

Póliza de Accidentes Personales S.AV.E - Seguridad de Aventura y Expediciones Referencia póliza N° 12-7633175 CHUBB

Asegurado general: CODE FUGA Spa – CODE REMOTO

Rut: 76.454.537-0

Dirección: Pedro Lautaro Ferrer 3217, Providencia, Santiago de Chile

Corredor: Vita Corredores de Seguros Ltda.

Compañía Aseguradora: CHUBB - ACE Seguros

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA:

MATERIA ASEGURADA:

Se cubre bajo la póliza flotante de accidentes personales a quienes realicen actividades de caminatas, trekking, montañismo, escalada, esquí, cabalgatas, rafting, kayakismo, navegación a vela y motor, actividad de tirolesa y canopy, ciclismo, natación, buceo, pesca con mosca y toda actividad de deporte y turismo aventura.

GASTOS MÉDICOS:

Cuando el asegurado está afiliado a Isapre el seguro cubre 100%, del copago; afiliado a Fonasa si se atiende con prestadores Fonasa, cubre 100%.

Afiliado a Fonasa con atención particular, en institución privada cobertura 50%, si no está afiliado a ningún sistema de salud cubre un 50%.

El certificado de cobertura de cada asegurado tiene una vigencia correspondiente al plan contratado.

LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN:

1.000 UF por evento, el total del grupo asegurado SAVE tiene un tope máximo 20.000 UF durante la vigencia de la póliza.

CONDICIONES GENERALES:

Se aplicarán al siguiente contrato de seguro las disposiciones contenidas en la póliza depositada bajo el código POL320140151 *

**Revisar póliza de las condiciones generales al final del documento.*

DEFINICIONES:

Las coberturas de Responsabilidad Civil para Casos de Muerte y de Accidentes Personales, pueden contratarse en forma conjunta o separada. En este caso, en el que ambas coberturas se contratan conjuntamente se entenderá lo siguiente:

1. En el caso de la cobertura de Responsabilidad Civil para Casos de Muerte, se entenderá por asegurado aquella persona a quien afecta el riesgo de responsabilidad civil que se transfiere al asegurador, esto es, quien eventualmente puede sufrir un menoscabo patrimonial por el reclamo indemnizatorio de daños sufridos por los terceros reclamantes en razón de un fallecimiento.
2. En el caso de la cobertura de Accidentes Personales se entenderá por asegurado aquella persona a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador, y que provoca una alteración en su integridad física o intelectual.

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CASOS DE MUERTE

PRIMERO: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cobertura se entenderá por:

1. ACCIDENTE: todo suceso ni intencional que afecte al organismo de una persona ocasionándole la muerte.
2. CERTIFICADO DE COBERTURA O CERTIFICADO DEFINITIVO: documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo o flotante.
3. DEDUCIBLE: la estipulación por la que el asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado.
4. FALLECIMIENTO: se entenderá como fallecimiento o muerte accidental para los efectos de este seguro, aquel que es consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de este seguro, siempre y cuando la muerte, se produzca a más tardar dentro de los cientos ochenta (180) días siguientes de ocurrido el accidente.
5. 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.
6. GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad dónde 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, características y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
7. SINIESTRO: la ocurrencia del riesgo o evento dañoso contemplado en el contrato.

SEGUNDO: DESCRIPCIÓN DE COBERTURA

Por esta cobertura, la compañía se obliga a indemnizar los daños y perjuicios que, por el fallecimiento accidental de una persona, sufran los terceros reclamantes, en los términos previsto de este seguro, y que puedan causar un menoscabo patrimonial al asegurado por su eventual responsabilidad en los hechos causantes del fallecimiento.

La compañía pagará a los terceros reclamantes, en calidad de beneficiarios de este seguro, el monto especificado en las condiciones particulares, inmediatamente después de recibidos y aprobados los antecedentes que den cuenta y demuestren la muerte que justifica su reclamo, sin necesidad de transacción o sentencia judicial que declare la responsabilidad civil del asegurado.

Se consideran terceros, para los efectos de la presente cobertura, las personas que a continuación se señalan, en el siguiente orden de prelación o preferencia:

1. cónyuge sobreviviente;
2. los hijos menores de edad, cualquiera sea su filiación;
3. Los hijos mayores de edad, cualquiera sea su filiación;
4. Los padres;
5. La o el conviviente del fallecido.

La cobertura de responsabilidad civil comprende el reclamo indemnizatorio por daño emergente y daño moral sufrido por los terceros reclamantes. Este seguro no cubre gastos de defensa, ni el importe de las cauciones que deba rendir el asegurado, ni las multas o sanciones pecuniarias a que sea condenado.

TERCERO: RIESGOS EXCLUIDOS

Se excluye de esta cobertura, además de lo expresamente establecido en la ley, lo siguiente:

1. Los daños ocasionados por el cónyuge, ascendientes, descendientes o parientes por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o trabajadores dependientes del asegurado.
2. La responsabilidad proveniente de perjuicios indirectos.
3. Toda clase de pérdida de utilidades y/o lucro cesante.
4. La responsabilidad penal y las consecuencias pecuniarias de la misma.
5. Los daños producidos cuando el hecho que origine los daños o pérdidas sea causado intencionalmente por el asegurado o lo hagan responsable de un delito.
6. Los daños sufridos por terceros reclamantes que sean consecuencia de muerte natural del fallecido.

7. Los daños producidos cuando el accidente ocurra fuera del territorio de la República de Chile.
8. Los daños provenientes de siniestros durante guerra, guerra civil, revolución, motín, huelga, tumulto popular, o causados por pertrechos de guerra.
9. Cualquier daño producido por la acción de la energía atómica.
10. Cualquier daño a consecuencia de un incendio o de una explosión.
11. Los daños que tengan origen en actos de la naturaleza y contaminación, en general.
12. 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)

COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES:

La compañía se obliga, conforme a las modalidades estipuladas en este condicionado y en las condiciones particulares de este seguro, a indemnizar al asegurado las lesiones corporales o la incapacidad que éste sufra a consecuencia de un accidente.

Las coberturas contenidas de este seguro se sujetan a las condiciones y límites de cada caso específico contratado, y a los términos de las condiciones particulares.

PRIMERO: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cobertura, se entenderá por:

1. ACCIDENTE: todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del asegurado ocasionándole la muerte o provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y la asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.
2. CERTIFICADO DE COBERTURA O CERTIFICADO DEFINITIVO: documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo o flotante.

3. DEDUCIBLE: la estipulación por la que el asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado.
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 dónde 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, características y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
6. HOSPITAL Y 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 ocasionen 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 D.L No 3.500 de 1980.
10. PERÍODO DE CARENCIA PARA HOSPITALIZACIÓN: número de días para cada hospitalización, durante los cuales el asegurado no tiene derecho a percibir los beneficios de la cobertura de indemnización diaria por hospitalización a causa de accidente.
11. SINIESTRO: la ocurrencia del riesgo o evento dañoso contemplado en el contrato.

SEGUNDO: DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

Este seguro contempla una cobertura para invalidez total o permanente 2/3 por accidente; una cobertura por reembolso de gastos médicos por accidente;

1. COBERTURA PARA INVALIDEZ TOTAL O PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE
En el evento que el asegurado resulte con una invalidez total y permanente de 2/3, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro, la compañía pagará el capital asegurado estipulado en las condiciones particulares de este seguro.
2. COBERTURA POR REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:
En virtud de esta cobertura la compañía reembolsará al asegurado, hasta el monto máximo señalado en las condiciones particulares de este seguro por los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios, razonables y acostumbrado, incurridos por el asegurado que sean consecuencia inmediata y directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro, siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas o medicamentos adquiridos dentro de un plazo de ciento ochenta días (180), contados desde la fecha de ocurrencia de cada accidente, para todo efecto, por cada accidente ocurrido, cualquier reembolso será posterior al pago del monto del deducible que se indica en las condiciones particulares.

Será condición necesaria para el reembolso, la presentación por parte de asegurado, de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados.

En caso de que el asegurado tuviese beneficios de alguna institución de salud estatal, privada y/o bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales, si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

Además de las exclusiones contenidas en la cláusula tercera de este título, la presente cobertura no reembolsará los gastos anteriormente indicados, cuando ellos provengan o se originen por:

1. Lesión causada por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares
2. Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.
3. La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado.
4. La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
5. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.

COBERTURAS ADICIONALES

1. Motines y tumultos
2. Terrorismo
3. Avalancha de nieve y rodados
4. Congelamiento e insolación
5. Práctica de deportes amateurs con excepción de alas delta, paracaidismo y parapente.
6. Asalto y homicidio
7. Alta tensión
8. Sismo sin límite de grados incluye terremoto
9. Tsunami

NOTAS APLICABLES A LA PÓLIZA:

1. Para la presente póliza, se deja constancia que en la sección título segundo: Reglas Generales, sección primero: obligaciones del asegurado de la POL320140151, el asegurado solo estará obligado a cumplir.
2. Los documentos a presentar para proceder al pago del siniestro dentro de las dependencias del contratante, y bajo los términos de la presente póliza, serán los siguientes:
 - a. Certificado de defunción con claridad y precisión del tipo de muerte ocurrida.
 - b. Alcoholemia en caso de que la víctima fuera el conductor de un vehículo durante el evento.
3. Se deja constancia que los pagos máximos de las sumatorias de los distintos planes de la presente póliza no pueden exceder el 100% del monto de la cobertura de RC por muerte accidental.
4. Los documentos a presentar para proceder al pago del siniestro dentro de las dependencias del contratante y bajo los términos de la presente póliza, serán los siguientes (para incapacidad y desmembramiento)
 - a. % de invalidez certificada por comisión correspondiente y autorizada (solo para incapacidad)

En caso de que el evento ocurra fuera de las dependencias del asegurado solo se necesitará:

 - a. Declaración y connotación de lesiones de alguna entidad de salud.
 - b. Alcoholemia en caso de que la víctima fuera el conductor de un vehículo durante el evento.

- c. % de invalidez certificada por comisión correspondiente y autorizada (solo para incapacidad)

RESOLUCIÓN DE CONTRATO POR NO PAGO DE PRIMA

La compañía podrá, en el evento de mora o simple retardo en el pago de todo o parte de la prima, reajustes o interés, declarar resuelto el contrato mediante carta dirigida al domicilio que el contratante haya señalado en la póliza.

La resolución del contrato operará al vencimiento del plazo de quince días corridos, contados desde la fecha del envío de la carta, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo sea pagada toda la parte de la prima, reajustes e intereses que estén atrasados, incluyendo los correspondientes para el caso de mora o simple retardo.

Si el vencimiento del plazo de quince días, recién señalado, recayere en día sábado, domingo o festivo, se entenderán prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente que no sea sábado.

Mientras a resolución no haya operado, la compañía aseguradora podrá desistirse de ella mediante una nueva carta en que así lo comunique a la persona que contrató el seguro y dirigida al domicilio antes aludido en esta cláusula.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, y de sus reajustes o intereses, o de haber desistido de la resolución, no significará de la compañía renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

CLÁUSULAS ESPECIALES:

Se incluyen anexos relativos a procedimiento de liquidación de siniestros.

ANEXO N° 1

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y 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 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

ANEXO N° 2

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 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 objetivo 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 un liquidador de seguros, dentro de 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 del siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una 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 denuncia, a excepción de:

- a. Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del primer grupo cuya prima anual sea superior a 100UF: 90 días corridos desde corrido fecha denuncia;
- b. Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de avería gruesa: 180 días corridos desde fecha 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 del requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que 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 No 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.

** Recomendamos leer la póliza de condiciones generales, en el siguiente link:*

http://www.svs.cl/sitio/inc/seguros_deposito_consulta.php?http://www.svs.cl/sitio/inc/seguros_deposito_consulta.php?poliza=pol120130437&dd=%23&mm=%23&aa=%23&dd2=%23%23%23&mm2=%23%23%23&a2=%23%23%23&norma=all&texto=&tema=all&imagefield.x=0&imagefield.y=0