por la presente declaración solicitamos se autorice a Bci Seguros Generales, ya que en caso de ser adjudicados debemos contar con la red de servicios solicitada.

1.2.- Servicios adicionales considerados para Juegos Panamericanos y Parapanamericanos

Independientemente del modelo de servicio presentado que complementa las bases de la presente licitación, Bci Seguros pone a disposición de

los Juegos Panamericanos y Parapanamericanos San ago 2023, un representante para la coordinación de cada una de las sedes solicitadas, es decir 5 representantes en total.

La función de este representante considera la coordinación y entrega de información a los miembros que sean definidos por la corporación, respecto de la evolución de cada uno de los casos que se encuentren en tratamiento o en desarrollo, sea en forma ambulatoria u hospitalaria. En la plataforma de servicio se podrá hacer seguimiento actualizado de cada uno de los casos, tanto de la administración de la sede como también de las delegaciones que se vieran involucradas en algún accidente o enfermedad.

Lo mencionado en el párrafo anterior, se aplicará para todos los asegurados del grupo 2.

Este oficial de enlace, queda a disposición de la corporación para ayudar a transmitir información actualizada a las delegaciones y/o familias en caso de ser necesario.

De igual forma, este enlace podrá atender cualquier requerimiento o solicitud en referencia a los servicios prestados por nuestra aseguradora, que le proporcione al jefe de sede una mejor comprensión de los eventos que estén en desarrollo.

.

2.- Reportería y frecuencia de reuniones de coordinación

La corporación podrá acceder a la plataforma de reportes, con actualización diaria de los casos abiertos.

En el caso de los eventos ambulatorios se abrirán y cerrarán en el transcurso del día, pero en el caso de los eventos hospitalarios esta plataforma permitirá tener la información actualizada del caso, no solo en cuanto a evolución médica, sino que también un detalle con los procedimientos y exámenes que se pueden ir realizando durante la hospitalización.

.

5.- Protocolo de seguimiento de casos

Más allá del acceso a la información y evolución de los casos que impliquen una hospitalización, de ser necesario el personal de la dirección médica de la compañía, estará a disposición para sostener reuniones con el personal médico de las delegaciones, a fin de actualizar y recibir información detallada sobre aspectos propios del protocolo médico, que se ha seguido con un caso en particular.

.

MUERTE ACCIDENTAL

El presente seguro cubre de acuerdo al código POL 3 2013 1474 depositado en la Comisión para el Mercado Financiero.

.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

El presente seguro cubre de acuerdo al código POL 3 2013 1474 depositado en la Comisión para el Mercado Financiero.

.

GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

El presente seguro cubre de acuerdo al código POL 3 2013 1474 depositado en la Comisión para el Mercado Financiero.

.



PLAN DE PAGO N° 24192888

PÓLIZA N°: O-AP- 173718-K

Prima: UF 2.116,49

CONTRATANTE y/o ASEGURADO

Nombre: CORPORACION XIX JUEGOS PANAMER

RUT: 65.180.131-1

RESPONSABLE DE PAGO

Nombre : CORPORACION XIX JUEGOS PANAMER

RUT: 65.180.131-1

Dirección : Perez Valenzuela 1635

Comuna : SANTIAGO

Ciudad: SANTIAGO

Debo y pagaré a BCI Seguros Generales S.A. la prima arriba señalada, incluyendo sus correspondientes intereses, en las cuotas, fechas y por los montos que a continuación se indican:

<u>Cuota</u>	<u>Vencimiento</u>	<u>Valor Cuota</u>	<u>Cuota</u>	<u>Vencimiento</u>	<u>Valor Cuota</u>	<u>Cuota</u>	<u>Vencimiento</u>	<u>Valor Cuota</u>
1	25/10/2023	2.123,26						

La prima o saldo insoluto de ella que ha sido documentada en virtud del presente instrumento devenga interés mensual del 0,32 %.

El aviso de cobro de las cuotas más arriba individualizadas, será enviado mensualmente al domicilio registrado en el presente Plan de Pagos. La circunstancia de no recibir el respectivo aviso, no libera al obligado del pago de su compromiso de cancelar en forma íntegra y oportuna la prima convenida. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Compañía para aplicar la cláusula de resolución de contrato por no pago de prima, sin perjuicio de sus demás derechos.

El pago de cuotas expresadas en unidades de fomento deberá efectuarse en su equivalente en pesos al día del pago efectivo. Las expresadas en otras monedas, se solucionarán en la moneda respectiva.

Este Plan de Pagos forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la póliza.

Los cheques deben extenderse nominativamente y cruzados a nombre de: BCI Seguros Generales S.A.

FIRMA DEL ACEPTANTE

UN EJEMPLAR DE ESTE DOCUMENTO DEBE SER REMITIDO A LA COMPAÑÍA, DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL ACEPTANTE DE LA DEUDA.

CUANDO LA PROPUESTA DE SEGURO, EL PLAN DE PAGO U OTRO DOCUMENTO QUE FORME PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGUROS SEA FIRMADO POR EL CORREDOR EN REPRESENTACIÓN DEL CONTRATANTE, EL CORREDOR DEBERÁ CONTAR CON EL MANDATO RESPECTIVO, DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL CONTRATANTE.



Procedimiento De Liquidación De Siniestros (Circular N°2.106 del 31.05.2013 de S.V.S.)

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

En caso de liquidación directa por la Compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES

El liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de Oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El Asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de **45 días** corridos desde la fecha de denuncia, a excepción de;

- a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: **90 días** corridos desde fecha de denuncia;

- b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde fecha de denuncia.

7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N°1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN

Recibido el Informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.

Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

INFORMACIÓN SOBRE PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2.131 del 28 de Noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1º, Santiago, o a través del sitio web www.svs.cl.

Póliza

Ramo : Accidentes Personales Nominado

Póliza : 223102534 **Propuesta:** 990246806 **Emisión:** 25/07/2023

Endoso : 0 **Ítems:** 1

Poliza anterior: 222102779

Vigencia : Desde 20/07/2023 12:00:00 hasta 20/07/2024 12:00:00

Contratante : INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE, **Rut:** 61.107.000-4
Dirección : Fidel Oteíza N° 1956, Piso 3 ., Providencia

Corredor : WIENECKE CORREDORES DE SEGUROS, **Rut:** 77.214.540-3
Código: 164

Comisión : 18,72% del costo neto del seguro.

Costo del Seguro Estipulado

Moneda	Unidad de Fomento
Monto asegurado	1.800.000,000
Costo neto del seguro	12.609,450
Costo neto total afecto	5.288,750
Costo neto total exento	7.320,700
IVA	1.004,863
Costo total del seguro	13.614,313



Compañía de Seguros Generales Continental S.A.

Compañía de Seguros Generales Continental S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página web www.aach.cl.

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado, cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Compañía de Seguros Generales Continental S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.



Compañía de Seguros Generales Continental S.A.
Av. Isidora Goyenechea 3162 – Piso 4 – Las Condes – Santiago – Chile
Teléfono: (56 2) 2870 1700
www.continental.cl

Ramo : Accidentes Personales Nominado
Póliza : 223102534 **Propuesta:** 990246806 **Sucursal:** Santiago, Chile
Moneda : Unidad de Fomento
Corredor : WIENECKE CORREDORES DE SEGUROS, **Rut:** 77.214.540–3 **Cód.:** 164

Contratante : INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE, **Rut:** 61.107.000–4
Dirección : Fidel Oteíza N° 1956, Piso 3 ., Providencia

Ítem : 1 **Propuesta:** 880396531

Asegurado : INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE, **Rut:** 61.107.000–4
Dirección : Fidel Oteíza N° 1956, Piso 3 ., Providencia

Vigencia : Desde 20/07/2023 12:00:00 hasta 20/07/2024 12:00:00

Coberturas y adicionales:

	Tasa	Monto asegurado	Costo neto
POL320130570 Plan A Muerte por Accidente	0,0000	500.000,00	7.320,700
POL320130570 Plan B Incapacidad Permanente	0,0000	500.000,00	372,060
POL320130570 Plan C Desmembramiento	0,0000	500.000,00	186,030
POL320130570 Plan D Gastos Médicos	0,0000	1.100.000,00	1.488,240
POL320130570 Plan E Gastos Funerarios	0,0000	200.000,00	74,420
Asistencia (afecta)	0,0000	0,00	3.168,000

Costo neto UF 12.609,450

IVA UF 1.004,863

Costo bruto UF 13.614,313

MATERIA ASEGURADA

61.107.000–4 INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE

CONTRATANTE:

– INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE
– RUT: 61.107.000–4

DEPORTISTAS DE IND ALTO RENDIMIENTO 2023 – 2024

MATERIA ASEGURADA:

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y LESIONES PARA 1000 DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO 2023 – 2024, LAS 24 HORAS DEL DÍA EN CHILE Y EN EL EXTRANJERO, SEGÚN NOMINA EN PODER DE LA COMPAÑÍA.

CUBRE TODOS LOS ACCIDENTES Y EVENTOS DEFINIDOS EN LAS BASES DE LICITACIÓN, ORIGINADOS EN LA PRACTICA DEPORTIVA Y/O TRAYECTO.

COBERTURAS Y CAPITALES / CAPITAL UNITARIO(UF)

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 MÉDICOS POR ACCIDENTES / 550

PLAN D: REEMB. GASTOS MEDICOS POR LESIONES DERIVADAS DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA / 550

PLAN E: GASTOS DE SEPELIO / 200

ASISTENCIA GEA CHILE (COORDINACION DE SERVICIOS+ ASISTENCIA EN VIAJES INTERNACIONAL)

COBERTURAS

MONEDA (UF) / CAPITAL(UF) POR ASEGURADO / MONTO TOTAL / Tasas por mil / Prima Anual

Plan A: MUERTE ACCIDENTAL (EXENTA) / 500 / 500.000 / 14,6414 / 7.320,70

Plan B: INCAPACIDAD PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE / 500 / 500.000 / 0,7441 / 372,06

Plan C: DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL / 500 / 500.000 / 0,3721 / 186,03

Plan D: REEMB. GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTES / 550 / 550.000 / 1,3530 / 744,12

Plan D: REEMB. GASTOS MEDICOS POR LESIONES DERIVADAS DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA / 550 / 550.000 / 1,3530 / 744,12

Plan E: GASTOS DE SEPELIO / 200 / 200.000 / 0,3721 / 74,42

ASISTENCIA GEA CHILE (AFECTA) / 3.168,00

PRIMA NETA / 12.609,45

IVA / 1.004,86

PRIMA BRUTA / 13.614,31

LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN: UF 80.000 POR EVENTO Y AGREGADO DE VIGENCIA DE PÓLIZA.

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 528 del Código de Comercio, se deja establecido que los gastos de formalización del contrato a que se refiere el artículo 528 del Código de Comercio ascienden al 3.4% de la prima neta, los que ya están incluidos en el costo del seguro

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:

1.ACCIDENTE: TODO SUCESO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE AFECTE AL ORGANISMO DEL ASEGURADO OCACIONÁNDOLE 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. Nº 3.500 DE 1980.
10. SINIESTRO: LA OCURRENCIA DEL RIESGO O EVENTO DAÑOSO CONTEMPLADO EN EL CONTRATO.

COBERTURAS OTORGADAS EN ESTA COTIZACIÓN
SE CUBRE DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES POL 3.2013.0570 DE LA C.M.F.
PLAN A: MUERTE ACCIDENTAL
PLAN B: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE
PLAN C: DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL
PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES Y LESIONES
PLAN E: INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE

TÍTULO PRIMERO COBERTURA
COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES CONTINENTAL S.A., EN ADELANTE SE OBLIGA CONFORME A LAS MODALIDADES ESTIPULADAS EN EL POL 320130570 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.

PLAN A.
– MUERTE ACCIDENTAL, SOLO MAYORES DE 18 AÑOS.
EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL MONTO ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RECIBIDAS Y APROBADAS LAS PRUEBAS EN CUANTO A QUE EL FALLECIMIENTO INMEDIATO 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 MÁS TARDAR, DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.
SI EL ASEGURADO FALLECIERA COMO CONSECUENCIA DE ALGÚN ACCIDENTE, LA COMPAÑÍA 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 LAS ALTERNATIVAS B.–, Y C.– EN CASO DE HABER SIDO CONTRATADAS.

PLAN B.

– INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE.

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA Y CUANDO COMO RESULTADO DE LESIONES PRODUCTO DE UN ACCIDENTE, EL ASEGURADO SE ENCONTRARE DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE, EN ESTADO DE INCAPACIDAD PERMANENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ MEDIANTE UN PAGO ÚNICO Y TOTAL, LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DEL MONTO INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, MENOS CUALQUIER OTRO MONTO PAGADO AL ASEGURADO POR EL MISMO ACCIDENTE BAJO LA COBERTURA DEFINIDA EN EL PLAN C:

EL 30% PARA INCAPACIDAD CLASE III: MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA 35% – 49%
EL 50% PARA INCAPACIDAD CLASE IV: MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA 50% – 66%
EL 100% PARA INCAPACIDAD CLASE V: MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA 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 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.

PLAN C.

– DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL.

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 NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESDE SU OCURRENCIA, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL 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 ASEGURADO 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 ASEGURADO 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 ESTE PLAN, 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.

PLAN D.

– REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y LESIONES.

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO, HASTA EL MONTO ANUAL INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA, FARMACÉUTICA Y HOSPITALARIA EN QUE ÉSTE INCURRA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, INCLUYENDO LOS GASTOS INCURRIDOS EN TRATAMIENTOS DESTINADOS A RESTITUIR AL ASEGURADO ACCIDENTADO EL GRADO DE CAPACIDAD FUNCIONAL E INDEPENDENCIA QUE TENÍA PREVIO AL ACCIDENTE; SIEMPRE QUE TALES GASTOS SEAN PRODUCTO DE ATENCIONES PRESTADAS DENTRO DEL PLAZO

DE TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE Y A CONSECUENCIA DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN ÉL.

SERÁ CONDICIÓN NECESARIA PARA PROCEDER AL REMBOLSO, LA PRESENTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE LAS BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES, COMPROBATORIAS DE LOS GASTOS EFECTUADOS, ASÍ COMO TAMBIÉN, EL DIAGNÓSTICO DE UN MÉDICO CALIFICADO QUE DETERMINE EL GRADO Y MAGNITUD DE LAS LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO TUVIESE BENEFICIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD ESTATAL, PRIVADA 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 ORIGINALES 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 TUVIESE BENEFICIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD ESTATAL, PRIVADA O BIENESTAR, SE REEMBOLSARÁ EL 50% DEL GASTO REAL INCURRIDO POR EL ASEGURADO HASTA EL TOPE DE LA COBERTURA.

PLAN E.

– INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL MONTO ASEGURADO PARA GASTOS DE SEPELIO, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RECIBIDAS Y APROBADAS LAS PRUEBAS DE QUE EL FALLECIMIENTO INMEDIATO DEL ASEGURADO TITULAR SE PRODUJO COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA, INDEPENDIEMENTE DEL GASTO REAL EN QUE HAYA INCURRIDO.

SE ENTENDERÁ COMO FALLECIMIENTO INMEDIATO AQUEL QUE OCURRA A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

MODALIDADES DE ATENCIÓN EN CASO ACCIDENTE

ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DE COORDINACIÓN TELEFONICA CONTINENTAL

(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

FONO: +56 2 28203468 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 REMBOLSO A TRAVÉS DE LA COMPAÑÍA.

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

CIUDAD / CLINICA O CENTRO MEDICO / DIRECCION / CIUDAD

ARICA / CLINICA SAN JOSE / JUAN NOE 1370 / ARICA

/ MEGASALUD ARICA / SAN MARCOS N° 121. / ARICA

IQUIQUE / CLINICA TARAPACA / BARROS ARANA 1550 / IQUIQUE

/ MEGASALUD ELEUTERIO RAMIREZ / ELEUTERIO RAMÍREZ N° 1162. IQUIQUE / IQUIQUE
ANTOFAGASTA / CLINICA LA PORTADA / AVENIDA BALMACEDA 2648 / ANTOFAGASTA
/ HOSPITAL MILITAR / GENERAL BORGÑO 957 / ANTOFAGASTA
/ MEGASALUD ANTOFAGASTA / SUCRE N° 251 / ANTOFAGASTA
CALAMA / CLINICA EL LOA / AV. GRANADEROS 2924 / CALAMA
/ MEGASALUD CALAMA / AV. GRANADEROS N° 1474 / CALAMA
COPIAPO / INTEGRAMEDICA / MALL PLAZA COPIAPO / COPIAPO
/ CLINICA ATACAMA / JOSÉ M. INFANTE 861 / COPIAPO
LA SERENA / CLINICA ELQUI / AVDA. EL SANTO 1475 / SERENA
/ INTEGRAMEDICA MALL PLAZA LA SERENA / ALBERTO SOLARI 1400, LA SERENA / LA
SERENA
/ MEGASALUD ELQUI / HUANHUALÍ N° 186. LA SERENA / LA SERENA
/ INMUNOMEDICA / LARRAIN ALCALDE N°1085 / SERENA
COQUIMBO / CENTRO MEDICO EL LLANO / AV. ALESSANDRI 380 / COQUIMBO
LOS ANDES / CLINICA RIO BLANCO / SANTA MARIA 777 / LOS ANDES
VALPARAISO / MEGASALUD MUELLE BARON / AV. ARGENTINA N° 1. VALPARAÍSO. /
VALPARAISO
/ SANASALUD VALPARAISO / AV. ERRAZURIZ 629 LOC 101 / VALPARAISO
/ CLINICA VALPARAISO / AV. BRASIL 2350 / VALPARAISO
VIÑA DEL MAR / IST / ÁLVAREZ 662 / VIÑA DEL MAR
/ HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR / CALLE LIMACHE1741 / VIÑA DEL MAR
/ CLINICA CIUDAD DEL MAR / 13 NORTE 635 / VIÑA DEL MAR
/ INTEGRAMEDICA VIÑA DEL MAR / 13 NORTE 853, 4TO Y 5TO PISO / VIÑA DEL MAR
/ INMUNOMEDICA / 7 NORTE 645 / VIÑA DEL MAR
/ MEGASALUD VIÑA DEL MAR / 3 NORTE N° 464 / VIÑA DEL MAR
/ SPORT MEDICINA DEPORTIVA / CALLE LIMACHE 1667 / VIÑA DEL MAR
QUILPUE / MEGASALUD QUILPUE / ANIBAL PINTO N° 843 / QUILPUE
/ CLINICA LOS CARRERA / CAUPOLICAN 958 / QUILPUE
LA CALERA / DIAGNOCAL / JOSÉ JOAQUÍN PÉREZ 507 / CALERA
/ CLINICA LOS LEONES / AV. LATORRE 98 / CALERA
/ INMUNOMEDICA / CARRERA 34 / CALERA
SAN ANTONIO / CLINICA SAN JULIAN / 21 DE MAYO 46 / SAN ANTONIO
/ CLINICA SAN ANTONIO / ANTONIO PALMIERI 250 / SAN ANTONIO
MELIPILLA / CLINICA LOS MAITENES / AUTOPISTA DEL SOL KM 70 / MELIPILLA
RANCAGUA / CLINICA ISAMEDICA / CARRETERA EL COBRE PDTE EDO FREI MONTALVA 884
/ RANCAGUA
/ INTEGRAMEDICA RANCAGUA / TENIENTE CORONEL JOSE CUEVAS 405 / RANCAGUA
/ CLINICA INTEGRAL / ALAMEDA 634 / RANCAGUA
/ HOSPITAL CLINICO FUSAT / EDUARDO FREI MONTALVA 1002 / RANCAGUA
/ MEGASALUD RANCAGUA / GERMÁN RIESCO N° 206. RANCAGUA. / RANCAGUA
/ SANASALUD RANCAGUA / CUEVAS 483 LOC 2 / RANCAGUA
/ INMUNOMEDICA / ASTORGA 145 / RANCAGUA
SAN FERNANDO / IMAGEN SALUD / CARAMPANGUE 608 / SAN FERNANDO
SAN VICENTE / IMAGEN SALUD / GENERO LISBOA 398 / SAN VICENTE
RENGO / IMAGEN SALUD / URRIOLOA 608 / RENG
CHIMBARONGO / IMAGEN SALUD / BLANCO ENCALDA II / CHIMBARONGO
TALCA / CLINICA LIRCAY / DOS PONIENTES 1372 / TALCA
/ INTEGRAMEDICA TALCA / 1 SUR 1557, TALCA (MALL PORTAL CENTRO) / TALCA
/ CLINICA DEL MAULE / 4 NORTE 1640 / TALCA

/ MEGASALUD TALCA / 1 PONIENTE N° 1369 / TALCA
/ INMUNOMEDICA / 2 NORTE 360 / TALCA
PARRAL / INMUNOMEDICA / ANIBAL PINTO 1064 / PARRAL
CURICO / INMUNOMEDICA / ARTURO PRAT 134 / CURICO
CHILLAN / CLINICA CHILLAN / PEDRO AGUIRRE CERDA 35 / CHILLAN
/ CLINICAS LAS AMAPOLAS / AV. VICENTE MENDEZ 75 / CHILLAN
/ MEGASALUD CHILLAN / LIBERTAD N° 431 / CHILLAN
/ MEGASALUD ÑUBLE / AV PRAT 430 / CHILLAN
/ INMUNOMEDICA / LIBERTAD 1137 / CHILLAN
SAN CARLOS / INMUNOMEDICA / RIQUELME 242 / SAN CARLOS
LOS ANGELES / INMUNOMEDICA / CAUPOLICAN 201 PISO 1 / LOS ANGELES
/ INMUNOMEDICA / LOS CARRERA 200 / LOS ANGELES
/ CLINICA ADVENTISTA / MANUEL RODRÍGUEZ 256 / LOS ANGELES
/ MEGASALUD LOS ANGELES / LAUTARO N° 615 / LOS ANGELES
/ CLINICA LOS ANDES LOS ANGELES / DR. GENARO REYES 581 / LOS ANGELES
CONCEPCION / CLINICA SANATORIO ALEMAN / PEDRO DE VALDIVIA 801 / CONCEPCION
/ INTEGRAMEDICA BIO BIO / LOS CARRERA 301, CONCEPCIÓN / CONCEPCION
/ HOSPITAL CLINICO DEL SUR / CARDENIO AVELLO 36 / CONCEPCION
/ CLINICA UNIVERISTARIA CONCEPCION / AV. JORGE ALESSANDRI 2047, HUALPÉN /
CONCEPCION
/ MEGASALUD CONCEPCION / FREIRE N° 1445 / CONCEPCION
/ INMUNOMEDICA / SAN MARTIN 920 / CONCEPCION
TALCAHUANO / INTEGRAMEDICA TALCAHUANO / JORGE ALESSANDRI 3177, TALCAHUANO
/ TALCAHUANO
CORONEL / INMUNOMEDICA / SOTOMAYOR 401 / CONCEPCION
TOME / INMUNOMEDICA / MAIPU 1196 / TOME
ARAUCO / INMUNOMEDICA / ESMERALDA 598 / ARAUCO
TEMUCO / CLINICA ALEMANA TEMUCO / SENADOR ESTÉBANEZ 645 / TEMUCO
/ INMUNOMEDICA / LAGO PUYEHUE 01745 / TEMUCO
/ MEGASALUD TEMUCO / MANUEL BULNES N° 846. TEMUCO. / TEMUCO
/ HOSPITAL CLINICO MAYOR / AVENIDA GABRIELA MISTRAL 01955 / TEMUCO
VALDIVIA / ABORATORIO CLINICO CENTRO MEDICO VALDIVIA / MAIPÚ 125 – LOCAL 21 /
VALDIVIA
/ MEGASALUD VALDIVIA / AV. ALEMANIA N° 475 / VALDIVIA
/ CLINICA ALEMANA VALDIVIA / BEAUCHEF 765 / VALDIVIA
OSORNO / INMUNOMEDICA / COCHRANE 405 / OSORNO
/ OSORNOSALUD / CALLE CRISTÓBAL COLÓN 781 / OSORNO
/ CENTRO MEDICO AMANKAY / HERMANOS PHILLIPI 1263 / OSORNO
/ MEGASALUD OSORNO / BERNARDO O'HIGGINS N° 791 / OSORNO
/ CLINICA ALEMANA OSORNO / ZENTENO 1530 / OSORNO
PUERTO MONTT / CLINICA UNIVERSITARIA PUERTO MONTT / AVENIDA BELLAVISTA 123 /
PUERTO MONTT
/ INMUNOMEDICA / PAIPOTE S/N SECTOR CHIN CHIN / PUERTO MONTT
/ MEGASALUD PUERTO MONTT / RENGIFO N° 412 / PUERTO MONTT
/ CLINICA PUERTO MONTT / PANAMERICANA 400 / PUERTO MONTT
ANCUD / INMUNOMEDICA / BAQUEDANO 279 / ANCUD
PUNTA ARENAS / MEGASALUD PUNTA ARENAS / PEDRO MONTT N° 890 / PUNTA ARENAS
/ CLINICA MAGALLANES / BULNES 01448 / PUNTA ARENAS
SANTIAGO / CLINICA LOS MAITENES / AUTOPISTA DEL SOL, KM. 70 SECTOR LOS JAZMINES

/ MELIPILLA
/ CLINICA HOSPITAL DEL PROFESOR / AV LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 4860 / ESTACIÓN CENTRAL
/ CLINICA SANTA MARIA / AV. SANTA MARÍA 0500 / PROVIDENCIA
/ CLINICA ALEMANA SANTIAGO / AV. VITACURA 5951 / VITACURA
/ CLINICA LAS CONDES / ESTORIL 450 / LAS CONDES
/ CLINICA BICENTENARIO / AV LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 4850 / ESTACIÓN CENTRAL
/ CLINICA CORDILLERA / ALEXANDER FLEMING 7885 / LAS CONDES
/ CLINICA VESPUCIO / SERAFIN ZAMORA 190 / LA FLORIDA
/ CLINICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES / AV. PLAZA 2501 / LAS CONDES
/ CLINICA AVANSALUD / SALVADOR 100 / PROVIDENCIA
/ CENTROS MEDICOS DARSALUD / MANUEL MONTT 163 / PROVIDENCIA
/ CENTROS MEDICOS DARSALUD / BANDERA 235, LOCAL 3 / SANTIAGO
/ CENTROS MEDICOS DARSALUD / VICUÑA MACKENNA PONIENTE 7215 / LA FLORIDA
/ UC SAN CARLOS DE APOQUINDO / CAMINO EL ALBA 12881 / LAS CONDES
/ CLINICA MEDS / AV. JOSÉ ALCALDE DÉLANO 10.581 / LO BARNECHEA
/ POLICENTER / / LA FLORIDA
/ POLICENTER / / PUENTE ALTO
/ LABORATORIO BLANCO / SALVADOR 31 / PROVIDENCIA
/ IMARED / RANCAGUA 635 / PROVIDENCIA
/ MULTIMEDICAL / AV. LOS PAJARITOS 3302 / MAIPU
/ INMUNOMEDICA / MAC IVER 22 OF 201 / SANTIAGO
/ NUCLEO SALUD / CLUB HÍPICO 4676 / PEDRO AGUIRRE CERDA
/ CENTRO MEDICO MANUEL MONTT / MANUEL MONTT 427 / PROVIDENCIA
/ SANASALUD PEDRO DE VALDIVIA / PEDRO DE VALDIVIA 195 / PROVIDENCIA
/ MEGASALUD ALAMEDA / SAN MARTÍN N° 30 – / SANTIAGO CENTRO
/ MEGASALUD AGUSTINAS / AGUSTINAS N°637 / SANTIAGO CENTRO
/ MEGASALUD CD APOQUINDO / AV. APOQUINDO N°4680 / LAS CONDES
/ MEGASALUD CMD CONCHALI / AV. FERMÍN VIVACETA N° 3161. / CONCHALI
/ MEGASALUD CMD SAN MIGUEL / AV. J. MIGUEL CARRERA N° 5728. / SAN MIGUEL
/ MEGASALUD KENNEDY / AV. KENNEDY N° 5735, PISO 3. LAS CONDES. / LAS CONDES
/ MEGASALUD LA FLORIDA / AV. VICUÑA MACKENNA N° 7747 / LA FLORIDA
/ MEGASALUD MAIPU / ALBERTO LLONA N° 1770 / MAIPU
/ MEGASALUD ÑUÑO A / AV. IRARRÁZVAL N° 2305 / ÑUÑO A
/ MEGASALUD ARAUCO ESTACIÓN / B. O'HIGGINS N°3250, OF.1092, MALL ARAUCO-EST.CENTR / ESTACIÓN CENTRAL
/ MEGASALUD PEDRO DE VALDIVIA / AV. 11 DE SEPTIEMBRE N° 1920 – PROVIDENCIA. / PROVIDENCIA
/ MEGASALUD PUENTE ALTO / AV. CONCHA Y TORO N° 3779 / PUENTE ALTO
/ MEGASALUD QUILICURA / V. B. O'HIGGINS N° 581-OF. 67. MALL ARAUCO QUILICURA / QUILICURA
/ MEGASALUD SAN BERNARDO / AV. AMÉRICA N° 654 / SAN BERNARDO
/ INTEGRAMEDICA ALAMEDA / AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 654 / SANTIAGO
/ INTEGRAMEDICA BARCELONA / BARCELONA 2116, PROVIDENCIA / PROVIDENCIA
/ INTEGRAMEDICA BANDERA / BANDERA 168, SANTIAGO / SANTIAGO
/ INTEGRAMEDICA CENTRO / HUÉRFANOS 1147, / SANTIAGO
/ INTEGRAMEDICA ALTO LAS CONDES / AV. KENNEDY 9001, LAS CONDES / LAS CONDES

/ INTEGRAMEDICA ESTACION CENTRAL / AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3466, / ESTACIÓN CENTRAL
/ INTEGRAMEDICA LA FLORIDA / AV. VICUÑA MACKENNA ORIENTE 6969 / LA FLORIDA
/ INTEGRAMEDICA MALL PLAZA OESTE / AV. AMÉRICO VESPUCIO 1501, CERRILLOS / MAIPU
/ INTEGRAMEDICA MAIPU / PAJARITOS 1790, MAIPÚ / MAIPU
/ INTEGRAMEDICA MANQUEHUE / AV. MANQUEHUE SUR 329, LAS CONDES / LAS CONDES
/ INTEGRAMEDICA MALL PLAZA NORTE / AV. AMÉRICO VESPUCIO 1537, HUECHURABA / HUECHURABA
/ INTEGRAMEDICA PUENTE ALTO / CONCHA Y TORO 26, PUENTE ALTO / PUENTE ALTO
/ INTEGRAMEDICA MALL PLAZA EGAÑA / LARRAÍN 5862, LA REINA / LA REINA
/ INTEGRAMEDICA MALL PLAZA SUR / AV. JORGE ALESSANDRI 20040 / SAN BERNARDO
/ INTEGRAMEDICA MALL PLAZA VESPUCIO / AV. VICUÑA MACKENNA 7110 / LA FLORIDA
/ INTEGRAMEDICA SANTA LUCIA / VICTORIA 421, SAN BERNARDO / SAN BERNARDO

/ INTEGRAMEDICA SAN MIGUEL / EL LLANO SUBERCASEAUX 3965 / SAN MIGUEL
/ INTEGRAMEDICA MALL PLAZA TOBALABA / AV. CAMILO HENRÍQUEZ 3296 / PUENTE ALTO
/ SANASALUD BUIN / ANIBAL PINTO 436 / BUIN
/ SANASALUD PAINE / RAUL SANCHEZ CERDA 57 / PAINE
/ SANASALUD CENTRO / PUENTE 689 PISO 4 / SANTIAGO
/ SANASALUD ESTACION CENTRAL / SAN FRANCISCO DE BORJA 122 LOC 225 / ESTACIÓN CENTRAL
/ SANASALUD LA FLORIDA / VICUÑA MACKENNA 6100 LOC 1003 / LA FLORIDA
/ SANASALUD PROVIDENCIA / DIEGO DE VELAZQUEZ / PROVIDENCIA
/ SANASALUD MAIPU / CHACABUCO 40 PISO 6 / MAIPU
/ SANASALUD PUENTE ALTO / AV. LOS TOROS 5441 / PUENTE ALTO
ARICA / MUTUAL / AV. ARGENTINA N° 2247, ARICA / ARICA
IQUIQUE / MUTUAL / RIQUELME 764, IQUIQUE / IQUIQUE
ANTOFAGASTA / MUTUAL / ANTONINO TORO N° 709, ANTOFAGASTA / ANTOFAGASTA
TOCOPILLA / MUTUAL / 21 DE MAYO N°1201 / TOCOPILLA
MEJILLONES / MUTUAL / ALMIRANTE GOÑI N° 99 / MEJILLONES
CALAMA / MUTUAL / AV. CENTRAL SUR N° 1813, VILLA AYQUINA / CALAMA
COPIAPÓ / MUTUAL / AVDA. COPAYAPU N° 877, COPIAPÓ / COPIAPÓ
VALLENAR / MUTUAL / SERRANO N° 471 / VALLENAR
EL SALVADOR / MUTUAL / AVDA. EL TOFO N°546 , EL SALVADOR / EL SALVADOR
CALDERA / MUTUAL / ENRIQUE GIGOUX N° 921, CALDERA / CALDERA
LA SERENA / MUTUAL / HUANHUALÍ N° 186, EDIFICIO MEGASALUD / LA SERENA
VICUÑA / MUTUAL / AV. LAS DELICIAS N° 479-A / VICUÑA
SALAMANCA / MUTUAL / AV. INFANTE N° 860 / SALAMANCA
OVALLE / MUTUAL / LOS PEÑONES 386, CAMINO A SOTAQUI / OVALLE
VIÑA DEL MAR / MUTUAL / CALLE LIMACHE N° 1300, VIÑA DEL MAR / VIÑA DEL MAR
QUINTERO / MUTUAL / LUIS ORIONE 380 / QUINTERO
VALPARAISO / MUTUAL / AV. ARGENTINA N° 1 PISO 2 / VALPARAISO
ISLA DE PASCUA / MUTUAL / CALLE HOTU MATUA / ISLA DE PASCUA
CASABLANCA / MUTUAL / LEIVA AMOR N° 251 / CASABLANCA
LOS ANDES / MUTUAL / AV. SANTA TERESA 1278 / LOS ANDES
SAN FELIPE / MUTUAL / PORTUS N° 111 . OF. 106 / SAN FELIPE
QUILLOTA / MUTUAL / LA CONCEPCIÓN 371B / QUILLOTA

LA CALERA / MUTUAL / ALMIRANTE LATORRE N° 53 / LA CALERA
RANCAGUA / MUTUAL / AV. REPÚBLICA DE CHILE N° 390, RANCAGUA / RANCAGUA
PEUMO / MUTUAL / WALKER MARTINEZ N° 315 / PEUMO
RENGO / MUTUAL / GUANGUALI N° 38 / RENGÓ
SANTA CRUZ / MUTUAL / DIAZ BESOAIN N° 248 / SANTA CRUZ
SAN FERNANDO / MUTUAL / CARDENAL CARO N° 634 / SAN FERNANDO
TALCA / MUTUAL / DOS PONIENTE N° 1380, PISO 6, TALCA / TALCA
CURICO / MUTUAL / AV. ESPAÑA N° 1191, CURICÓ / CURICO
LINARES / MUTUAL / FREIRE N° 663, LINARES / LINARES
CONSTITUCIÓN / MUTUAL / MAC IVER N° 580, CONSTITUCIÓN / CONSTITUCIÓN
CAUQUENES / MUTUAL / CLAUDINA URRUTIA N°701 CAUQUENES / CAUQUENES
CONCEPCIÓN / MUTUAL / AUTOPISTA CONCEPCIÓN TALCAHUANO N°8720 / CONCEPCIÓN
CORONEL / MUTUAL / PEDRO AGUIRRE CERDA N°550, SECTOR LO ROJAS / CORONEL
CHILLÁN / MUTUAL / AV. ARGENTINA N° 742, CHILLÁN / CHILLÁN
LOS ÁNGELES / MUTUAL / MENDOZA N° 350, LOS ÁNGELES / LOS ÁNGELES
TEMUCO / MUTUAL / AV.HOLANDESA N° 0615, TEMUCO / TEMUCO
VILLARRICA / MUTUAL / PEDRO MONTT N° 701 / VILLARRICA
LONCOCHE / MUTUAL / BARROS ARANA N° 558 / LONCOCHE
TRAIGUÉN / MUTUAL / CALLE RIVEROS 891 A / TRAIGUÉN
VICTORIA / MUTUAL / LAGOS N° 251 / VICTORIA
ANGOL / MUTUAL / MANUEL JARPA N°082 / ANGOL
VALDIVIA / MUTUAL / AV. PRAT N° 1005, VALDIVIA / VALDIVIA
OSORNO / MUTUAL / GUILLERMO BÜHLER N° 1756, OSORNO / OSORNO
LA UNIÓN / MUTUAL / ARTURO PRAT N° 455 / LA UNIÓN
PURRANQUE / MUTUAL / TOMÁS BURGOS N° 326 / PURRANQUE
PUERTO MONTT / MUTUAL / URMENETA N° 895, PUERTO MONTT / PUERTO MONTT
LLANQUIHUE / MUTUAL / ERRAZURIC ESQUINA BAQUEDANO S/N, LLANQUIHUE /
LLANQUIHUE
CALBUCO / MUTUAL / GALVARINO RIVEROS N° 426 / CALBUCO
CASTRO / MUTUAL / O'HIGGINS N° 735, CASTRO / CASTRO
ANCUD / MUTUAL / BAQUEDANO N° 267 / ANCUD
QUELLÓN / MUTUAL / RAMON FREIRE N° 354 / QUELLÓN
COYHAIQUE / MUTUAL / EUSEBIO LILLO N° 20, COYHAIQUE / COYHAIQUE
PUERTO CHACABUCO / MUTUAL / AV. L. B. O'HIGGINS N° 270 / PUERTO CHACABUCO
PUNTA ARENAS / MUTUAL / AV. ESPAÑA N° 01890, PUNTA ARENAS / PUNTA ARENAS
PUERTO NATALES / MUTUAL / BLANCO ENCALADA N° 362 / PUERTO NATALES
PORVENIR / MUTUAL / SAMPAIO N° 300 / PORVENIR
HOSPITAL CLÍNICO / MUTUAL / AV. L. B. O'HIGGINS N° 4848, EST. CENTRAL / HOSPITAL
CLÍNICO
AGUSTINAS / MUTUAL / AGUSTINAS N° 1365, SANTIAGO CENTRO / AGUSTINAS
PROVIDENCIA / MUTUAL / ALMIRANTE PASTENE 249, PROVIDENCIA / PROVIDENCIA
LAS TRANQUERAS / MUTUAL / AV. LAS TRANQUERAS N°1327, VITACURA / LAS
TRANQUERAS
LA FLORIDA / MUTUAL / AV. VICUÑA MACKENNA ORIENTE N° 6381 / LA FLORIDA
PUENTE ALTO / MUTUAL / JUAN ROJAS MALDONADO EX-TENIENTE BELLO N° 66 / PUENTE
ALTO
SAN BERNARDO / MUTUAL / FREIRE N° 339, SAN BERNARDO / SAN BERNARDO
PAINE / MUTUAL / GENERAL BAQUEDANO N° 610-620, PAINE / PAINE
LO ESPEJO / MUTUAL / AV. LO SIERRA N° 03200, SAN BERNARDO / LO ESPEJO

QUILICURA / MUTUAL / PANAMERICANA NORTE N° 7500, QUILICURA / QUILICURA
Enea / MUTUAL / AV AMÉRICO VESPUCIO ORIENTE 1309 / Enea
MELIPILLA / MUTUAL / SAN AGUSTÍN N° 270, MELIPILLA / MELIPILLA
SAN ANTONIO / MUTUAL / ARZOBISPO CASANOVA N° 239, LLOLLEO / SAN ANTONIO
TALAGANTE / MUTUAL / ENRIQUE ALCALDE N° 993, TALAGANTE / TALAGANTE
MAIPÚ / MUTUAL / AVDA. PAJARITOS 999 INTERIOR / MAIPÚ

EN ANEXO ADJUNTO, SE INDICA RED DE CLÍNICAS Y HOSPITALES QUE CUENTAN CON SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN TRAUMATOLOGÍA Y MEDICINA DEPORTIVA. ADICIONALMENTE EN EL MISMO ANEXO SE INDICA LAS ENTIDADES MÉDICAS CON SERVICIO DE URGENCIA.

5.2 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 MUTUAL SE SEGURIDAD C.CH.C, POR ASEGURADO INCLUIDO EN LA NÓMINA DE ASEGURADOS VIGENTES.

EN LOS CENTROS EN CONVENIO NO SE APLICAN LOS TOPES, POR LO QUE LA COBERTURA ES DEL 100% SIN TOPE HASTA EL MONTO CONTRATADO EN LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES. EL TIEMPO DE REEMBOLSO EN LIBRE ELECCIÓN, CORRE DESDE QUE SE EMITAN LOS BONOS.

- A) HONORARIOS MÉDICOS, EQUIPO MÉDICO Y EQUIPO TÉCNICO POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS Y HOSPITALIZACIONES UF 40 POR EVENTO; INCLUIDA EN TOPE ANUAL DE PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES Y LESIONES
- B) HONORARIOS MÉDICOS, EQUIPO MÉDICO Y EQUIPO TÉCNICO POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS Y HOSPITALIZACIONES TRAUMATOLÓGICAS Y ORTOPÉDICAS, TOPE DE TRES VECES EL ARANCEL FONASA NIVEL 3; INCLUIDA EN TOPE ANUAL DE PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES Y LESIONES
- C) DERECHO A PABELLÓN Y/O PABELLÓN AMBULATORIOS Y HOSPITALIZACIONES UF 30 POR EVENTO; INCLUIDA EN TOPE ANUAL DE PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES Y LESIONES
- D) DÍA CAMA HOSPITALIZADO UF 20 POR DÍA, POR EVENTO; INCLUIDA EN TOPE ANUAL DE PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES Y LESIONES
- E) CONSULTA MÉDICA UF 3, MÁXIMO 3 CONSULTAS ANUALES; INCLUIDA EN TOPE ANUAL DE PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES Y LESIONES
- F) CONSULTA MÉDICA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍAS AMBULATORIAS UF 3 POR DÍA, MÁXIMO 3 DÍAS POR EVENTO; INCLUIDA EN TOPE ANUAL DE PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES Y LESIONES
- G) MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS UF 20 ANUALES; INCLUIDA EN TOPE ANUAL DE PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES Y

LESIONES

H) MATERIALES E INSUMOS CLÍNICOS POR HOSPITALIZACIÓN Y/O AMBULATORIOS UF 15 POR EVENTO; INCLUIDA EN TOPE ANUAL DE PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES Y LESIONES

EN CASO DE IMAGENOLOGÍA (RESONANCIA MAGNÉTICA, ECOGRAFIAS, ENTRE OTROS), UF 15 POR EVENTO; INCLUIDA EN TOPE ANUAL DE PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES Y LESIONES

TOPES DE ATENCIÓN EN KINESIOLOGÍA LIBRE ELECCIÓN Y CONVENIOS.

– ATENCIONES AMBULATORIAS DE KINESIOLOGÍA: EL SEGURO CUBRIRÁ EN UN 100% LAS PRESTACIONES, CON UN TOPE DE 40 SESIONES KINESIOLÓGICAS Y CON UN MÁXIMO DE REMBOLSO DE \$ 25.000 (VEINTICINCO MIL PESOS) POR CADA SESIÓN, COBERTURA INCLUIDA EN TOPE ANUAL DE PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES Y LESIONES

TOPES DE ATENCIÓN PARA LIBRE ELECCIÓN, CONVENIOS:

– PAGO DE ORTESIS, PARA REHABILITACIÓN, BOTAS, CUELLO Y OTROS SIMILARES, HASTA 80 UF POR BENEFICIARIO. INCLUIDA EN TOPE ANUAL DE PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES Y LESIONES.

– 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 550 POR PERSONA ANUAL EN EL AGREGADO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

– COBERTURA DE UF 200 POR PERSONA ANUAL EN EL AGREGADO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA POR REPARACIÓN O REPOSICIÓN DE PRÓTESIS PARA DEPORTISTAS PARALÍMPICOS PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA; INCLUIDA EN TOPE ANUAL DE PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES Y LESIONES

IMPORTANTE:

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

A. LESIÓN CAUSADA POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS Y DEMÁS SUSTANCIAS DE EFECTOS ANÁLOGOS O SIMILARES.

B. APARATOS AUDITIVOS, LENTES O ANTEOJOS ÓPTICOS, MIEMBROS ARTIFICIALES Y SUMINISTRO DE APARATOS O EQUIPOS ORTOPÉDICOS.

C. LA ATENCIÓN OTORGADA POR UNA CLÍNICA PRIVADA EN EL DOMICILIO DEL ASEGURADO, SALVO QUE CORRESPONDA A UNA ATENCIÓN COORDINADA Y RECIBIDA POR EMPRESA DE ASISTENCIA.

D. LA ATENCIÓN PARTICULAR DE ENFERMERÍA FUERA DEL RECINTO HOSPITALARIO.

E. GASTOS POR ACOMPAÑANTES, MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO, INCLUYENDO ALOJAMIENTO, COMIDA Y SIMILARES, TERRITORIO NACIONAL.

5.3.- CASOS EXCEPCIONALES

EXCEPCIONALMENTE EL IND PODRÁ ENVIAR A ALGUNO DE LOS CENTROS EN CONVENIO A ALGÚN DEPORTISTA ACCIDENTADO. ESTA SITUACIÓN EXPRESA Y EXCEPCIONAL, SE ENTENDERÁ BAJO LA MODALIDAD DE DERIVACIÓN.

5.4.– FONDO DE LIBRE DISPOSICIÓN

EL IND CONTARA POR EL PERIODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE UN FONDO DE LIBRE DISPOSICIÓN DE UF 100, PARA CUBRIR CASOS QUE SOBREPASEN EL MONTO DE LA COBERTURA. LOS CASOS SERÁN ANALIZADOS EN CONJUNTO CON LA COMPAÑÍA.

ASISTENCIA EN VIAJES
EUROPA Y RESTO DEL MUNDO

COBERTURA / MONTO MÁXIMO
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS, /
MEDICAMENTOS Y EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA /
/
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD / USD 60.000.–
GASTOS ODONTOLÓGICOS / USD 4.000.–
REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS: / USD 4.000.–
REEMBOLSO DE TEST PCR / USD 200.–
CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO EN EL PAÍS DE RESIDENCIA / USD 4.000.–
GASTOS DE RECUPERACIÓN EN HOTEL Y GASTOS DE /
ACOMPAÑANTE /
/
RECUPERACIÓN EN HOTEL / MÁXIMO USD 1.500.–
/ USD 150.– POR DÍA;
/
COSTO DE PASAJE PARA ACOMPAÑANTE EN CASO DE / EQUIVALENTE A CLASE
HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA / TURISTA
/
COSTO DEL ALOJAMIENTO DEL ACOMPAÑANTE / MÁXIMO USD 2.000.–
/ USD 100.– POR DÍA;
/
REPATRIACIÓN /
REPATRIACIÓN FUNERARIA / USD 50.000.–
REPATRIACIÓN EN VIDA ¿ TRASLADO MÉDICO POR EMERGENCIA / USD 50.000.–
CANCELACIÓN, INTERRUPCIÓN, REGRESO ANTICIPADO DEL VIAJE /
Y RETORNO DE MENORES /
/
CANCELACIÓN DEL VIAJE / HASTA USD 3.000.–
INTERRUPCIÓN DEL VIAJE Y REGRESO ANTICIPADO – COBERTURA / HASTA USD 3.000.–
AMPLIA /
/
INTERRUPCIÓN DEL VIAJE Y REGRESO ANTICIPADO POR / HASTA USD 3.000.–
FALLECIMIENTO DE FAMILIAR /
/
REGRESO DE ACOMPAÑANTES / HASTA USD 2.000.–
RETORNO DE MENORES / EQUIVALENTE A CLASE
/ TURISTA
/
REEMBOLSO DE GASTOS POR RETRASO DEL VIAJE / HASTA USD 300.–
PÉRDIDA DE EQUIPAJE Y REMBOLSO DE GASTOS POR RETRASO /

DEL EQUIPAJE /

/

PÉRDIDA DE EQUIPAJE / HASTA USD 3.000.–

REEMBOLSO DE GASTOS POR DEMORA DE EQUIPAJE / HASTA USD 500.–

ROBO DE COMPUTADOR PORTÁTIL / HASTA USD 1.000.–

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 / HASTA USD 7.000.–

URGENCIA JUSTIFICADA /

/

SERVICIOS ADICIONALES DE ASISTENCIA Y EMERGENCIA /

SERVICIOS DE ASISTENCIA / INCLUIDO

SERVICIO DE VIAJE DE EMERGENCIA / INCLUIDO

SERVICIO DE RASTREO, BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJE / HASTA USD 1000.–

/ (US\$100 X KG)

/

ÁMBITO DE COBERTURA / INTERNACIONAL

LÍMITE DE EDAD / 75 AÑOS

AMERICA LATINA

COBERTURA / MONTO MÁXIMO

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS, /
MEDICAMENTOS Y EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA /

/

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD / USD 40.000.–

GASTOS ODONTOLÓGICOS / USD 2.000.–

REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS: / USD 2.000.–

CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO EN EL PAÍS DE RESIDENCIA / USD 2.000.–

REEMBOLSO DE TEST PCR / USD 200.–

/

GASTOS DE RECUPERACIÓN EN HOTEL Y GASTOS DE /
ACOMPAÑANTE /

/

RECUPERACIÓN EN HOTEL / MÁXIMO USD 1.000.–

/ USD 100.– POR DÍA;

COSTO DE PASAJE PARA ACOMPAÑANTE EN CASO DE / EQUIVALENTE A CLASE
HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA / TURISTA

COSTO DEL ALOJAMIENTO DEL ACOMPAÑANTE / MÁXIMO USD 1.000.–

/ USD 100.– POR DÍA;

REPATRIACIÓN /

REPATRIACIÓN FUNERARIA / USD 40.000.–

REPATRIACIÓN EN VIDA – TRASLADO MÉDICO POR EMERGENCIA / USD 40.000.–

CANCELACIÓN, INTERRUPCIÓN, REGRESO ANTICIPADO DEL VIAJE Y /

RETORNO DE MENORES /

/

CANCELACIÓN DEL VIAJE / HASTA USD 2.000.–

INTERRUPCIÓN DEL VIAJE Y REGRESO ANTICIPADO – COBERTURA / HASTA USD 2.000.–

AMPLIA /
INTERRUPCIÓN DEL VIAJE Y REGRESO ANTICIPADO POR / HASTA USD 2.000.-
FALLECIMIENTO DE FAMILIAR /
REGRESO DE ACOMPAÑANTES / HASTA USD 2.000.-
RETORNO DE MENORES / EQUIVALENTE A CLASE
/ TURISTA
REEMBOLSO DE GASTOS POR RETRASO DEL VIAJE / HASTA USD 200.-
PÉRDIDA DE EQUIPAJE Y REMBOLSO DE GASTOS POR RETRASO DEL /
EQUIPAJE /
/
PÉRDIDA DE EQUIPAJE / HASTA USD 2.000.-
REEMBOLSO DE GASTOS POR DEMORA DE EQUIPAJE / HASTA USD 300.-
ROBO DE COMPUTADOR PORTÁTIL / HASTA USD 1.000.-
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.-
SERVICIOS ADICIONALES DE ASISTENCIA Y EMERGENCIA /
SERVICIOS DE ASISTENCIA / INCLUIDO
SERVICIO DE VIAJE DE EMERGENCIA / INCLUIDO
SERVICIO DE RASTREO, BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJE / HASTA USD 1000.-
/ (US\$100 X KG)
ÁMBITO DE COBERTURA / INTERNACIONAL,
/ REGIONAL (LATAM)
LÍMITE DE EDAD / 75 AÑOS

SE ASIGNA NÚMERO DE CELULAR (WHATSAPP) PARA ASISTENCIA EN VIAJES: + 56 9 50996592 Y EL SIGUIENTE CORREO ASISTVIAJES.CL.GEAINTERNACIONAL.COM

EN CASO DE REEMBOLSO PARA ASISTENCIA EN VIAJES INTERNACIONAL DEBEN DE INGRESAR SUS GASTOS EN: [HTTPS://REEMBOLSO.GEASA.CL/](https://reembolso.geasa.cl/)

COBERTURA Y PROTOCOLO COVID19 PARA ASISTENCIA EN VIAJES

CON EL FIN DE ENVIARLES EL CERTIFICADO DE COBERTURA POR COVID19, DEBEN SEÑALAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

– CUANDO EL DEPORTISTA TENGA PROGRAMADO SU VIAJE AL EXTRANJERO DEBERÁ MANDAR AL CORREO ASISTENCIAMEDICA.CL.ASSISPRES CHILE INTERNACIONAL.COM, LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- RUT
- NÚMERO DE PASAPORTE
- NOMBRE
- CORREO ELECTRONICO
- FECHA DE NACIMIENTO
- FECHA DE INICIO DE VIAJE
- FECHA DE FIN VIAJE
- DESTINO
- MOTIVO DEL VIAJE

- TELÉFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA
- UNA VEZ RECIBIDO EL CORREO EL CERTIFICADO SE MANDARÁ AL CORREO DEL DEPORTISTA 72 HORAS DESPUÉS COMO MÁXIMO.
- PARA PODER HACER USO DE LA ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO DEBERÁN DE LLAMAR AL +56 9 50996592 O BIEN POR WHATSAPP +56 9 50996592 AL MISMO NÚMERO.
- EL CERTIFICADO SE EMITIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LOS DEPORTISTAS ESTÉN EN LA BASE Y ACUDAN AL EXTRANJERO A REALIZAR SUS ACTIVIDADES DEPORTIVAS
- LOS EXÁMENES COMO REQUISITO DE VIAJE (PCR) NO ESTÁN INCLUIDOS, ESTOS SE CUBRIRÁN CUANDO ESTÉN PRESCRITOS POR UN MÉDICO.
- LA ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO ES SÓLO PARA ACTIVIDADES DEPORTIVAS SEAN COMPETENCIAS O ENTRENAMIENTOS, EN DONDE EL DEPORTISTA SEA REPRESENTANTE DEL IND. LOS VIAJES DE PLACER NO ESTÁN DENTRO DE LA COBERTURA.

CONDICIONES PARTICULARES INCLUIDAS EN LA PÓLIZA:

RIESGOS CUBIERTOS Y CONDICIONES INCLUIDAS EN LA PÓLIZA:

1) PLAN DE TRABAJO:

LA COMPAÑÍA REALIZARÁ UNA PRESENTACIÓN GENERAL DE SU PLAN DE TRABAJO Y ADJUNTARÁ UNA CARTA GANTT 2 SEMANAS POSTERIORES A LA FIRMA DEL CONTRATO. LA PRESENTACIÓN SE REALIZARÁ A LOS ENCARGADOS DEL SEGURO DEL INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES, Y EN ESTA INSTANCIA SE PROPONDRÁ MEJORAS Y SUGERENCIAS, QUE EN COMÚN ACUERDO LA CÍA. ACOGERÁ E IMPLEMENTARÁ.

ESTE PLAN DE TRABAJO CONTEMPLARÁ AL MENOS:

- INDUCCIÓN SOBRE EL USO DE PLATAFORMA PARA USUARIOS DEPORTISTAS Y FUNCIONARIOS IND.
- MANUAL DE USO DE LA PLATAFORMA WEB.
- LA CÍA. ENTREGARÁ UN GUIÓN TIPO, EL CUAL INDIQUE EXPRESAMENTE EL FUNCIONAMIENTO DE LAS ATENCIONES POR DERIVACIÓN A UN CENTRO DE ATENCIÓN DE SALUD E IMAGENOLOGÍA, NACIONAL E INTERNACIONAL. ESTE GUIÓN INCLUIRÁ TODOS LOS CENTROS MÉDICOS EN CONVENIO Y SUS ESPECIALIDADES, PARA QUE EL USUARIO SEA DERIVADO A UN CENTRO QUE CUENTE CON LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA QUE REQUIERE SEGÚN EL SINIESTRO OCURRIDO. EN CASOS DE PRIMERA URGENCIA LA DERIVACIÓN AL CENTRO MÁS CERCANO Y EN CASO DE CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO SE DEBERÁ DERIVAR A UN CENTRO QUE CUENTE CON LA RESPECTIVA ESPECIALIDAD.
- SEÑALARÁ LOS TIEMPOS Y MECANISMOS DE REEMBOLSOS DE ATENCIONES POR LIBRE ELECCIÓN Y COMPRA DE MEDICAMENTOS U OTROS.
- SEÑALARÁ LOS TIEMPOS Y MECANISMOS DE APELACIÓN.
- FUNCIONAMIENTO DE SEGURO DE ASISTENCIA DE VIAJE INTERNACIONAL.
- CUALQUIER OTRA SOLICITUD LEVANTADA POR LA UNIDAD REQUIRENTE EN PRIMERA REUNIÓN.

2) LA CARTA GANTT CONTEMPLARÁ AL MENOS:

- REUNIONES INFORMATIVAS TRIMESTRALES CON LA UNIDAD REQUIRENTE PARA REVISAR PUNTOS PROPUESTOS EN CARTA GANTT CON EL ADMINISTRADOR DE LA PÓLIZA DEL SEGURO Y ACUERDO DE AJUSTES DE LAS ACTIVIDADES DE ESTA.
- FECHAS DE ENTREGA DE INFORMES Y REPORTES.

- FECHAS DE ENTREGAS DE CÁPSULAS.
- FECHA DE ENTREGA DE GUIÓN TIPO.
- CUALQUIER OTRA FECHA QUE REQUIERA LA UNIDAD REQUIRENTE
- FECHAS DE LAS 2 CHARLAS DE PREVENCIÓN DE LESIONES DEPORTIVAS Y CONSEJOS MÉDICOS PARA DEPORTISTAS, CON ESPECIALISTAS EN EL ÁREA DEPORTIVA.

3) DE LA REPORTABILIDAD

LA ASEGURADORA ENVIARÁ A LA UNIDAD RESPONSABLE DE ADMINISTRAR EL SEGURO LOS SIGUIENTES REPORTES:

TIPO DE REPORTE / PERIODICIDAD DE ENTREGA / CARACTERÍSTICAS

REPORTE DE SINIESTRO EN FORMATO EXCEL / QUINCENAL / PLANILLA EXCEL QUE CONTENGA A LO MENOS (N° SINIESTROS/ NOMBRE DEL DEPORTISTA/ RUT/DV/SEXO/ PROVEEDOR DE 1A ATENCIÓN DERIVACIÓN/FECHA OCURRENCIA (DD-MM-AAAA)/DERIVACIÓN DE 2A ATENCIÓN (ESPECIALISTA) (DD-MM-AAAA)/ DERIVACIÓN IMAGENOLOGÍA/N° PÓLIZA/ VALOR PRESTACIÓN ISAPRE/FONASA/ COPAGO ISAPRE/FONASA/ MONTO RECLAMADO/MONTO PAGADO \$\$/MONTO PAGADO UF/ESTADO SINIESTRO/RELATO/PROVEEDOR O PROVEEDORES QUE ATIENDEN CASO/ A QUIEN(ES) SE EFECTÚA PAGO. ESTOS DATOS PUEDEN SER AJUSTADOS SEGÚN LAS NECESIDADES DE QUIÉN ADMINISTRA EL SEGURO.

INFORME DE SINIESTRO EN FORMATO WORD / BIMESTRAL / FORMATO WORD EN EL CUAL ESTÉ PRESENTE EL RELATO DEL COMPORTAMIENTO DE LOS SINIESTROS CON TABLAS Y GRÁFICOS DEL PERIODO, EL ESTADO DE ESTOS, CENTROS DE ATENCIÓN UTILIZADOS, PAGOS REALIZADOS EN PESOS Y UF, PROMEDIO DE TIEMPO DE DÍAS DE APERTURA Y CIERRE DE LOS SINIESTROS, CANTIDAD DE SINIESTROS POR DEPORTISTA, ESPECIALIDAD DE MÉDICO DE LA(S) ATENCIÓN(ES). ESTOS ÍTEMS SE IRÁN AJUSTANDO EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES DE QUIÉN ADMINISTRA EL SEGURO. EL INFORME BIMESTRAL DEBE SER ACUMULADO POR PERIODOS, ES DECIR, EL 2° INFORME DEBE INCORPORAR LOS MESES DEL 1° INFORME Y ASÍ SUCESIVAMENTE POR PERÍODOS.

LOS INFORMES SERÁN ENVIADOS A LA UNIDAD RESPONSABLE DE ADMINISTRAR EL SEGURO, A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO SEGURO.ACCIDENTES IND.CL SI LA FECHA DE LA REPORTABILIDAD FUESE EN UN DÍA FERIADO, DEBERÁ REMITIR EL INFORME DE SINIESTRO EL DÍA HÁBIL SIGUIENTE.

4) ASPECTOS GENERALES:

- SE CONSIDERA LA COBERTURA DE LOS DEPORTISTAS UNA VEZ INCORPORADOS EN LA NÓMINA DE BENEFICIARIOS INFORMADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES. EL OPERADOR NO PUEDE OBJETAR LA ATENCIÓN AL DEPORTISTA SI ESTE SE ENCUENTRA EN LA NÓMINA INFORMADA AL CORREDOR Y CÍA DE SEGUROS.
- EN EL CASO QUE EXISTIESE UN ERROR INVOLUNTARIO EN EL RUN O NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS, LA COMPAÑÍA NO PODRÁ OBJETAR LA ATENCIÓN Y DEBERÁ CORROBORAR CON LA UNIDAD REQUIRENTE LOS DATOS DEL ASEGURADO.
- EL INGRESO Y EGRESO DE DEPORTISTAS AL SEGURO SERÁ DINÁMICA, POR LO QUE LA NÓMINA DE ASEGURADOS PODRÁ SER MODIFICADA LAS VECES QUE SEA NECESARIO, POR LOS ENCARGADOS DEL SEGURO DEL IND, POR LO TANTO, LA PÓLIZA CONSIDERA QUE LOS CUPOS SON REEMPLAZABLES. ESTA NÓMINA SERÁ ENVIADA POR CORREO

ELECTRÓNICO, Y LA COMPAÑÍA EN UN PLAZO NO MAYOR A 24 HORAS, HARÁ ACUSO RECIBO POR ESTE MISMO MEDIO.

– ADEMÁS, LOS CORREDORES DE SEGUROS CON LOS QUE TRABAJAN, QUIENES DURANTE EL AÑO DE VIGENCIA, DEBERÁN RESPONDER EN UN PLAZO NO MAYOR DE 2 DÍAS HÁBILES, VÍA CORREO ELECTRÓNICO TODAS LAS CONSULTAS QUE SE LES REALICE EN RELACIÓN A LA PÓLIZA DEL SEGURO Y A LOS SINIESTROS DE LOS DEPORTISTAS.

LA COMPAÑÍA CONTINENTAL Y/O WIENECKE CORREDORES DE SEGUROS LTDA., DARÁN RESPUESTA EN 48 HRS. VÍA CORREO ELECTRÓNICO TODAS LAS CONSULTAS QUE SE LES REALICE EN RELACIÓN A 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

– TAMBIÉN SE CONSIDERARÁ COMO DERIVACIÓN, AQUELLAS ATENCIONES DE DEPORTISTAS QUE SE ATIENDAN DIRECTAMENTE A TRAVÉS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD QUE SE ENCUENTREN ADSCRITAS AL CONVENIO VIGENTE, SIN HABER SIDO REFERIDOS. ASIMISMO, SE ENTENDERÁ QUE LOS COSTOS DE ESTAS PRESTACIONES SERÁN DE CARGO DE LA COMPAÑÍA, SIN QUE EL BENEFICIARIO DEBA TRAMITAR SU ATENCIÓN COMO LIBRE ELECCIÓN.

– LA COMPAÑÍA DERIVARÁ A LOS DEPORTISTAS LESIONADOS SOLO A LOS CENTROS MÉDICOS/HOSPITALES DECLARADOS COMO PRESTADORES EN LA PRESENTE LICITACIÓN, EVENTUALMENTE SE PODRÁN INCORPORAR CENTROS MÉDICOS/HOSPITALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, TENIENDO PREFERENCIA AQUELLOS QUE CUENTEN CON ESPECIALISTAS O ÁREA DE MEDICINA DEPORTIVA..

5) DE LOS SERVICIOS LICITADOS:

– SE CONSIDERA EL SERVICIO DE SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES PARA 1000 DEPORTISTAS, POR EL PERÍODO DE UN AÑO (12 MESES) CONTADO DESDE LA FECHA DE ADJUDICACIÓN.

– NO TIENE DEDUCIBLES.

– CONTEMPLA LA ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA QUE CUENTE CON ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGÍA PARA LOS DEPORTISTAS, DE PREFERENCIA, LAS 24 HORAS DEL DÍA DENTRO Y FUERA DE CHILE.

– LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DEL O LA DEPORTISTA TRATADO EN URGENCIA DEBE SER REFERIDA A UN CENTRO QUE CUENTE AL MENOS CON ESPECIALISTAS EN MEDICINA Y KINESIOLOGÍA DEPORTIVA; INFRAESTRUCTURA Y ESPACIOS DE REHABILITACIÓN DISPONIBLES.

– CONTEMPLA LA COBERTURA A DEPORTISTAS QUE PRACTIQUEN CUALQUIER TIPO DE DEPORTE Y DISCIPLINA DEPORTIVA, SIN EXCLUIR LA PRÁCTICA DE NINGÚN DEPORTE.

– CUBRE ÍNTEGRAMENTE TODOS LOS GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y LESIONES, TANTO EN HONORARIOS DE EQUIPO MÉDICO COMO DE HOSPITALIZACIÓN, ATENCIÓN AMBULATORIA, TRASLADO EN AMBULANCIA, EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO ORIGINADOS POR LOS SINIESTROS OCURRIDOS EN EL TRAYECTO O EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA.

– CUBRE LAS ATENCIONES, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO QUE DERIVEN DE UN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS MÚSCULO ESQUELÉTICO, TENDINOPATÍAS Y LESIONES QUE SE DERIVEN DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA PROPIA DE LA ESPECIALIDAD DEPORTIVA DE CADA BENEFICIARIO. ESTA COBERTURA OPERARÁ POR LA VÍA DE LIBRE ELECCIÓN.

– CUBRE EL TRAYECTO DIRECTO, DE IDA O REGRESO, ENTRE EL LUGAR DE RESIDENCIA

Y EL LUGAR DONDE REALIZA LA PRÁCTICA DEPORTIVA (ENTRENAMIENTO, CONCENTRACIONES, COMPETENCIAS) COMO TAMBIÉN EN EL EJERCICIO DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA..

– NO SE CONSIDERA UN MÍNIMO DE EDAD PARA LA OBTENCIÓN DE LOS BENEFICIOS, Y SE PROLONGARÁN HASTA UN MÁXIMO DE 64 AÑOS.

– EL BENEFICIARIO DEBERÁ TENER LA POSIBILIDAD DE ELEGIR EL LUGAR DE ATENCIÓN, AL SER DERIVADOS, TANTO EN CHILE COMO EN EL EXTRANJERO

– LA COMPAÑÍA DISPONE DE UNA PLATAFORMA DE CONSULTAS PARA LA UNIDAD REQUIRENTE, EN LA CUAL SE PODRÁN OBSERVAR LOS ESTADOS DE REEMBOLSOS Y SACAR REPORTABILIDAD.

– LA COMPAÑÍA DISPONE DE UNA PLATAFORMA PARA LOS BENEFICIARIOS, EN LA CUAL PUEDAN CONSULTAR REEMBOLSO, SALDO Y COBERTURA DEL SEGURO. EN EL CASO DE NO SER POSIBLE, LA CÍA. DISPONDRÁ DE UN MAIL DE CONTACTO O TELÉFONO DONDE PUEDAN CONSULTAR ESTA INFORMACIÓN.

– LOS LIQUIDADORES CON QUE TRABAJA LA COMPAÑÍA SON BECKETT S.A LIQUIDADORES DE SEGUROS., PARA VER EL ESTADO DE SINIESTROS DE LOS DEPORTISTAS.

– CONSIDERA AL MENOS 2 CHARLAS PARA DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO, SOBRE PREVENCIÓN DE LESIONES DEPORTIVAS Y CONSEJOS MÉDICOS PARA DEPORTISTAS, CON ESPECIALISTAS DEL ÁREA DEPORTIVA.

– LA COMPAÑÍA INCLUYE CÁPSULAS EDUCATIVAS, PARA DAR A CONOCER LA INFORMACIÓN, A TRAVÉS DE IMÁGENES, TEXTO Y NARRACIÓN, DEBIENDO DE TENER UN TIEMPO DE DURACIÓN ENTRE 30 SEGUNDOS A 1 MINUTO. ESTAS SERÁN ENTREGADAS EN FORMATO REQUERIDO., LAS QUE DEBEN ESTAR VISADAS Y AUTORIZADAS POR LA UNIDAD REQUIRENTE. LOS TEMAS A ABORDAR SON LOS SIGUIENTES:

- A) USO DEL SEGURO EN LIBRE ELECCIÓN;
- B) USO DEL SEGURO EN DERIVACIÓN;
- C) USO DEL SEGURO EN ASISTENCIA EN VIAJES;
- D) COBERTURAS DEL SEGURO;
- E) PROCESO DE REEMBOLSO;
- F) ACCESOS A PLATAFORMA DE CONSULTA DEL SEGURO;
- G) PROCESO DE LIQUIDACIÓN Y APELACIÓN
- H) CUALQUIER OTRA SOLICITUD DE LA UNIDAD REQUIRENTE.

6) DE LOS CONVENIOS EXIGIDOS:

– LA COMPAÑÍA CUENTA CON CONVENIOS DE ATENCIÓN EN AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES CENTROS DE ATENCIÓN, CON COBERTURA A NIVEL REGIONAL Y NACIONAL, Y QUE ESTA A SU VEZ CUENTE CON CONVENIO CON TODAS LAS ENTIDADES DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD (FONASA, ISAPRES, DIPRECA, ENTRE OTROS).

- A) MUTUAL DE SEGURIDAD
- B) ACHS
- C) IST

– HOSPITALES Y CLÍNICAS, QUE TIENEN COBERTURA EN TODO EL PAÍS, Y LAS QUE TIENEN COBERTURA EN REGIONES DE CHILE,. ESTOS CENTROS TIENEN ASOCIADO UN SISTEMA BIOMÉTRICO Y ESTÁ EN LÍNEA, COMO POR EJEMPLO, IMED. TODOS LOS DEPORTISTAS PUEDEN SER DERIVADOS A CUALQUIER CENTRO ASISTENCIAL CERCANO

AL LUGAR DEL SINIESTRO.

- LOS DEPORTISTAS MENORES DE 14 AÑOS, QUE NO PUEDEN ATENDERSE EN LOS CENTROS (MUTUAL, ACHS, IST), DE CONFORMIDAD A LO DISPUESTO EN LA LEY N°16.744, QUE ESTABLECE NORMAS SOBRE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES, SERÁN DERIVADOS A OTRO CENTRO ASISTENCIAL DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS.
- PARA LOS EFECTOS DE DAR USO AL SISTEMA DE LIBRE ELECCIÓN, EL DEPORTISTA PUEDE HACERLO EN CENTROS MÉDICOS PRIVADOS, INFORMANDO DE ELLO CON EL FORMULARIO RESPECTIVO ANTES DE LOS 90 DÍAS CORRIDOS, ACTIVANDO ASÍ EL INICIO DE SINIESTRO.
- EL PLAZO DE PRESENTACIÓN DE BOLETAS O FACTURAS DE LOS GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS EFECTUADOS SERÁ HASTA 180 DÍAS, CONTABILIZADOS DESDE LA FECHA DE EMISIÓN DE BONOS, ISAPRE, FONASA, CAPREDENA, DIPRECA, U OTRAS SEGÚN CORRESPONDA LA ENTIDAD DE SALUD YA SEA EN CHILE O EN EL EXTRANJERO. EXCEPCIONALMENTE SE PODRÁ EXTENDER ESTE PLAZO SI LA CLÍNICA, CENTRO DE ATENCIÓN, ETC. Y/O ISAPRE DEMORAN ENTREGA DE FACTURA Y BONOS RESPECTIVOS.
- LAS ATENCIONES MÉDICAS DEBERÁN SER CUBIERTAS Y, SE DEBERÁN REALIZAR INDEPENDIEMENTE SI LOS DEPORTISTAS ASEGURADOS TENGAN ALGÚN TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD (FONASA, ISAPRE, CAPREDENA, DIPRECA, ETC...). LA COMPAÑÍA ASEGURADORA INFORMARÁ A LOS Y LAS BENEFICIARIAS, QUE PRIMERO DEBEN RECURRIR A SU SISTEMA DE SALUD, SI ES QUE POSEE, PARA DESPUÉS HACER USO DEL SEGURO.
- DENTRO DE LOS CENTROS DECLARADOS, A LO MENOS CINCO (5) CUENTEN CON MEDICINA DEPORTIVA.

7) DE LA ASISTENCIA EN VIAJES:

POSEE COBERTURAS INTERNACIONALES EN: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS, ENFERMEDAD/ACCIDENTE Y REPATRIACIÓN FUNERARIA Y EN VIDA, CADA UNA DE ELLAS CONTEMPLA:

- EL REEMBOLSO O PAGO DE GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS NECESARIOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTES O ENFERMEDADES DE CARÁCTER SÚBITO EN EL EXTRANJERO.
- CONVENIOS QUE DEN CUENTA QUE LOS CENTROS SUJETOS A DERIVACIÓN, CUENTEN A LO MENOS CON SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA (RM, ECOGRAFÍA, RADIOGRAFÍA)
- CUBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR UN MÉDICO EN CENTRO HOSPITALARIO, EN CENTRO DE ENTRENAMIENTO U HOTEL DONDE EL DEPORTISTA REALICE SU ESTADÍA.
- SERVICIOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS PARA GARANTIZAR LA RECUPERACIÓN INICIAL Y LAS CONDICIONES FÍSICAS NECESARIAS QUE PERMITAN LA NORMAL CONTINUACIÓN DEL VIAJE.
- INTERNACIÓN HOSPITALARIA Y USO DEL QUIRÓFANO
- ACCEDER A SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA
- EXÁMENES MÉDICOS, DE LABORATORIO, PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, DERECHO DE PABELLÓN, INCLUYENDO LOS INSUMOS UTILIZADOS DENTRO DEL PABELLÓN, HONORARIOS DEL EQUIPO MÉDICO Y ARSENALERA.
- ANESTESIAS (INCLUYENDO ADMINISTRACIÓN DE LA MISMA, EXÁMENES O TRATAMIENTOS RADIOLÓGICOS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO).
- FISIOTERAPIA: EN CASO DE NECESIDAD DE FISIOTERAPIA POR PARTE DEL ASEGURADO, COMO RESULTADO DE LESIONES PROVENIENTES DE ACCIDENTES

OCURRIDOS O ENFERMEDADES CONTRAÍDAS DURANTE EL VIAJE, A CONDICIÓN DE QUE ÉSTA SEA PRESCRITA POR EL MÉDICO QUE ATENDIÓ AL ASEGURADO DURANTE EL VIAJE.
– OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA NECESARIOS PARA LA RECUPERACIÓN DEL DEPORTISTA.

– EL TRATAMIENTO MÉDICO DEBE CONTINUAR EN EL PAÍS DE RESIDENCIA DEL DEPORTISTA, CON CARGO AL SEGURO Y OPCIONALMENTE POR LIBRE ELECCIÓN.

– REPATRIACIÓN FUNERARIA: DEBE CONTEMPLAR EL PAGO DEL TRASLADO DE LOS RESTOS MORTALES HASTA EL PAÍS DE RESIDENCIA HABITUAL DEL ASEGURADO, ASÍ COMO PROVEER UN ATAÚD COMÚN O UNA URNA FUNERARIA. ESTE SERVICIO COMPRENDE TODO EL PROCESO BUROCRÁTICO PARA LIBERACIÓN DE LOS RESTOS MORTALES, PASAJE AÉREO, EMBALSAMAMIENTO E INHUMACIÓN LOCAL, A PETICIÓN DE LOS DEUDOS EN CASO DE QUE SE HUBIESE REPATRIADO O TRASLADADO.

– REPATRIACIÓN EN VIDA – TRASLADO MÉDICO POR EMERGENCIA: DEBE CONTEMPLAR EL PAGO DE LOS GASTOS DE LESIÓN O ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO DEL ASEGURADO EN QUE RESULTE NECESARIA SU EVACUACIÓN DE EMERGENCIA. DEBE INCLUIR LOS GASTOS DE TRANSPORTE Y TRATAMIENTO MÉDICO, INCLUYENDO SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS EN QUE NECESARIAMENTE SE INCURRIÓ CON MOTIVO DE LA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA DEL ASEGURADO, DE SER NECESARIO DEBE CONTEMPLAR EL PAGO DEL TRASLADO HASTA EL PAÍS DE RESIDENCIA HABITUAL DEL ASEGURADO.

– ASESORÍA EN VIAJE, ENTREGAR 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.

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

– SERÁ CONDICIÓN NECESARIA PARA PROCEDER AL REEMBOLSO, LA PRESENTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE LAS BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES COMPROBATORIAS DE LOS GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS EFECTUADOS. EN CASO QUE EL ASEGURADO TUVIESE BENEFICIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD ESTATAL, PRIVADA O BIENESTAR, DEBERÁ HACER USO DE ELLOS PREVIAMENTE. EN ESA CIRCUNSTANCIA, 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.

– LA COBERTURA DEBERÁ SER SEÑALADA EN DÓLARES

– DEBE INDICAR INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA O DEMORA DE EQUIPAJE, PÉRDIDA DE EQUIPO DEPORTIVO DECLARADO, ROTURA DE EQUIPOS, ROBOS O HURTO.

– DEBE CONTENER ELEMENTOS ESPECIALES PARA RESCATES EN LUGARES DE DIFÍCIL ACCESO, ENTRE OTROS, TRANSPORTE EN HELICÓPTERO, MOTO DE NIEVE O SIMILAR.

– DEBE CONTENER ASISTENCIA ODONTOLÓGICA.

– DEBE CUBRIR GASTOS EN MEDICAMENTOS, IMAGENOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS SI HACE USO DE LIBRE ELECCIÓN.

– DEBE CUBRIR GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA, YA SEA POR ACCIDENTES, ENFERMEDAD O CUARENTA DE COVID-19 O SIMILAR.

– NO DEBE TENER DEDUCIBLES.

- DEBERÁ CUBRIR ÍNTEGRAMENTE TODOS LOS GASTOS MÉDICOS, TANTO EN HONORARIOS DE EQUIPO MÉDICO COMO DE HOSPITALIZACIÓN, ATENCIÓN AMBULATORIA, EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO ORIGINADOS POR LOS SINIESTROS OCURRIDOS.
- DEBERÁ CONTEMPLAR COBERTURA A DEPORTISTAS QUE PRACTIQUEN CUALQUIER TIPO DE DEPORTE Y DISCIPLINA DEPORTIVA, SIN EXCLUIR LA PRÁCTICA DE NINGÚN DEPORTE.
- DEBERÁ CUBRIR RESPONSABILIDAD CIVIL
- DEBERÁ CUBRIR DEFENSA JURÍDICA
- DEBERÁ CUBRIR GASTOS POR RETRASO DE VIAJES
- DEBERÁ CUBRIR CANCELACIÓN, INTERRUPCIÓN, REGRESO ANTICIPADO DEL VIAJE Y RETORNO DE MENORES DE EDAD.

8) OTROS TEMAS:

- CUALQUIER ATENCIÓN REALIZADA POR ESPECIALISTAS DEPENDIENTES DEL IND, YA SEA EN EL CENTRO DE ALTO RENDIMIENTO (CAR) U OTRO A LO LARGO DEL PAÍS, NO SERÁ CONSTITUTIVA COMO PRIMERA ATENCIÓN. APLICA QUE SE DERIVE A UN CENTRO DE IMAGENOLOGÍA Y POSTERIORMENTE DERIVAR CON TRAUMATÓLOGO ESPECIALISTA.
- EN RELACIÓN A CASOS RECHAZADOS O ASPECTOS QUE EVENTUALMENTE NO SE AJUSTEN EN LA PRESENTE LICITACIÓN, SE ESTABLECERÁ UNA MESA CONJUNTA ENTRE EL ADJUDICATARIO Y EL INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES, CADA VEZ QUE ESTE ÚLTIMO LO REQUIERA. DEBE PRESENTARSE UN INTERLOCUTOR RESOLUTIVO POR PARTE DEL ADJUDICATARIO, YA QUE LOS TEMAS TRATADOS SERÁN RESUELTOS EN ESA INSTANCIA Y SI ES NECESARIO SUMAR ANTECEDENTES DEBE RESOLVERSE HASTA UN MÁXIMO DE 15 DÍAS CORRIDOS.

9) DE LOS ASPECTOS DE COBERTURA:

- PARA EL CASO DE LOS MENORES DE 18 AÑOS, EL REEMBOLSO DEL SINIESTRO DEBE SER PAGADO A LOS TUTORES O REPRESENTANTES LEGALES.
- EL BENEFICIARIO DE LAS COBERTURAS DE DESMEMBRAMIENTO, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, Y REEMBOLSOS DE GASTOS MÉDICOS SERÁ SIEMPRE AL ASEGURADO..

10) DE LOS ASPECTOS DE LA COBERTURA EN MUERTE:

- DEBERÁ CUBRIR LA MUERTE ACCIDENTAL DE LOS Y LAS ASEGURADAS.
- SE HA DE ENTENDER POR BENEFICIARIO DE LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO A LOS HEREDEROS DE ESTE, CONFORME SEÑALA EL DECRETO LEY N° 364 "LEY DE HERENCIAS".
- EL PAGO DE ESTA COBERTURA DEBERÁ REALIZARSE DE FORMA ÍNTEGRA A LOS HEREDEROS Ó A QUIEN CORRESPONDA..

11) DE LOS ASPECTOS DE LA COBERTURA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE.

- EL PAGO DE ESTA COBERTURA DEBERÁ REALIZARSE DE FORMA ÍNTEGRA AL BENEFICIARIO.

12) DE LOS ASPECTOS DE LA COBERTURA DESMEMBRAMIENTO E ITP.

- EL PAGO DE ESTA COBERTURA DEBERÁ REALIZARSE DE FORMA ÍNTEGRA AL BENEFICIARIO.

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.

6. COBERTURA PLAN E POR GASTOS FUNERARIOS

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES CONTINENTAL 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.

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 COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES CONTINENTAL 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 CONTEMPLE 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 90 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.

CONDICIONES DE PAGO

01 CUOTA.

NOTAS GENERALES

Se incluye anexo relativo al procedimiento de liquidación de siniestros, en conformidad a lo dispuesto en circular n° 2106, de 31 de mayo 2013, de la Superintendencia de Valores y Seguros. Por tanto, la citada circular, deroga la n°1.116, de 7 de abril de 1993.

Se incluye anexo n° 1 de la circular 2131 de la SVS que imparte instrucciones sobre atención de clientes y tramitación de consultas y reclamos, que reemplaza y deroga las circulares 1487, de 2000, y 1760, de 2005.

Nota: Según Circular UAF N° 57/2017 debemos solicitar a nuestros contratantes que sean personas jurídicas y cuya prima supere el equivalente a USD 15,000, la identificación de sus beneficiarios finales, según formulario que se incluye como anexo a la póliza, el cual agradecemos enviarnos debidamente completado.

ANEXOS

ANEXO (Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de

Seguros.

La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncia, a excepción de;

- a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia;
- b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia;

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos

antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no

haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012),

9) IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.

Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

ANEXO CIRCULAR 2131

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N°2131 del 28 de noviembre de 2013, las COMPAÑÍAS DE SEGUROS, CORREDORES DE SEGUROS Y LIQUIDADORES DE SINIESTROS, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se presenten directamente por el contratante, Asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de los informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.svs.cl.

