



Chubb Seguros Chile S.A. Contáctenos:
Miraflores 222, piso 17 +54 (11) 5555 1500
Santiago assistance@assist-card.com
Santiago, Chile

LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA DE SEGUROS JUNTO CON SUS CONDICIONES GENERALES INSCRITAS EN EL REGISTRO DE PÓLIZAS EN LA SVS BAJO LOS CÓDIGOS POL 320170259 DE LA S.V.S..

EL PRESENTE SEGURO PODRÁ SER COMERCIALIZADO A TRAVÉS DE TELEMARKETING, EN FORMA PRESENCIAL, O ONLINE.

COMPAÑÍA ASEGURADORA

CHUBB SEGUROS CHILE S.A.
RUT: 99.225.000-3
DIRECCIÓN: MIRAFLORES 222, PISO 17, SANTIAGO

CONTRATANTE

LATAM AIRLINES GROUP SA.
RUT: 89.862.200-2

COMISIÓN DE RECAUDACIÓN

% SOBRE LA PRIMA NETA RECAUDADA SEGÚN TABLA ADJUNTA

Producto	Comisión
Online - International	52%
Online – North America	52%
Online – South America	58%
Online – Domestic	63%
Online - SCHENGEN	55%
Offline - International	49%
Offline – North America	49%
Offline – South America	54%
Offline – Domestic	58%
Offline - SCHENGEN	52%
Employee - International	20%
Employee – North America	20%
Employee – South America	25%
Employee – Domestic	25%
Employee - SCHENGEN	20%
Package - International	0%
Package – North America	0%
Package – South America	0%
Package – Domestic	0%
Package - International	0%

ASEGURABLES

PERSONAS NATURALES QUE DESEEN CONTRATAR ESTE SEGURO Y QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

- EDAD MÍNIMA DE INGRESO: 0 AÑOS.
- EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 99 AÑOS Y 364 DIAS.
- EDAD DE PERMANENCIA: 99 AÑOS Y 364 DIAS.

BENEFICIARIOS

PARA LA COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES Y ASISTENCIA EN VIAJES SE TENDRÁ COMO BENEFICIARIO AL PROPIO ASEGURADO.

PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN A LOS BENEFICIARIOS INDICADOS POR EL ASEGURADO AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN, A FALTA DE DESIGNACIÓN, SERÁN LOS HEREDEROS LEGALES DEL ASEGURADO, QUE HUBIERAN SIDO DECLARADOS COMO TALES EN EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO DE POSESIÓN EFECTIVA.

MATERIA ASEGURADA

PERSONAS NATURALES QUE SE PUEDAN VER AFECTADOS POR LOS RIESGOS CUBIERTOS EN ESTA PÓLIZA.

COBERTURAS

SE CUBRE DE ACUERDO A CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES SEGÚN POL 320170259 DE LA S.V.S.

A EFECTOS DE ESTA PÓLIZA, SE ENTENDERÁ COMO FALLECIMIENTO A CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN ACCIDENTE, AQUEL QUE OCURRA A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

SECCIÓN A: ACCIDENTES PERSONALES.

A1: MUERTE ACCIDENTAL A CAUSA DE ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE EL VIAJE DEL ASEGURADO

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL MONTO ESPECIFICADO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RECIBIDAS Y APROBADAS LAS PRUEBAS EN CUANTO A QUE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRODUJO COMO CONSECUENCIA **DIRECTA E INMEDIATA** DE UN ACCIDENTE, QUE HAYA OCURRIDO YA SEA DURANTE EL VIAJE DEL ASEGURADO QUE SE ESPECIFIQUE AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.

EN EL EVENTO QUE SE HAGA EFECTIVA ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA DEDUCIRÁ DE LA SUMA A PAGAR, EL IMPORTE TOTAL QUE HUBIERE YA PAGADO AL ASEGURADO POR EL MISMO ACCIDENTE BAJO LAS COBERTURAS DEFINIDAS EN LAS ALTERNATIVAS A5, A6 Y A7, EN CASO DE HABER SIDO CONTRATADAS.

A2 MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO COMO PASAJERO EN UN MEDIO DE TRANSPORTE PÚBLICO DURANTE SU VIAJE

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL MONTO ESPECIFICADO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO, DESPUÉS DE RECIBIDAS Y APROBADAS LAS PRUEBAS DE QUE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRODUJO DURANTE SU VIAJE, COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN DE UN ACCIDENTE OCURRIDO MIENTRAS VIAJABA COMO PASAJERO, HABIENDO PAGADO SU PASAJE, EN UN MEDIO DE TRANSPORTE PUBLICO AUTORIZADO, SEGÚN DEFINICIÓN.

EN EL EVENTO QUE SE HAGA EFECTIVA ESTA COBERTURA, 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 A5, A6 Y A7 EN CASO DE HABER SIDO CONTRATADAS.

A3 MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE EN UN MEDIO DE TRANSPORTE PRIVADO DURANTE SU VIAJE

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL MONTO ESPECIFICADO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO, DESPUÉS DE RECIBIDAS Y APROBADAS LAS PRUEBAS DE QUE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRODUJO DURANTE SU VIAJE, COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO MIENTRAS VIAJABA COMO PASAJERO EN UN TRANSPORTE PRIVADO.

EN EL EVENTO QUE SE HAGA EFECTIVA ESTA COBERTURA, 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 A5, A6 Y A7 EN CASO DE HABER SIDO CONTRATADAS.

A4 MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO DURANTE SU VIAJE

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL MONTO ESPECIFICADO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO, DESPUÉS DE RECIBIDAS Y APROBADAS LAS PRUEBAS DE QUE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRODUJO DURANTE SU VIAJE, COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

EL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, SE ENTENDERÁ COMO AQUEL QUE SOBREVenga AL ASEGURADO COMO PEATÓN, CONDUCTOR O PASAJERO DE UN VEHÍCULO MOTORIZADO TERRESTRE.

EN EL EVENTO QUE SE HAGA EFECTIVA ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA DEDUCIRÁ DE LA SUMA A PAGAR BAJO ESTA COBERTURA, EL IMPORTE TOTAL QUE HUBIERE YA PAGADO AL ASEGURADO POR EL MISMO ACCIDENTE DE TRÁNSITO BAJO LAS COBERTURAS DEFINIDAS EN LAS ALTERNATIVAS A5, A6 Y A7 EN CASO DE HABER SIDO CONTRATADAS.

A6 DESMEMBRAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE EN UN MEDIO DE TRANSPORTE PÚBLICO OCURRIDO DURANTE EL VIAJE DEL ASEGURADO.

CUANDO LA LESIÓN NO OCASIONE LA PÉRDIDA DE LA VIDA DEL ASEGURADO PRODUCTO DE UN ACCIDENTE EN TRANSPORTE PÚBLICO DURANTE SU VIAJE, SINO QUE PRODUZCA CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS SEÑALADAS EN LA POL Y 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 PORCENTAJES CORESPONDIENTES AL TIPO DE PERDIDA QUE SUFRA EL ASEGURADO INDICADAS EN LA POL, LOS CUALES QUE SE APLICARÁN SOBRE DEL MONTO ASEGURADO INDICADO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO.

EN EL CASO DE OCURRIR MÁS DE UN SINIESTRO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LOS PORCENTAJES A INDEMNIZAR SE CALCULARÁN EN BASE AL MONTO ASEGURADO Y NO AL SALDO DE ÉSTE, DESPUÉS DE HABER EFECTUADO OTROS PAGOS. SIN EMBARGO, EL TOTAL DE INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE DESMEMBRAMIENTOS POR UNO O MÁS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL PERÍODO DE COBERTURA DE ESTA PÓLIZA, NO PODRÁ, EN NINGÚN CASO, EXCEDER DEL 100% DEL MONTO ASEGURADO PARA ESTA ALTERNATIVA.

PARA LOS EFECTOS DE LA CORRECTA INTERPRETACIÓN DE LA TERMINOLOGÍA EMPLEADA EN ESTA ALTERNATIVA, 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 FISIOLÓGÍA 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.

SECCIÓN B - REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS, MEDICAMENTOS Y EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

TODOS LOS GASTOS DE LAS COBERTURAS CONSIGNADAS EN ESTA PÓLIZA BAJO LA SECCIÓN B, SERÁN CONSIDERADOS COMO UN GASTO ÚNICO COMBINABLE, NO PUDIENDO JAMÁS, EN LA SUMATORIA DE TODOS ELLOS, EXCEDER EL MONTO ESTABLECIDO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO BAJO LA COBERTURA B1 GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.

LOS GASTOS QUE SERÁN RECONOCIDOS BAJO ESTA COBERTURA SERÁN LOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS, SEGÚN SE DEFINE EN LA POL.

PARA FINES DE ESTA PÓLIZA SE ENTENDERÁ POR GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS NECESARIOS SOLAMENTE A LOS INDICADOS EN LA POL.

B1 REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS NECESARIOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD OCURRIDO DURANTE EL VIAJE DEL ASEGURADO

LA COMPAÑÍA PROCEDERÁ AL REEMBOLSO O PAGO DE GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS NECESARIOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDADES DE CARÁCTER SÚBITO Y OCURRIDO DURANTE SU VIAJE, HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO, TODO DE ACUERDO CON EL PLAN CONTRATADO, MENOS CUALQUIER OTRO MONTO PAGADO AL ASEGURADO POR EL MISMO ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO BAJO LAS COBERTURAS DEFINIDAS EN LAS SECCIONES B2, B3 Y B4.

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 REMBOLSADOS LOS GASTOS QUE REALMENTE SEAN DE CARGO DEL ASEGURADO.

CONDICIONES:

- CONSTATADO QUE EL REEMBOLSO ES SOLICITADO PRODUCTO DE ALGUNA CONDICIÓN DE PREEXISTENCIA, LOS BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS SERÁN SÓLO PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA Y ESTABILIZACIÓN DEL ASEGURADO Y POR NINGÚN MOTIVO PARA EL TRATAMIENTO NORMAL DE LA CONDICIÓN PREEXISTENTE, SIENDO ESTOS ÚLTIMOS COSTOS DE RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL ASEGURADO.

-LA COMPAÑÍA A SU CARGO, TENDRÁ EL DERECHO A SOMETER AL ASEGURADO A EXÁMENES MÉDICOS, CON LA FRECUENCIA RAZONABLEMENTE NECESARIA, MIENTRAS EL RECLAMO CORRESPONDIENTE AL PAGO DE UN BENEFICIO SE HALLE PENDIENTE.

-EN EL ÚNICO CASO EN EL QUE LA GRAVEDAD DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD LE IMPIDA AL ASEGURADO LLAMAR A LA CENTRAL DE ASISTENCIA, PODRÁ SOLICITAR EL REMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS, PARA LO CUAL, EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR:

A) DIAGNÓSTICO MÉDICO;

B) CARTA CON BREVE RELATO DE LO SUCEDIDO INCLUYENDO LOS DATOS ESPECÍFICOS DE LA PÓLIZA DE SEGURO CONTRATADA Y DE ACUERDO A LO ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES;
C) COMPROBANTE ORIGINAL DE PAGOS.

- EN LOS CASOS QUE SE CONSTATARA QUE EL ASEGURADO REALIZÓ SU VIAJE CON MOTIVO DEL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE, LA COMPAÑÍA QUEDA EXIMIDA DE OTORGAR LA COBERTURA DE ACUERDO A ESTA PÓLIZA. LA COMPAÑÍA, SE RESERVA EL DERECHO DE INVESTIGAR LA CONEXIÓN DEL HECHO ACTUAL CON LA ENFERMEDAD PREEXISTENTE.

- TODOS LOS GASTOS DE LAS COBERTURAS CONSIGNADAS EN ESTA PÓLIZA BAJO LA SECCIÓN B, SERÁN CONSIDERADOS COMO UN GASTO ÚNICO COMBINABLE, NO PUDIENDO JAMÁS, EN LA SUMATORIA DE TODOS ELLOS, EXCEDER EL MONTO ESTABLECIDO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO BAJO LA COBERTURA B1 GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.

- LOS GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA SE LIMITAN A TRATAMIENTOS DE URGENCIA DE CUADROS AGUDOS Y ESTÁN ORIENTADOS A CUBRIR EVENTOS SÚBITOS E IMPREVISIBLES DONDE SE HAYA DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO UNA ENFERMEDAD O PRODUCTO DE UN ACCIDENTE CLARO, COMPROBABLE Y AGUDO QUE IMPIDA LA NORMAL CONTINUACIÓN DEL VIAJE ESPECIFICADO AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO Y POR LA MISMA RAZÓN NO SE PRESTAN PARA PROCEDIMIENTOS DE LARGA DURACIÓN SINO PARA GARANTIZAR LA RECUPERACIÓN INICIAL Y LAS CONDICIONES FÍSICAS QUE PERMITAN LA NORMAL CONTINUACIÓN DEL VIAJE DEL ASEGURADO.

B2 REEMBOLSO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS:

LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ, HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO, LOS GASTOS CORRESPONDIENTES A SERVICIOS ODONTOLÓGICOS MEDICAMENTE NECESARIOS DE EMERGENCIA RECIBIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE SU VIAJE, A CONSECUENCIA DE DOLOR AGUDO, SÚBITO Y REPENTINO EN SUS PIEZAS DENTARIAS.

EL PRIMER TRATAMIENTO DEBERÁ REALIZARSE EN EL EXTERIOR Y COMENZAR DENTRO DE LAS 24 (VEINTICUATRO) HORAS SIGUIENTES A LA EMERGENCIA O AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ POR PRIMERA VEZ EL DOLOR AGUDO, SÚBITO Y REPENTINO.

ESTA COBERTURA INCLUYE EL REEMBOLSO O PAGO DE LOS GASTOS EN ARREGLOS O SUBSTITUCIONES DE PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS SIEMPRE Y CUANDO DERIVEN DE UN TRAUMATISMO. EL HECHO QUE SE PRODUZCA UNA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA NO SIGNIFICA QUE POR ESTA SOLA CIRCUNSTANCIA SEA OBJETO DE BENEFICIO, TODO LO CUAL SERÁ DEBIDAMENTE CALIFICADO DE ACUERDO CON LOS ANTECEDENTES QUE AL EFECTO PROPORCIONE EL MÉDICO TRATANTE.

SERÁ CONDICIÓN NECESARIA PARA PROCEDER AL REEMBOLSO, LA PRESENTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE LAS BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES COMPROBATORIAS DE LOS GASTOS ODONTOLÓGICOS 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 REMBOLSADOS LOS GASTOS QUE REALMENTE SEAN DE CARGO DEL ASEGURADO.

CONDICIONES:

-EN EL ÚNICO CASO EN EL QUE LA GRAVEDAD DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD LE IMPIDA AL ASEGURADO LLAMAR A LA CENTRAL DE ASISTENCIA, PODRÁ SOLICITAR EL REMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS, PARA LO CUAL, EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR:

A) DIAGNÓSTICO MÉDICO;

B) CARTA CON BREVE RELATO DE LO SUCEDIDO INCLUYENDO LOS DATOS ESPECÍFICOS DE LA PÓLIZA DE SEGURO CONTRATADA Y DE ACUERDO A LO ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES;

C) COMPROBANTE ORIGINAL DE PAGOS.

- EN LOS CASOS QUE SE CONSTATARA QUE EL ASEGURADO REALIZÓ SU VIAJE CON MOTIVO DEL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE, LA COMPAÑÍA QUEDA EXIMIDA DE PRESTAR SUS SERVICIOS DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA POL. LA COMPAÑÍA, SE RESERVA EL DERECHO DE INVESTIGAR LA CONEXIÓN DEL HECHO ACTUAL CON LA ENFERMEDAD PREEXISTENTE.

- LA COMPAÑÍA A SU CARGO, TENDRÁ EL DERECHO A SOMETER AL ASEGURADO A EXÁMENES MÉDICOS, CON LA FRECUENCIA QUE CONSIDERE NECESARIA, MIENTRAS EL RECLAMO CORRESPONDIENTE AL PAGO DE UN BENEFICIO SE ENCUENTRE PENDIENTE.

TODOS LOS GASTOS DE LAS COBERTURAS CONSIGNADAS EN ESTA PÓLIZA BAJO LA SECCIÓN B2, SERÁN CONSIDERADOS COMO UN GASTO ÚNICO COMBINABLE, NO PUDIENDO JAMÁS, EN LA SUMATORIA DE TODOS ELLOS, EXCEDER EL MONTO ESTABLECIDO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO BAJO LA COBERTURA B1 GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.

B3 REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ, HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO, LOS GASTOS EN LA COMPRA DE MEDICAMENTOS NECESARIOS RECETADOS AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE LA ATENCIÓN MÉDICA U ODONTOLÓGICA SEÑALADAS EN LAS COBERTURAS B1 Y B2, SUJETO AL LÍMITE DISPUESTO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO, SIEMPRE QUE LOS GASTOS SE HAYAN OCURRIDO DURANTE EL VIAJE DEL ASEGURADO Y HAYAN SIDO PRESCRITOS POR UN MÉDICO QUE LO HAYA ASISTIDO DURANTE EL VIAJE DEL ASEGURADO. .

EN EL CASO DE SER MEDICAMENTE NECESARIOS, SI EL ASEGURADO NO PUDIERA CONTAR CON ACCESO A MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS POR NO ENCONTRARSE DISPONIBLES EN LOS PAÍSES DONDE SE ENCUENTRA DURANTE EL VIAJE, ESTOS PODRÁN SER ENVIADOS DIRECTAMENTE DESDE CHILE. ESTO APLICA SIEMPRE Y CUANDO LA DISCONTINUIDAD DEL USO DEL MEDICAMENTO PONGA EN RIESGO LA VIDA DEL ASEGURADO Y ÉSTOS HAYAN SIDO PRESCRITOS POR UN MÉDICO LOCAL.

SERÁ CONDICIÓN NECESARIA PARA PROCEDER AL REEMBOLSO, LA PRESENTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE LAS BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES COMPROBATORIAS DE LOS GASTOS EN MEDICAMENTOS 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 REMBOLSADOS LOS GASTOS QUE REALMENTE SEAN DE CARGO DEL ASEGURADO.

CONDICIONES:

- CONSTATADA LA CONDICIÓN DE PREEXISTENCIA, LOS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS SERÁN SÓLO PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA Y ESTABILIZACIÓN DEL ASEGURADO Y POR NINGÚN MOTIVO PARA EL TRATAMIENTO NORMAL DE LA CONDICIÓN PREEXISTENTE, SIENDO ESTOS ÚLTIMOS COSTOS DE RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL ASEGURADO.

- EN EL CASO DEL SOLICITAR REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS, EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR:

A) DIAGNÓSTICO MÉDICO;

B) CARTA CON BREVE RELATO DE LO SUCEDIDO INCLUYENDO LOS DATOS ESPECÍFICOS DE LA PÓLIZA DE SEGURO CONTRATADA;

C) COMPROBANTE ORIGINAL DE PAGOS.

- EN LOS CASOS QUE SE CONSTATARA QUE EL ASEGURADO REALIZÓ SU VIAJE CON MOTIVO DEL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE, LA COMPAÑÍA QUEDA EXIMIDA DE OTORGAR LAS COBERTURAS DE ACUERDO A ESTA PÓLIZA . LA COMPAÑÍA, SE RESERVA EL DERECHO DE INVESTIGAR LA CONEXIÓN DEL HECHO ACTUAL CON LA ENFERMEDAD PREEXISTENTE.

- LA COMPAÑÍA A SU CARGO, TENDRÁ EL DERECHO A SOMETER AL ASEGURADO A EXÁMENES MÉDICOS, CON LA FRECUENCIA QUE CONSIDERE NECESARIA, MIENTRAS EL RECLAMO CORRESPONDIENTE AL PAGO DE UN BENEFICIO SE ENCUENTRE PENDIENTE.

- TODOS LOS GASTOS DE LAS COBERTURAS CONSIGNADAS EN ESTA PÓLIZA BAJO LA SECCIÓN B3, SERÁN CONSIDERADOS COMO UN GASTO ÚNICO COMBINABLE, NO PUDIENDO JAMÁS, EN LA SUMATORIA DE TODOS ELLOS, EXCEDER EL MONTO ESTABLECIDO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO BAJO LA COBERTURA B1 GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.

SECCIÓN C - GASTOS DE RECUPERACIÓN EN HOTEL Y GASTOS DE ACOMPAÑANTE.

C1 RECUPERACIÓN EN HOTEL:

EN CASO DE QUE EL EQUIPO MÉDICO DEL ESTABLECIMIENTO DONDE SE ENCUENTRE EL ASEGURADO Y EL EQUIPO MÉDICO INDICADO POR LA COMPAÑÍA DETERMINEN LA NECESIDAD DE PRORROGAR EL PERIODO DE ESTADÍA DEL ASEGURADO POR CONVALECENCIA, DESPUÉS QUE FUE DADO DE ALTA DEL HOSPITAL, DEBIDO A ACCIDENTE O ENFERMEDAD, SE INDEMNIZARÁ O REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO, SEGÚN SE ESPECIFIQUE EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO, EL COSTO DE LAS ESTADÍAS DIARIAS EN EL HOTEL, LIMITADO AL VALOR POR DÍA Y AL NÚMERO DE DÍAS INDICADOS EN LA TABLA DE BENEFICIOS. ESTOS GASTOS DEBERÁN SER PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA Y EN COORDINACIÓN CON LA CENTRAL DE ASISTENCIA.

LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO O REEMBOLSO DE LOS GASTOS QUE SEAN RESPONSABILIDAD DE TERCEROS O QUE ESTÉN YA INCLUIDOS EN EL COSTO DEL VIAJE.

CONDICIONES:

ESTA COBERTURA COMIENZA A REGIR SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HAYA ESTADO HOSPITALIZADO AL MENOS EL NÚMERO DE DÍAS INDICADOS EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO.

C2 COSTO DE PASAJE PARA ACOMPAÑANTE EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA:

LA COMPAÑÍA ASUMIRÁ EL COSTO DE COMPRA DE UN PASAJE AÉREO DE IDA Y REGRESO EN CLASE ECONÓMICA, A QUIEN INDIQUE EL ASEGURADO, CUANDO ÉSTE SE ENCUENTRE VIAJANDO SOLO Y LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE ASISTENCIA CONSIDEREN NECESARIA SU HOSPITALIZACIÓN POR UN PERIODO SUPERIOR A 5 (CINCO) DÍAS, DESDE QUE PREVIAMENTE HAYA SIDO SOLICITADO Y APROBADO A TRAVÉS DE LA CENTRAL DE ASISTENCIA DE LA COMPAÑÍA.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO NO PUEDA INDICAR A UN ACOMPAÑANTE, SE CONSIDERARÁ AL CÓNYUGE O CUALQUIER PARIENTE EN PRIMER GRADO Y QUE SEA MAYOR DE EDAD. ESTE BENEFICIO ESTÁ SUJETO AL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE BENEFICIOS ESPECIFICADA EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO **C3 COSTO DEL ALOJAMIENTO DEL ACOMPAÑANTE:**

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO O EFECTUARÁ EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS DIARIOS EN HOTEL PARA HOSPEDAJE DEL ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO, QUE SE LIMITARÁ SEGÚN SE INDIQUE EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO DESDE QUE FUERA SOLICITADO A TRAVÉS DE LA CENTRAL DE ASISTENCIA Y PREVIAMENTE APROBADO POR LA COMPAÑÍA, CON UN MÁXIMO DE DÍAS POR EVENTO DE EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO.

ESTA COBERTURA APLICA ÚNICAMENTE COMO CONTINUACIÓN A LA COBERTURA DESCRITA EN LA SECCIÓN C2, ES DECIR, DEBE CONTRATARSE DE MANERA CONJUNTA CON ÉSTA.

SECCIÓN D - REPATRIACIÓN

D1 REPATRIACIÓN FUNERARIA:

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DURANTE EL VIAJE, LA COMPAÑÍA ASUMIRÁ EL PAGO DEL TRASLADO DE LOS RESTOS MORTALES HASTA SU PAÍS DE RESIDENCIA HABITUAL, 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 Y EMBALSAMAMIENTO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO; O A SU VEZ INHUMACIÓN LOCAL, A PETICIÓN DE LOS DEUDOS, HASTA POR EL EQUIVALENTE DEL COSTO EN CASO DE QUE SE HUBIESE REPATRIADO O TRASLADADO.

SECCIÓN E - CANCELACIÓN, INTERRUPTIÓN, REGRESO ANTICIPADO DEL VIAJE Y RETORNO DE MENORES.

E1 CANCELACIÓN DEL VIAJE:

LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ O COORDINARÁ EL PAGO AL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO, DE LOS GASTOS POR SERVICIOS DE VIAJES, PASAJES NO-DEVUELTOS, HOSPEDAJE EN EL HOTEL Y/O DE LOS CARGOS POR CANCELACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE UN TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SE VEA IMPEDIDO DE INICIAR EL VIAJE, DEBIDO A UNA ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO, ACCIDENTE, O FALLECIMIENTO DEL PROPIO ASEGURADO O COMPAÑERO DE VIAJE ASEGURADO O FALLECIMIENTO DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO HAYA RESERVADO Y PAGADO O ADEUDADO ESTOS COSTOS ANTES QUE OCURRIERA TAL ENFERMEDAD, ACCIDENTE O FALLECIMIENTO.

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE REALIZAR UNA PERICIA MÉDICA COMPROBATORIA.

SE EXTENDERÁ ADEMÁS ESTA COBERTURA EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A) QUE EL HOGAR DEL ASEGURADO SE VUELVE INHABITABLE DESPUÉS DE UN INCENDIO, UNA TORMENTA, O UNA INUNDACIÓN DE TAL MAGNITUD QUE REQUIERE SU PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DURANTE SU PERÍODO DEL SEGURO
- B) QUE UN DESASTRE NATURAL HAYA OCURRIDO RECIENTEMENTE O SE ESPERE, DE MANERA RAZONABLE, QUE OCURRA EN EL LUGAR DE DESTINO O EN SU HOGAR Y QUE LE IMPIDA COMENZAR SU VIAJE.
- C) QUE LA DIRECCIÓN DE AERONÁUTICA Y/O ALGUNA OTRA ENTIDAD DEL GOBIERNO HAYA EMITIDO UNA ADVERTENCIA DE "NO VIAJAR" PARA EL DESTINO DE SU VIAJE AL EXTRANJERO
- D) QUE OCURRA UN ACTO DE TERRORISMO EN EL DESTINO DE SU VIAJE

CONDICIONES:

- EN EL CASO DE CANCELACIÓN DEL VIAJE, LA COMPAÑÍA DEBERÁ SER NOTIFICADA EN UN PLAZO MÁXIMO DE 72 HORAS DESDE LA OCURRENCIA DE LA ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O FALLECIMIENTO.
- VENCIDO ESTE PLAZO, LA COMPAÑÍA NO SE RESPONSABILIZARÁ POR MULTAS ADICIONALES, CUALQUIERA SEA SU NATURALEZA.
- PARA EFECTOS DE ESTE BENEFICIO LAS ENFERMEDADES DE CARÁCTER SÚBITO DEBERÁN MANIFESTARSE O SER CONTRAÍDAS A PARTIR DE LA FECHA DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO. EN EL EVENTO QUE EXISTA UNA CONDICIÓN DE PREEXISTENCIA, EL BENEFICIO DE CANCELACIÓN DE VIAJE SERÁ SÓLO EN LOS CASOS EN QUE EL MÉDICO CERTIFIQUE UN DETERIORO SEVERO, REPENTINO E IMPREVISTO, DONDE LA REALIZACIÓN DEL VIAJE, COLOQUE EN PELIGRO GRAVE LA VIDA DEL ASEGURADO.
- EL ASEGURADO DEBE ENTREGAR A LA COMPAÑÍA LOS ORIGINALES EXTENDIDOS A NOMBRE DEL ASEGURADO DE LOS RECIBOS, BOLETAS Y FACTURAS CUANDO CORRESPONDA, COPIA DE LOS CONTRATOS DE VIAJE, PASAJES, VOUCHERS DE

HOTELERÍA U OTROS DOCUMENTOS QUE ACREDITEN EL GASTO INCURRIDO Y SU CANCELACIÓN; COMO ASIMISMO, EN SU CASO, LOS QUE ACREDITEN EL PAGO O EL REEMBOLSO DE UNA PARTE DE ELLOS, POR LAS INSTITUCIONES O ENTIDADES REFERIDOS ANTERIORMENTE.

- CUALQUIER SOLICITUD DE COBERTURA DE ESTE BENEFICIO DEBE IR ACOMPAÑADO DE UNA CARTA EXPLICATIVA CON LAS RAZONES DE LA CANCELACIÓN Y EL RESULTADO QUE OBTUVO JUNTO A LA EMPRESA CON LA CUAL EL ASEGURADO CELEBRÓ EL CONTRATO DE VIAJE, EN LA DEVOLUCIÓN DE LOS VALORES PAGADOS O ADEUDADOS.

- EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR LOS DOCUMENTOS MÉDICOS QUE ACREDITEN LA IDENTIDAD DEL ASEGURADO, COMPAÑERO DE VIAJE O FAMILIAR DE ALGUNO DE LOS DOS, EN DONDE SE DEMUESTRE LA VERACIDAD DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

- EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR, EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN CORRESPONDIENTE, Y EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO O COMPAÑERO DE VIAJE, SE REGIRÁN POR EL PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE REEMBOLSO Y PAGO DE INDEMNIZACIÓN DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.

E2 INTERRUPCIÓN DEL VIAJE Y REGRESO ANTICIPADO - COBERTURA AMPLIA

LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ O COORDINARÁ EL PAGO DE LOS GASTOS POR SERVICIOS NO DEVUELTOS Y NO REEMBOLSABLES PAGADOS ANTICIPADAMENTE AL HOTEL Y/O EL PASAJE DE TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, MENOS EL VALOR DEL CRÉDITO APLICADO POR EL PASAJE DE REGRESO NO UTILIZADO, EN CASO QUE EL ASEGURADO QUEDE IMPOSIBILITADO DE CONCLUIR EL VIAJE DEBIDO A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

- MUERTE O ENFERMEDAD GRAVE DEL ASEGURADO, QUE TENGA CARÁCTER DE URGENCIA Y QUE MOTIVE LA INTERNACIÓN O INHIBA LA AMBULACIÓN, GENERANDO UN ESTADO DE POSTRACIÓN EN EL ASEGURADO Y POR LO TANTO, IMPOSIBILITE LA INICIACIÓN Y/O PROSECUCIÓN DEL VIAJE DEL ASEGURADO.

- MUERTE O INTERNACIÓN HOSPITALARIA POR MÁS DE CINCO (5) DÍAS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD REPENTINA DE UN MIEMBRO DE SU FAMILIA.

- CUANDO EL ASEGURADO RECIBIESE NOTIFICACIÓN FEHACIENTE PARA COMPARECER ANTE LA JUSTICIA, DEBIENDO HABER RECIBIDO DICHA NOTIFICACIÓN CON POSTERIORIDAD AL INICIO DEL VIAJE.

- CUANDO EL ASEGURADO HAYA SIDO DECLARADO EN CUARENTENA POR AUTORIDAD SANITARIA COMPETENTE CON POSTERIORIDAD AL INICIO DEL VIAJE.

- POR INCENDIO O ROBO EN LA RESIDENCIA HABITUAL DEL ASEGURADO, OCURRIDO MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EL VIAJE.

LAS SITUACIONES DESCRITAS DEBERÁN SER ACREDITADAS MEDIANTE CERTIFICADOS O DOCUMENTOS LEGALES, EN DONDE SE DEMUESTRE LA VERACIDAD DE LA RECLAMACIÓN. PAGO SUJETO AL LÍMITE ESTABLECIDO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO.

EN EL CASO QUE EL ASEGURADO NO PUEDA REALIZAR CAMBIO EN SUS PASAJES TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, LA COMPAÑÍA LE ENTREGARÁ UN PASAJE AÉREO EN LA MISMA CLASE QUE VIAJABA ORIGINALMENTE PARA EL REGRESO DEL ASEGURADO A SU PAÍS DE ORIGEN, EN CASO DE QUE ÉL MISMO QUEDE INHABILITADO DE CONTINUAR EL VIAJE. ESTE PASAJE SERÁ ENTREGADO SÓLO EN CASO DE QUE NO SEA POSIBLE UTILIZAR EL MEDIO DE TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO ORIGINALMENTE PREVISTO.

CONDICIONES:

- LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE POR NINGUNA MULTA O PENALIDAD ADICIONAL INCURRIDA QUE NO HUBIESE SIDO IMPUESTA SI EL ASEGURADO HUBIERA NOTIFICADO A LA COMPAÑÍA DURANTE LAS 72 HORAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL RECLAMO.

- PARA EFECTOS DE ESTE BENEFICIO, LAS ENFERMEDADES DE CARÁCTER SÚBITO DEBERÁN MANIFESTARSE O SER CONTRAÍDAS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DEL VIAJE. EN LOS CASOS QUE EXISTA UNA CONDICIÓN DE PREEXISTENCIA EL BENEFICIO DE INTERRUPCIÓN DEL VIAJE Y REGRESO ANTICIPADO SERÁ SÓLO EN LOS CASOS EN QUE EL MÉDICO CERTIFIQUE UN DETERIORO SEVERO, REPENTINO E IMPREVISTO, DONDE LA CONTINUACIÓN DEL VIAJE, COLOQUE EN PELIGRO GRAVE LA VIDA DEL ASEGURADO, SU COMPAÑERO DE VIAJE, MIEMBRO DE SU FAMILIA O MIEMBRO DE LA FAMILIA DE SU COMPAÑERO DE VIAJE.

- EL ASEGURADO DEBE ENTREGAR A LA COMPAÑÍA LOS ORIGINALES EXTENDIDOS A NOMBRE DEL ASEGURADO DE LOS RECIBOS, BOLETAS Y FACTURAS CUANDO CORRESPONDA, COPIA DE LOS CONTRATOS DE VIAJE, PASAJES, VOUCHERS DE HOTELERÍA U OTROS DOCUMENTOS QUE ACREDITEN EL GASTO INCURRIDO Y SU CANCELACIÓN O INTERRUPCIÓN; COMO ASIMISMO, EN SU CASO, LOS QUE ACREDITEN EL PAGO O EL REEMBOLSO DE UNA PARTE DE ELLOS, POR LAS INSTITUCIONES O ENTIDADES REFERIDOS ANTERIORMENTE.

- CUALQUIER SOLICITUD DE COBERTURA DE ESTE BENEFICIO DEBE IR ACOMPAÑADO DE UNA CARTA EXPLICATIVA CON LAS RAZONES DE LA INTERRUPCIÓN Y EL RESULTADO QUE OBTUVO JUNTO A LA EMPRESA CON LA CUAL EL ASEGURADO CELEBRÓ EL CONTRATO DE VIAJE, EN LA DEVOLUCIÓN DE LOS VALORES PAGADOS O ADEUDADOS.

- EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR LOS DOCUMENTOS MÉDICOS QUE ACREDITEN LA IDENTIDAD DEL ASEGURADO, O MIEMBRO DE SU FAMILIA, EN DONDE SE DEMUESTRE LA VERACIDAD DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE. EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO O MIEMBRO DE SU FAMILIA; SE DEBERÁ PRESENTAR EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN CORRESPONDIENTE.

- DENUNCIA ANTE CARABINEROS DEL ROBO DEL LUGAR DE RESIDENCIA O DOMICILIO Y/O REPORTE DE BOMBEROS EN CASO DE INCENDIO.

SECCIÓN F - REMBOLSO DE GASTOS POR RETRASO DEL VIAJE.

LA COMPAÑÍA PROCEDERÁ AL REEMBOLSO POR LOS GASTOS DE HOSPEDAJE, ALIMENTACIÓN Y DE EFECTOS PERSONALES EN QUE EL ASEGURADO INCURRA POR ATRASO DE VIAJE, HASTA EL LÍMITE ESTIPULADO EN EL CUADRO

DE COBERTURAS POR ASEGURADO EN CASO DE QUE EL VIAJE SUFRA UN ATRASO DE 6 HORAS O MÁS Y DEBIDO A QUE DICHO RETRASO HAYA SIDO CAUSADO POR FALLA O DESPERFECTO REPENTINO O IMPREVISIBLE DEL MEDIO DE TRANSPORTE PUBLICO AUTORIZADO QUE CAUSÓ EL RETRASO O LA INTERRUPCIÓN DE VIAJES NORMALES DE DICHO TRANSPORTE PUBLICO AUTORIZADO.

SE REEMBOLSARÁN HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO, LOS GASTOS CAUSADOS POR LA PÉRDIDA DE CONEXIÓN O INTERRUPCIÓN DE LOS VIAJES NORMALES DERIVADOS DE LOS EVENTOS DESCRITOS ANTERIORMENTE, SIEMPRE Y CUANDO EL ATRASO SEA IGUAL O SUPERIOR A 6 HORAS.

CONDICIONES:

- ESTA COBERTURA SE REFIERE EXCLUSIVAMENTE A VIAJES REGULARES EN UN TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO NO INCLUYENDO POR TANTO LOS VIAJES EN MEDIOS DE TRANSPORTE ALQUILADOS O "CHARTER".
- ESTE BENEFICIO APLICA ÚNICAMENTE SI EL TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO NO HUBIESE PROPORCIONADO OTRA ALTERNATIVA DE TRASLADO AL ASEGURADO.
- ESTA COBERTURA SÓLO SE APLICARÁ CON POSTERIORIDAD A CUALQUIER REINTEGRO QUE HAYA EFECTUADO EL RESPECTIVO TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO POR ESTOS CONCEPTOS, CUBRIENDO LA COMPAÑÍA SÓLO LA DIFERENCIA NO CUBIERTA POR EL TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO Y HASTA EL TOPE MÁXIMO ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA.
- ESTA COBERTURA NO SE BRINDARÁ SI EL ASEGURADO VIAJA CON UN PASAJE SUJETO A DISPONIBILIDAD DE ESPACIO, O A ALGÚN DESTINO UBICADO DENTRO DEL MISMO PAÍS DE ORIGEN.
- EL REEMBOLSO ESTÁ SUJETOS AL MÁXIMO QUE FIGURA EN LA TABLA DE BENEFICIOS, PAGADERO A RAZÓN DE UN CUARTO DE DICHO MÁXIMO POR CADA 2 HORAS ADICIONALES QUE EL VIAJE DEL ASEGURADO SE ATRASE.
- PARA SOLICITAR REEMBOLSO, EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:
 - A) COPIA DEL PASAJE AÉREO Y TARJETA DE EMBARQUE;
 - B) COMPROBANTES ORIGINALES DE LOS GASTOS DE ALIMENTACIÓN, ALOJAMIENTO Y EFECTOS PERSONALES;
 - C) DECLARACIÓN DE LA COMPAÑÍA AÉREA DEL ATRASO.

SECCIÓN G - PÉRDIDA DE EQUIPAJE Y REMBOLSO DE GASTOS POR RETRASO DEL EQUIPAJE.

G1 PÉRDIDA DE EQUIPAJE:

EN CASO DE EXTRAVÍO, HURTO O ROBO DE EQUIPAJE UNA VEZ QUE ÉSTE SE ENCUENTRE BAJO LA RESPONSABILIDAD DE UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE DE PÚBLICO AUTORIZADO, ACREDITADO MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DEL CORRESPONDIENTE INFORME DE PÉRDIDA (PIR-PROPERTY IRREGULARITY REPORT) O SU EQUIVALENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ UN MONTO CALCULADO POR EL PESO DEL EQUIPAJE, LIMITADO AL MONTO DECLARADO EN EL INFORME DE PÉRDIDA (PIR-PROPERTY IRREGULARITY REPORT) O SU EQUIVALENTE.

EL MONTO A INDEMNIZAR QUEDA SUJETO A LO INDICADO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO, MENOS CUALQUIER OTRO MONTO PAGADO AL ASEGURADO BAJO LA COBERTURA DEFINIDAS EN LA SECCIÓN G2 EN LA EVENTUALIDAD DE QUE LA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO NO HAYA EFECTUADO EL PESO DEL EQUIPAJE DEL ASEGURADO, ÉSTE DEBERÁ EFECTUAR UN LISTADO POR ÍTEM CONTENIDOS EN SU EQUIPAJE Y CON ESO LA ASEGURADORA ESTIMARÁ SEGÚN EL LISTADO LOS KILOS APROXIMADOS CONTENIDOS EN EL EQUIPAJE.

LA COMPAÑÍA OTORGARÁ ESTE BENEFICIO, POR EVENTO, CUANDO EL EQUIPAJE NO HAYA LLEGADO HASTA 72 HORAS DESPUÉS DEL HORARIO DE LLEGADA DEL ASEGURADO AL DESTINO INDICADO EN SU TICKET DE TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

CONDICIONES:

- EN CASO DE PÉRDIDA DE EQUIPAJE EL ASEGURADO TENDRÁ QUE PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:
- INFORME COMPROBANTE DE LA PÉRDIDA EMITIDO POR EL TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO RESPONSABLE (PIR-PROPERTY IRREGULARITY REPORT) O SU EQUIVALENTE, QUE SEÑALE EL PESO, EN KILOGRAMOS DEL EQUIPAJE EXTRAVIADO, O LA DECLARACIÓN POR ÍTEM CONTENIDOS EN EL EQUIPAJE, PARA LA ESTIMACIÓN DE LOS KILOS APROXIMADOS CONTENIDOS.
- TICKET ORIGINAL DEL EQUIPAJE;

G2 REEMBOLSO DE GASTOS POR DEMORA DE EQUIPAJE:

EL ASEGURADO PODRÁ SOLICITAR EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS POR COMPRAS DE EFECTOS PERSONALES, NO PROVISTO POR EL TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, A CAUSA DEL RETRASO O EXTRAVÍO DEL EQUIPAJE DEL ASEGURADO, UNA VEZ QUE ESTE SE ENCUENTRE BAJO LA RESPONSABILIDAD DE UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO. PARA OBTENER EL REEMBOLSO EL ASEGURADO DEBERÁ ACREDITAR EL RETRASO MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DEL CORRESPONDIENTE INFORME DE PÉRDIDA (PIR- PROPERTY IRREGULARY REPORT) O SU EQUIVALENTE. LA COMPAÑÍA OTORGARÁ ESTE BENEFICIO, POR EVENTO, CUANDO EL EQUIPAJE NO HAYA LLEGADO HASTA 36 HORAS DESPUÉS DEL HORARIO DE LLEGADA DEL ASEGURADO AL DESTINO INDICADO EN SU TICKET DE TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO. NO SE OTORGARÁ ESTE BENEFICIO EN CASO QUE EL DESTINO DEL ASEGURADO SEA EL DE SU RESIDENCIA O DOMICILIO. ESTE BENEFICIO RECONOCE COMO LÍMITE EL INDICADO EN LA TABLA DE BENEFICIOS ESPECIFICADA EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO, PAGADERO A RAZÓN DE UN CUARTO DE DICHO MÁXIMO POR CADA 24 HORAS ADICIONALES QUE EL EQUIPAJE DEL ASEGURADO SE ATRASE.

CONDICIONES:

- EN CASO DE REEMBOLSO DE GASTOS POR DEMORA DE EQUIPAJE EL ASEGURADO TENDRÁ QUE PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:
- COPIA DE LA TARJETA DE EMBARQUE O TICKET DEL TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO;
- COMPROBANTES ORIGINALES DE GASTOS CON COMPRAS DE EFECTOS PERSONALES;
- INFORME COMPROBANTE DE LA PÉRDIDA EMITIDO POR EL TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO RESPONSABLE (PIR-PROPERTY IRREGULARITY REPORT), QUE SEÑALE EL PESO, EN KILOGRAMOS DEL EQUIPAJE EXTRAVIADO;
- TICKET ORIGINAL DEL EQUIPAJE.

PARA PROCEDER A ESTE REEMBOLSO SE EXIGIRÁ EN TODOS LOS CASOS LA PRESENTACIÓN DE TODA LA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL EVENTO (DENUNCIA POLICIAL, DECLARACIÓN DE ADUANA, COMPROBANTE DEL ALQUILER, ETC.)

G3 DAÑO DE EQUIPAJE:

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO, EN EL CASO QUE SU EQUIPAJE PREVIAMENTE REGISTRADO EN EL TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO SEA DAÑADO MIENTRAS ESTE BAJO LA CUSTODIA DE LA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

EL PAGO MÁXIMO QUE EFECTUARÁ LA COMPAÑÍA POR EL TOTAL DEL EQUIPAJE DAÑADO SERÁ HASTA LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA POR PERSONA Y DE ACUERDO A LA TABLA DE BENEFICIOS ESPECIFICADA EN EL LÍMITE INDICADO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO EL MONTO A PAGAR POR EL DAÑO DEL EQUIPAJE, SERÁ EL EQUIVALENTE A SU VALOR DE MERCADO A LA FECHA EN QUE ACONTEZCA EL SINIESTRO, MENOS UNA DEDUCCIÓN CORRESPONDIENTE, A SU DEPRECIACIÓN Y SU DESGASTE OCASIONADO POR SU USO NORMAL Y DE ACUERDO A LAS POLÍTICAS DE VALUACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO USADA POR EL ASEGURADO.

PARA HACER EFECTIVO EL PAGO PARA ESTE BENEFICIO SE DEBEN PRESENTAR LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- A) QUE EL EQUIPAJE REGISTRADO SE HAYA RETRASADO DURANTE SU TRANSPORTE POR LA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO EN UN VUELO REGULAR.
- B) QUE EL EQUIPAJE REGISTRADO FUESE REGISTRADO POR EL ASEGURADO EN EL MISMO VUELO EN EL QUE ÉL MISMO VIAJABA,
- C) QUE EL EQUIPAJE REGISTRADO HAYA SIDO REPORTADO COMO RETRASADO ANTE LA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO RESPONSABLE.
- D) LA PRESENTACIÓN DEL REPORTE DE DAÑO DE EQUIPAJE (PIR-PROPERTY IRREGULARITY REPORT O EQUIVALENTE)

SECCIÓN H - PAGO DE FIANZAS Y HONORARIOS LEGALES.

H1 PAGO DE FIANZAS

ANTE CUALQUIER PROCESO CIVIL O PENAL EN CONTRA DEL ASEGURADO POR EL CUAL ESTE SIENDO OBLIGADO AL PAGO DE UNA FIANZA Y A PETICIÓN DE ESTE, SE GESTIONARÁ EL ENVÍO DE UN ABOGADO O SE TRANSFERIRÁN LOS IMPORTES REQUERIDOS Y CON UN LÍMITE DE PAGO DE ACUERDO A LO INDICADO EN EL LÍMITE INDICADO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO, PREVIA NOTIFICACIÓN A LA CENTRAL DE ASISTENCIA DEL EVENTO QUE CAUSA DICHA NECESIDAD, PARA QUE ATIENDA SU DEFENSA JURÍDICA; Y PARA EL PAGO DE FIANZAS QUE EL ASEGURADO LLEGUE A ESTAR LEGALMENTE OBLIGADO A PAGAR, POR REPARACIÓN DEL DAÑO, EN VIRTUD DE LESIONES FÍSICAS O LA MUERTE DE TERCEROS O DAÑOS A BIENES DE TERCEROS QUE CAUSE POR ACTOS U OMISIONES PROPIOS, NO DOLOSOS, DURANTE LA REALIZACIÓN DEL VIAJE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.

CONDICIONES:

- EL ASEGURADO DEBE EN TODO CASO DAR AVISO A LA CENTRAL DE ASISTENCIA PREVIO A PROCEDER CON CUALQUIER TIPO PAGO POR EL CUAL ESTE SIENDO CONSULTADO
- EL ASEGURADO NO DEBERÁ REALIZAR NINGUNA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD, OFRECIMIENTO, OFERTA, PROMESA O PAGO SIN EL CONSENTIMIENTO PREVIO Y POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.
- EL PAGO DE ESTA COBERTURA PROCEDERÁ SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UN CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA PARA EL PROPÓSITO DETALLADO EN LA SECCIÓN H1

H2 HONORARIOS LEGALES:

ANTE CUALQUIER PROCESO CIVIL O PENAL EN CONTRA DEL ASEGURADO Y A PETICIÓN DE ÉSTE, SE GESTIONARÁ EL ENVÍO DE UN ABOGADO, PREVIA NOTIFICACIÓN A LA CENTRAL DE ASISTENCIA DEL EVENTO QUE CAUSA DICHA NECESIDAD, PARA QUE ATIENDA SU DEFENSA JURÍDICA POR CUALQUIER RECLAMACIÓN Y/O JUICIO PRESENTADO EN CONTRA DEL ASEGURADO DIRECTAMENTE DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA EN VIRTUD DE LESIONES FÍSICAS O LA MUERTE DE TERCEROS O DAÑOS A BIENES DE TERCEROS QUE CAUSE POR ACTOS U OMISIONES PROPIOS, NO DOLOSOS, DURANTE LA REALIZACIÓN DEL VIAJE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.

EL LÍMITE DE PAGO POR ESTA COBERTURA SERÁ DE ACUERDO A LO INDICADO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO.

CONDICIONES:

- EL ASEGURADO DEBE EN TODO CASO DAR AVISO A LA CENTRAL DE ASISTENCIA PREVIO A PROCEDER CON CUALQUIER TIPO PAGO POR CONCEPTO DE DEFENSA JUDICIAL POR EL CUAL ESTE SIENDO CONSULTADO
- EL ASEGURADO NO DEBERÁ REALIZAR NINGUNA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD, OFRECIMIENTO, OFERTA, PROMESA O PAGO SIN EL CONSENTIMIENTO PREVIO Y POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.
- EL PAGO DE ESTA COBERTURA PROCEDERÁ SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UN CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA PARA EL PROPÓSITO DETALLADO EN LA SECCIÓN H2

J PROTECCIÓN DE COMPRAS

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO, DE ACUERDO AL LÍMITE INDICADO EN EL LÍMITE INDICADO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO POR LA OCURRENCIA DE DAÑOS EN LAS COMPRAS DE LOS BIENES QUE, HABIÉNDOSE ADQUIRIDO MEDIANTE UNA TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO EMITIDA A NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR, HAYAN SUFRIDO UN DAÑO MATERIAL ACCIDENTAL OCASIONADO POR CAUSAS EXTERNAS O HAYAN SIDO OBJETO DE UN ROBO CON FUERZA EN LAS COSAS O VIOLENCIA EN LAS PERSONAS, O AMBOS INCLUSIVE DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DEL VIAJE Y DE ACUERDO A LA VIGENCIA INDIVIDUAL DE COBERTURA ESPECIFICADO AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN.

CONDICIONES:

- EL ASEGURADO DEBE PRESENTAR A LA COMPAÑÍA LA EVIDENCIA FÍSICA DE QUE LA COMPRA AFECTADA FUE ADQUIRIDA POR UNA TARJETA EMITIDA A SU NOMBRE INCLUYENDO VOUCHER DE COMPRA Y ACREDITACIÓN DE DOMINIO DE LA TARJETA CON LA CUAL SE REALIZÓ LA COMPRA.

-SE EXCLUYEN DE ESTA COBERTURA:

- a) EL DINERO EN EFECTIVO O EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS Y PASAJES AÉREOS O DE CUALQUIER OTRO MEDIO DE TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.
- b) LOS ANIMALES Y PLANTAS NATURALES.
- c) LAS JOYAS, ALHAJAS, PIEDRAS PRECIOSAS Y RELOJES EN EQUIPAJES, A MENOS QUE SEAN LLEVADOS CONSIGO POR EL ASEGURADO Y SE ENCUENTREN EN TODO MOMENTO BAJO SU CUSTODIA.
- d) BIENES CONSUMIBLES (A MODO DE EJEMPLO Y COMO ENUNCIACIÓN NO TAXATIVA, ALIMENTOS Y BEBIDAS DE CUALQUIER ESPECIE)
- e) DAÑOS MATERIALES DIRECTOS CAUSADOS A LOS BIENES ASEGURADOS POR CULPA GRAVE O DOLO DEL ASEGURADO.
- f) DAÑOS MATERIALES DIRECTOS OCASIONADOS A LOS BIENES ADQUIRIDOS ILÍCITAMENTE.
- g) NO QUEDAN AMPARADAS POR LA COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA LAS COMPRAS EFECTUADAS MEDIANTE EXTORSIÓN Y/O CUALQUIER OTRO VICIO DE LA VOLUNTAD Y/O CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO.
- h) NO SE ENCUENTRAN AMPARADOS LOS VICIOS PROPIOS DEL PRODUCTO QUE DERIVEN DE UNA DEFECTUOSA FABRICACIÓN O QUE GENEREN LA RESPONSABILIDAD DE GARANTÍA DEL FABRICANTE Y/O VENDEDOR.
- i) LOS VEHÍCULOS A MOTOR, DE CUALQUIER CLASE O NATURALEZA QUE SEAN YA SE TRATE DE VEHÍCULOS TERRESTRES, ACUÁTICOS O AÉREOS COMO POR EJEMPLO, PERO NO LIMITADO A, VEHÍCULOS MOTORIZADOS, MOTOCICLETAS, LANCHAS, AVIONES ETC.

K INDEMNIZACIÓN POR ROBO EN CAJERO AUTOMÁTICO

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO POR LA PÉRDIDA DE DINERO EFECTIVO QUE AFECTE A ESTE MISMO, A CAUSA DE SER VÍCTIMA DURANTE SU VIAJE DE UN DELITO DE ROBO CON VIOLENCIA EN LAS PERSONAS, ESTO ES, AQUELLOS QUE SE PERPETREN USANDO LA VIOLENCIA O INTIMIDACIÓN EN LAS PERSONAS, CUANDO SEA EL DELITO COMETIDO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE LOS CAJEROS AUTOMÁTICOS, EN LOS LUGARES QUE SE ENCUENTRAN UBICADOS Y FUERA DE ELLOS, DURANTE EL VIAJE Y DE ACUERDO A SU RESPECTIVA VIGENCIA ESPECIFICA INDICADA AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO Y HASTA EL PLAZO DE DOS HORAS DESPUÉS DE HABER REALIZADO UN RETIRO MEDIANTE EL USO DE UNA TARJETA ASEGURADA, EN CUALQUIER MÁQUINA QUE PERMITA EL USO DE DICHA TARJETA.

EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR ESTA COBERTURA SERÁ EL DISPUESTO EN EL CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO.

CONDICIONES:

- EN CASO DE RECLAMO, EL ASEGURADO DEBE PRESENTAR A LA COMPAÑÍA UNA COPIA DEL COMPROBANTE DE AVISO AL BANCO.
- COPIA DE LA DENUNCIA O CONSTANCIA REALIZADA EN LA ENTIDAD DE POLICÍA, FISCAL O EQUIVALENTE, CON LA FECHA DE REALIZADA LA MISMA.
- EL USUARIO TIENE LA OBLIGACIÓN DE EFECTUAR LA RESPECTIVA DENUNCIA O CONSTANCIA POLICIAL DENTRO DEL PLAZO DE 5 DÍAS CORRIDOS DESDE QUE TOMA CONOCIMIENTO DE LOS HECHOS.
- ESTADO DE CUENTA, DONDE SE REFLEJE EL GIRO RECLAMADO.
- CARTA EXPLICATIVA O DECLARACIÓN JURADA (DETALLADA), INDICANDO COBERTURA AFECTADA.
- LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR CUALQUIER DOCUMENTACIÓN ADICIONAL PARA LA VALIDACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS HECHOS QUE AFECTADOS POR COBERTURA.
- LA COMPAÑÍA NO CUBRIRÁ EN CASO DE:

- A) LA PÉRDIDA DE DINERO EFECTIVO OCURRIDA A UN USUARIO NO AUTORIZADO DE LA TARJETA AFECTADA.
- B) LA PÉRDIDA DE CUALQUIER OTRO INSTRUMENTO DE COMERCIO NEGOCIABLE, INCLUYENDO CHEQUES Y CHEQUES VIAJEROS; COMO TAMPOCO LA PERDIDA DE CUALQUIER OTRA CANTIDAD DE DINERO QUE ESTUVIERE EN POSESIÓN DEL ASEGURADO AL MOMENTO DE OCURRIR EL DELITO QUE NO SEA LA REGISTRADA COMO RETIRADA DEL CAJERO AUTOMÁTICO POR EL ASEGURADO.

C) LA PÉRDIDA DE DINERO POR EL USO NO AUTORIZADO QUE TERCERAS PERSONAS HAGAN DE LA TARJETA EN EL FUTURO SÍ LA TARJETA ES ROBADA DURANTE LA COMISIÓN DEL DELITO.

D) LAS PÉRDIDAS RESULTANTES DEL USO DE UNA TARJETA BANCARIA CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR AL TITULAR, POR PARTE DE UNA PERSONA AUTORIZADA POR ÉSTE.

EXCLUSIONES

LA PRESENTE PÓLIZA NO OTORGA NINGUNA DE LAS COBERTURAS O BENEFICIOS ESTIPULADOS EN ELLA, CUANDO SE ORIGINEN POR, O SEAN UNA CONSECUENCIA:

1) ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES AL VIAJE DEL ASEGURADO Y CUALQUIERA DE SUS CONSECUENCIAS, INCLUYENDO CONVALECENCIAS Y ALTERACIONES DURANTE TRATAMIENTOS QUE NO SE ENCUENTRAN TODAVÍA EN UNA ETAPA CONSOLIDADA Y LAS SECUELAS DE ENFERMEDADES ANTERIORES AL VIAJE. PARA LOS EFECTOS DE LA APLICACIÓN DE ESTA EXCLUSIÓN, AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DEBERÁ CONSULTAR AL ASEGURABLE E ACERCA DE TODAS AQUELLAS ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES QUE PUEDEN IMPORTAR UNA LIMITACIÓN O EXCLUSIÓN DE COBERTURA. DEBERÁ DEJARSE CONSTANCIA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE AQUELLAS ENFERMEDADES, DOLENCIAS O SITUACIONES DE SALUD PREEXISTENTES DECLARADAS POR EL CONTRATANTE O ASEGURADO, QUE NO SERÁN CUBIERTAS O, POR EL CONTRARIO, LAS CONDICIONES EN QUE ELLAS SERÁN CUBIERTAS.

2) PARTICIPACIÓN EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O DEPORTES: PASAJERO EN AVIACIÓN PRIVADA, PARACAIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUNGEE JUMPING, ALPINISMO, ESCALADA, MOTOCICLISMO, ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA, RODEO, RUGBY, EQUITACIÓN, POLO, Y AQUELLAS OTRAS QUE SE EXCLUYAN EXPRESAMENTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

3) SUICIDIO, INTENTO DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE INFRINGIDA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO.

4) TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, INCLUYENDO SERVICIOS Y SUMINISTROS CON RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD U OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CAPACIDAD DE CONCEBIR; CONTROL DE NATALIDAD, INCLUYENDO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y DISPOSITIVOS A TAL FIN;

5) LA ASISTENCIA POR PARTOS Y ESTADOS DE EMBARAZO, A MENOS QUE SE TRATE DE UNA COMPLICACIÓN SÚBITA, CLARA E IMPREVISIBLE Y EL TIEMPO DE EMBARAZO SEA INFERIOR A 24 SEMANAS;

6) PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LAS FUERZAS ARMADAS O UNIDADES AUXILIARES DE LAS MISMAS EN CASOS DE GUERRAS CIVILES NACIONALES O EXTRANJERAS, MOTINES, MOVIMIENTOS POPULARES, REPRESALIAS, RESTRICCIONES A LA LIBRE CIRCULACIÓN, HUELGAS, EXPLOSIONES, MISIONES PARA LA OBTENCIÓN O MANTENIMIENTO DE LA PAZ;

7) LAS ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y SUS CONSECUENCIAS, QUE PROVENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE PANDEMIA, YA SEA QUE HAYA SIDO DECLARADA POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O EL ORGANISMO QUE LO REEMPLACE, O BIEN, POR LA AUTORIDAD CORRESPONDIENTE DE CUALQUIERA DE LOS PAÍSES, LOCALIDADES O REGIONES AFECTADAS.

8) TODO HECHO QUE RECONOZCA SU ORIGEN O SEA RESULTADO DE UN VIAJE A, EN O A TRAVÉS DE CUALQUIERA DE LOS PAÍSES O TERRITORIOS ESPECIFICADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, COMO ASIMISMO, EL PAGO SOLICITADO EN DICHO PAÍS, CUALQUIERA SEA LA CAUSA, AUN CUANDO LA PERMANENCIA EN EL PAÍS EXCLUIDO PUDIERE SER CONSIDERADA COMO FORTUITA PARA EL ASEGURADO.

9) COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADAS, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN Y TERRORISMO.

10) ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN ESTADO DE EBRIEDAD, O BAJO LOS EFECTOS DE CUALQUIER NARCÓTICO, A MENOS QUE HUBIESE SIDO ADMINISTRADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA. ESTOS ESTADOS DEBERÁN SER CALIFICADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

11) DESEMPEÑARSE EL ASEGURADO COMO PILOTO O TRIPULANTE DE AVIONES CIVILES O COMERCIALES, A MENOS QUE EXPRESA Y ESPECÍFICAMENTE SE PREVEA Y ACEPTE SU COBERTURA POR EL ASEGURADOR.

12) INFECCIONES BACTERIANAS, EXCEPTO LAS INFECCIONES PIOGÉNICAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UNA HERIDA, CORTADURA O AMPUTACIÓN ACCIDENTAL.

13) HERNIAS Y SUS CONSECUENCIAS, SEA CUAL FUERE LA CAUSA DE QUE PROVENGAN.

14) TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DISTINTOS DE LOS NECESARIOS A CONSECUENCIA DE LESIONES O ENFERMEDAD CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA. POR TANTO, SI EL ASEGURADO VIAJASE AL EXTRANJERO A SOMETERSE A ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO ESPECÍFICO, ESTAS PRESTACIONES QUEDARÁN EXPRESAMENTE EXCLUIDAS DE LAS COBERTURAS DE LA PRESENTE PÓLIZA.

15) EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA.

16) CURAS DE REPOSO, CUIDADO SANITARIO, PERÍODOS DE CUARENTENA O AISLAMIENTO.

17) UNA INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA, O UN NEOPLASMA MALIGNO (CÁNCER), SI AL MOMENTO DE LA MUERTE O ENFERMEDAD EL ASEGURADO PADECÍA O ERA PORTADOR DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. CON TAL PROPÓSITO, SE ENTENDERÁ POR:

- (i) "SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA", LO DEFINIDO PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- (ii) INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE A NEUMONÍA CAUSADA POR PNEUMOCYSTIS CARINII, ORGANISMO DE ENTERITIS CRÓNICA, INFECCIÓN VÍRICA O INFECCIÓN MICOBACTERIANA DISEMINADA.
- (iii) NEOPLASMA MALIGNO INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE AL SARCOMA DE KAPOSI, AL LINFOMA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL O A OTRAS AFECCIONES MALIGNAS YA CONOCIDAS O QUE PUEDAN CONOCERSE COMO CAUSAS INMEDIATAS DE MUERTE EN PRESENCIA DE UNA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.
- (iv) SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA DEBE INCLUIR ENCEFALOPATÍA (DEMENCIA) DE V.I.H. (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO) Y SÍNDROME DE DESGASTE POR V.I.H. (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO).

18) TRATAMIENTO O CIRUGÍA DENTAL, EXCEPTO POR LESIONES EN DIENTES NATURALES SANOS, OCASIONADOS POR UN ACCIDENTE.

19) TODO TIPO DE TRATAMIENTOS POR OBESIDAD.

20) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ACNÉ.

21) TRATAMIENTOS POR ADICCIÓN A DROGAS O ALCOHOLISMO, LESIÓN, ENFERMEDAD O TRATAMIENTO CAUSADO POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS Y DEMÁS SUSTANCIAS DE EFECTOS ANÁLOGOS O SIMILARES.

22) PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.

23) ACTO DELICTIVO COMETIDO, EN CALIDAD DE AUTOR O CÓMPLICE, POR UN BENEFICIARIO O QUIEN PUDIERE RECLAMAR EL MONTO ASEGURADO O LA INDEMNIZACIÓN.

24) LA ASISTENCIA POR SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONTRATADO SIN PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA CENTRAL DE ASISTENCIA, SALVO SE ACREDITE A SATISFACCIÓN DE LA COMPAÑÍA QUE POR CAUSA DE FUERZA MAYOR HA SIDO IMPOSIBLE REQUERIR LA PREVIA AUTORIZACIÓN.

25) LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA, HOSPITALARIA O SANITARIA EN QUE SE HAYA INCURRIDO FUERA DEL TERRITORIO DE COBERTURA SEGÚN LO DETERMINADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

26) CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD MENTAL O NERVIOSA, O LA ASISTENCIA POR ENFERMEDADES MENTALES O ESTADOS PATOLÓGICOS PRODUCIDOS DURANTE EL VIAJE POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE ALCOHOL, DROGAS, SUSTANCIAS TÓXICAS, NARCÓTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

27) LA SOLICITUD DE LAS ASISTENCIAS O COBERTURAS QUE CONSISTAN EN EL SUMINISTRO DE PRÓTESIS, ANTEOJOS Y LENTES DE CONTACTO, AUN CUANDO OBEDEZCAN A EVENTOS OCURRIDOS DURANTE EL VIAJE.

28) LA SOLICITUD DE LAS ASISTENCIAS O COBERTURAS POR CUALQUIER ACONTECIMIENTO, PÉRDIDA, LESIÓN, DAÑO O RESPONSABILIDAD LEGAL QUE SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE UN VIAJE EN, A, O A TRAVÉS DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PAÍSES: AFGANISTÁN, CUBA, REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO, IRÁN, IRAQ, LIBERIA, SUDÁN O SIRIA O CUALQUIER PAÍS QUE INGRESE A LA LISTA OFAC.

29) LA SOLICITUD DE LAS ASISTENCIAS O COBERTURAS POR CUALQUIER PÉRDIDA, LESIÓN, DAÑO O RESPONSABILIDAD LEGAL QUE SUFRA DIRECTA O INDIRECTAMENTE UNA PERSONA TERRORISTA O MIEMBRO DE UNA ORGANIZACIÓN TERRORISTA, TRAFICANTE DE DROGAS, O PROVEEDOR DE ARMAS NUCLEARES, QUÍMICAS O BIOLÓGICAS.

30) RIESGOS DE RADIACIÓN, REACCIÓN NUCLEAR O ATÓMICA, O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

3.1 ANOMALÍAS CONGÉNITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.

LA COMPAÑÍA PODRÁ EVALUAR Y OTORGAR COBERTURA A LOS RIESGOS RECIENTEMENTE DESCRITOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, CON UN PAGO DE PRIMA ADICIONAL, SI FUERE EL CASO, Y DEJANDO EXPRESAMENTE ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, LOS RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTA ESTIPULACIÓN.

3.2. EXCLUSIONES ADICIONALES Y ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA B1 REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS NECESARIOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

DE MANERA ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES RECIÉN EXPUESTAS EN EL NUMERAL 3.1, NO SE REALIZARÁ EL REEMBOLSO SOLICITADO CUANDO EL GASTO MÉDICO U HOSPITALARIO SE ORIGINE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- 3.2.1.- SERVICIOS, SUMINISTROS O TRATAMIENTOS, INCLUYENDO CUALQUIER PERÍODO DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA QUE NO HAYAN SIDO RECOMENDADOS, APROBADOS Y CERTIFICADOS COMO MEDICAMENTE NECESARIOS POR EL MÉDICO.
- 3.2.2.- EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES DONDE NO HAYA INDICACIONES OBJETIVAS O DETERIORO EN LA SALUD NORMAL O DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO O RADIOGRAFÍAS.
- 3.2.3.- CIRUGÍA REPARADORA, PLÁSTICA, EXCEPTO COMO RESULTADO DE UNA LESIÓN OCURRIDA DURANTE UN VIAJE DEL ASEGURADO.
- 3.2.4.- TRATAMIENTOS REJUVENECEDORES, O ESTÉTICOS.
- 3.2.5.- GASTOS EN COMPRAS DE PRÓTESIS QUE NO SEAN ORIGINADOS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.
- 3.2.6.- ANORMALIDADES CONGÉNITAS Y CONDICIONES QUE RESULTEN DE LAS MISMAS.
- 3.2.7.- GASTOS INCURRIDOS CON RELACIÓN A PIE FRÁGIL, DEFORMADO O PLANO, CALLOS O UÑAS DEL PIE.
- 3.2.8.- DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ACNÉ.
- 3.2.9.- TABIQUE DESVIADO, INCLUYENDO RESECCIÓN SUBMUCOSA Y/O CUALQUIER CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS MISMOS.
- 3.2.10.- CUIDADOS DE NIÑOS SANOS, INCLUYENDO EXÁMENES E INMUNIZACIONES (VACUNAS).
- 3.2.11.- ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, AUDÍFONOS Y EXÁMENES PARA LA PRESCRIPCIÓN O AJUSTE DE LOS MISMOS, A MENOS QUE LA LESIÓN O LA ENFERMEDAD HAYA CAUSADO EL DETERIORO DE LA VISIÓN O LA AUDICIÓN.
- 3.2.12.- TRASTORNOS MENTALES, NERVIOSOS O EMOCIONALES O CURAS DE SUEÑO.
- 3.2.13.- PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS O ADELANTAR TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS DE LARGA DURACIÓN.

3.3.- EXCLUSIONES ADICIONALES Y ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA B2 REEMBOLSO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS, DE MANERA ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES RECIÉN EXPUESTAS EN EL NUMERAL 3.1, NO SE REALIZARÁ EL REEMBOLSO SOLICITADO CUANDO EL GASTO ODONTOLÓGICO SE ORIGINE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- 3.3.1.- CUALQUIER TRATAMIENTO RUTINARIO Y QUE NO SEA MÉDICAMENTE NECESARIO.
- 3.3.2.- TRATAMIENTOS REJUVENECEDORES, O ESTÉTICOS, GASTOS EN COMPRAS DE PRÓTESIS (SE EXCLUYEN LOS GASTOS EN ARREGLOS O REEMPLAZOS DE PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS QUE SEAN PRODUCTO DE TRAUMATISMO).

3.4.- EXCLUSIONES ADICIONALES Y ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA SECCIÓN F - REMBOLSO DE GASTOS POR RETRASO DEL VIAJE.

DE MANERA ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES RECIÉN EXPUESTAS EN EL NUMERAL 3.1, NO SE REALIZARÁ EL REEMBOLSO SOLICITADO CUANDO EL GASTO SE ORIGINE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- 3.4.1.- VIAJES REALIZADOS EN MEDIOS DE TRANSPORTE ALQUILADOS O "CHARTER".
- 3.4.2.- SI LAS CAUSAS DEL RETRASO SON DIVULGADAS PÚBLICAMENTE CON ANTICIPACIÓN O SEAN DE CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A FECHA DE SOLICITUD DE ESTA COBERTURA.
- 3.4.3.- RETRASO DEL TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO CAUSADO POR CONDICIÓN CLIMÁTICA SEVERA QUE ATRASE LA LLEGADA O PARTIDA PROGRAMADA DEL MEDIO DE TRANSPORTE.

3.5.- EXCLUSIONES ADICIONALES Y ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA G1 PÉRDIDA DE EQUIPAJE DE MANERA ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES RECIÉN EXPUESTAS EN EL NUMERAL 3.1, NO SE REALIZARÁ EL REEMBOLSO SOLICITADO CUANDO EL GASTO SE ORIGINE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- 3.5.1.- SI EL EQUIPAJE SE CONFISCA O RETIENE POR PARTE DE LA ADUANA U OTRA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL;
- 3.5.2.- SI EL ASEGURADO ES MIEMBRO U OPERADOR DE LA TRIPULACIÓN EN EL MEDIO DE TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO QUE DIO ORIGEN AL SUCESO;
- 3.5.3.- SI SE HA OMITIDO LA NOTIFICACIÓN DEL ROBO, HURTO O EXTRAVÍO LA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO TRANSPORTADORA, MEDIANTE EL INFORME CORRESPONDIENTE, ANTES DE ABANDONAR EL LOCAL DE DESEMBARQUE;
- 3.5.4.- SI EL ASEGURADO NO HA TOMADO LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA SALVAGUARDAR O RECUPERAR EL EQUIPAJE PERDIDO.

3.6.- EXCLUSIONES ADICIONALES Y ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA G2 REEMBOLSO DE GASTOS POR DEMORA DE EQUIPAJE:

DE MANERA ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES RECIÉN EXPUESTAS EN EL NUMERAL 3.1, NO SE REALIZARÁ EL REEMBOLSO SOLICITADO CUANDO EL GASTO SE ORIGINE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- 3.6.1.- SI EL EQUIPAJE SE CONFISCA O RETIENE POR PARTE DE LA ADUANA U OTRA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL;
- 3.6.2.- SI EL ASEGURADO ES MIEMBRO U OPERADOR DE LA TRIPULACIÓN EN EL MEDIO DE TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO QUE DIO ORIGEN AL SUCESO;
- 3.6.3.- SI SE HA OMITIDO LA NOTIFICACIÓN DEL ROBO, HURTO O EXTRAVÍO A LA COMPAÑÍA TRANSPORTADORA, MEDIANTE EL INFORME CORRESPONDIENTE, ANTES DE ABANDONAR EL LOCAL DE DESEMBARQUE.
- 3.6.4.- SI EL ASEGURADO NO HA TOMADO LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA SALVAGUARDAR O RECUPERAR EL EQUIPAJE PERDIDO.

3.7.- EXCLUSIONES ADICIONALES Y ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA SECCIÓN H - PAGO DE FIANZAS Y HONORARIOS LEGALES.

DE MANERA ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES RECIÉN EXPUESTAS EN EL NUMERAL 3.1, NO SE REALIZARÁ EL PAGO SOLICITADO CUANDO EL GASTO SE ORIGINE EN EL DOLO O LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN LA COMISIÓN AL ALGÚN DELITO. ESTO SERÁ APLICABLE A LAS CALIFICACIONES EQUIVALENTES LOCALES EN DONDE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE DE VIAJE.

PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACION DE ESTE SEGURO

PARA PODER UTILIZAR LAS ASISTENCIAS DE ESTA PÓLIZA O PARA DENUNCIAR ALGÚN SINIESTRO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTACTARSE A LOS SIGUIENTES TELÉFONOS, DEPENDIENDO DE DONDE SE ENCUENTRE:

- CHILE
+56-2-2756-1044
ASSISTANCE@ASSIST-CARD.COM
- FUERA DEL PAIS
+56-2-2756-1044 (llamada por cobro revertido)
ASSISTANCE@ASSIST-CARD.COM

SI EN EL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA NO ES ADMITIDO O POR ALGÚN MOTIVO NO ES POSIBLE COMUNICARSE MEDIANTE EL SISTEMA DE COBRO REVERTIDO, SE DEBE COMUNICAR DE MANERA DIRECTA Y LUEGO AL REGRESO A CHILE SOLICITAR EL REINTEGRO DE LOS GASTOS TELEFÓNICOS, PRESENTANDO LOS RESPECTIVOS COMPROBANTES ORIGINALES. TAMBIÉN PUEDE ENVIAR UN EMAIL A -ASSISTANCE@ASSIST-CARD.COM, INDICANDO LO SUCEDIDO Y ALGÚN TELÉFONO DE CONTACTO PARA INICIAR LA COORDINACIÓN.

PARA COORDINAR LA ASISTENCIA, SE REQUIERE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: NOMBRE DEL PACIENTE, RUT, FECHA DE NACIMIENTO, DIRECCIÓN DONDE SE ENCUENTRA, TELÉFONO DE CONTACTO, EMAIL Y SÍNTOMAS O PROBLEMA. UNA VEZ OBTENIDA ESTA INFORMACIÓN, SE INICIA LA COORDINACIÓN Y SE LE AVISARÁ AL PACIENTE CÓMO PROCEDER.

SE DEBE TENER EN CONSIDERACIÓN QUE HAY UN PLAZO DE 48 HORAS PARA DAR AVISO A LA CENTRAL DE OPERACIONES DESDE LA OCURRENCIA DE LOS SÍNTOMAS O DESDE QUE SUCEDE ALGÚN ACCIDENTE O PROBLEMA QUE REQUIERA NUESTRA ASISTENCIA.

SIEMPRE EN TODO MOMENTO, CUALQUIER DECISIÓN MÉDICA ES EVALUADA Y CONTROLADA POR NUESTRO DEPARTAMENTO MÉDICO EN CONJUNTO CON EL O LOS MÉDICOS TRATANTES.

EN EL CASO DE REEMBOLSOS POR INDICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE OPERACIONES, DEBE PRESENTAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN A SU REGRESO A CHILE:

- ASISTENCIA MÉDICA: REPORTE MÉDICO ORIGINAL Y COMPLETO, COMPROBANTES ORIGINALES DE LOS GASTOS EFECTUADOS SEGÚN EL PLAN CONTRATADO

- DEMORA Y/O PÉRDIDA DE EQUIPAJE: PIR Y COMPROBANTES ORIGINALES DE LOS GASTOS EFECTUADOS SEGÚN EL PLAN CONTRATADO

- VUELO DEMORADO: CONSTANCIA DE LA AEROLÍNEA CERTIFICANDO LA DEMORA Y COMPROBANTES ORIGINALES DE LOS GASTOS EFECTUADOS SEGÚN EL PLAN CONTRATADO

SE RECUERDA QUE SIEMPRE SE DEBE LLAMAR A LA CENTRAL DE ASISTENCIA ANTE LA NECESIDAD DE REQUERIR ALGÚN SERVICIO.

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

- LOS VIAJES CUBIERTOS CORRESPONDEN A VIAJES CORPORATIVOS, ORGANIZADOS O AUSPICIADOS POR LA EMPRESA CONTRATANTE.

CUADRO DE COBERTURAS POR ASEGURADO

SEGÚN CERTIFICADO DE COBERTURAS.

FORMA DE PAGO DE PRIMA

LA PRIMA SERÁ ÚNICA Y EL PAGO DE LA PRIMA CARGADO A LA TARJETA DE CRÉDITO BANCARIA DEL ASEGURADO TITULAR U OTRO EMISOR DE TARJETAS DE CRÉDITO QUE INDIQUE AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN .

LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE POR LAS OMISIONES O FALTAS DE DILIGENCIA QUE PRODUZCAN ATRASO EN EL PAGO DE LA PRIMA, AUNQUE ÉSTE SE EFECTÚE MEDIANTE EL CARGO CONVENIDO.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA

LA PRESENTE PÓLIZA COLECTIVA TENDRÁ UNA VIGENCIA A PARTIR DE LAS 00:01 HORAS DEL DÍA 15 DE ABRIL DE 2017 Y TERMINANDO A LAS 00:01 HORAS DEL DÍA 15 DE ABRIL DE 2020 A PARTIR DE LA FECHA DE TÉRMINO NO PODRÁN INCORPORARSE NUEVOS ASEGURADOS A LA PÓLIZA COLECTIVA, SALVO QUE EXISTA ACUERDO ENTRE CONTRATANTE Y COMPAÑÍA ASEGURADORA PARA RENOVAR SU VIGENCIA

VIGENCIA INDIVIDUAL

LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO INDIVIDUAL COMENZARÁ A PARTIR DE LA FECHA Y HORA SEÑALADA EN EL TICKET DE VIAJE Y SE MANTENDRÁ VIGENTE HASTA LA FECHA DE LLEGADA AL PAÍS DE ORIGEN, SALVO EN EL CASO DE QUE SEA UN VIAJE DE SOLO IDA, DONDE LA COBERTURA FINALIZARA UNA VEZ LLEGADO A SU DESTINO. EL SEGURO PODRÁ TERMINARSE DE FORMA ANTICIPADA ACUERDO A LO ESTIPULADO EN LA POL.

DERECHO A RETRACTACIÓN DEL SEGURO

EL ASEGURADO PODRÁ, SIN EXPRESIÓN DE CAUSA NI PENALIZACIÓN ALGUNA, RETRACTARSE DEL SEGURO CONTRATADO HASTA ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA INDIVIDUAL. DICHA RETRACTACIÓN DEBERÁ COMUNICARSE, A LA COMPAÑÍA, POR CUALQUIER MEDIO QUE PERMITA LA EXPRESIÓN FEHACIENTE DE DICHA VOLUNTAD SI LA RETRACTACIÓN SE PRODUCE CON POSTERIORIDAD AL CARGO DE LA PRIMA RESPECTIVA, DEBERÁ RESTITUIRSE SU IMPORTE ÍNTEGRO AL RESPONSABLE DE PAGO, CON INDEPENDENCIA DEL MEDIO DE PAGO RESPECTIVO.

SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR, UNA VEZ TRANSCURRIDO ESTE PLAZO, EL ASEGURADO/PROPONENTE PODRÁ PONER TÉRMINO AL SEGURO EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN EXPRESIÓN DE CAUSA, MEDIANTE CUALQUIER MEDIO QUE PERMITA LA EXPRESIÓN FEHACIENTE DE VOLUNTAD ANTE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

COMUNICACIONES Y ENVÍO DE COMUNICACIÓN

CUALQUIER COMUNICACIÓN, DECLARACIÓN O NOTIFICACIÓN QUE DEBA EFECTUAR EL ASEGURADOR AL CONTRATANTE O EL ASEGURADO CON MOTIVO DE ESTA PÓLIZA, DEBERÁ EFECTUARSE A SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INDICADA EN LA GRABACIÓN TELEFÓNICA O SOLICITUD DE INCORPORACIÓN, SALVO QUE EL ASEGURADO NO DISPUSIERE DE CORREO ELECTRÓNICO O DISPUSIERE OTRA FORMA DE NOTIFICACIÓN AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.

ASIMISMO, LA COPIA DE LA PÓLIZA SE ENVIARÁ AL MISMO MEDIO INDICADO, SI ASÍ LO HA AUTORIZADO EL ASEGURADO EN LA GRABACIÓN O SOLICITUD DE INCORPORACIÓN.

EN CASO DE DESCONOCERSE SU CORREO ELECTRÓNICO O DE RECIBIR UNA CONSTANCIA DE QUE DICHO CORREO NO FUE ENVIADO O RECIBIDO EXITOSAMENTE, LAS COMUNICACIONES DEBERÁN EFECTUARSE MEDIANTE EL ENVÍO DE CARTA DIRIGIDA AL DOMICILIO DEL CONTRATANTE O EL ASEGURADO.

DOMICILIO

PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO LA CIUDAD Y COMUNA DE SANTIAGO.

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

ANTE CUALQUIER CONSULTA, EL ASEGURADO PODRÁ LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE CHUBB AL TELÉFONO 56 (2) 2756 1010, DONDE UN EJECUTIVO ESPECIALIZADO LO ATENDERÁ DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 17:30 HORAS.

NOTAS:

- LA COMPAÑÍA TENDRÁ SIEMPRE EL DERECHO DE SOLICITAR, YA SEA AL ASEGURADO, O AL CORREDOR, CUALQUIER OTRO ANTECEDENTE O DOCUMENTO QUE SE NECESITE, O QUE ESTIME NECESARIO, ADEMÁS Y SIN PERJUICIO DE LOS YA CITADOS, PARA LA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO Y EL AJUSTE CORRESPONDIENTE SI PROCEDIERE.
- ESTE CONTRATO NO CUENTA CON EL SELLO SERNAC DEL ART. 55 DE LA LEY 19.496.
- SE INCLUYE ANEXO RELATIVO A PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS.

RECLAMOS

EN VIRTUD DE LA CIRCULAR N° 2131 DE 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 ATIENDA 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 N° 1449, PISO 1°, SANTIAGO, O A TRAVÉS DEL SITIO WEB WWW.SVS.CL.

CHUBB SEGUROS CHILE S.A. SE ENCUENTRA ADHERIDA VOLUNTARIAMENTE AL CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN Y AL COMPENDIO DE BUENAS PRACTICAS DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, CUYO PROPÓSITO ES PROPENDER AL DESARROLLO DEL MERCADO DE LOS 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 CHUBB SEGUROS CHILE S.A. Y EN WWW.AACH.CL.

ASIMISMO, CHUBB SEGUROS CHILE S.A., SE ENCUENTRA ADHERIDA VOLUNTARIAMENTE A LA INSTITUCIÓN DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO DEPENDIENTE DEL CONSEJO DE AUTORREGULACIÓN DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, 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 CHUBB SEGUROS CHILE S.A. O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.DDACHILE.CL.”

1) OBJETO DE LA LIQUIDACION

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 LIQUIDACION

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 OPOSICION A LA LIQUIDACION 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) INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION 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 LIQUIDACION

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 LIQUIDACION

DENTRO DEL MÁS BREVE PLAZO, NO PUDIENDO EXCEDER DE **45 DÍAS** CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO, 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 DENUNCIO;

B) SINIESTROS MARÍTIMOS QUE AFECTEN A LOS CASCOS O EN CASO DE AVERÍA GRUESA: **180 DÍAS** CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO;

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION

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 LIQUIDACION

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) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

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.