

SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

PÓLIZA 7652821

ASEGURADO

NOMBRE : CTRO DE PADRES Y APOCOL. INGLES GEORGE C
R.U.T. : 706896007
DOMICILIO : AVENIDA GABRIELA MISTRAL Nro. 003015
CIUDAD : TEMUCO

CORREDOR

NOMBRE : 10978 *ARROYO PEREZ LUZ MARIA
COMISIÓN PRIMA NETA : 18,00 %
COMISIÓN : UF 22.29

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

N POLIZA	: 7652821	RAMO	: 12 ACCIDENTES PERSONALES
ENDOSO	: 0	PRIMA EXENTA	: UF 0,00
RENOVACIÓN	: 7.647.830	PRIMA AFECTA	: UF 123,85
FECHA EMISIÓN	: 9/12/2021	PRIMA NETA	: UF 123,85
VIGENCIA DESDE 12 HRS	: 12/11/2021	IMPUESTO	: UF 23,53
VIGENCIA HASTA 12 HRS	: 12/11/2022	PRIMA TOTAL	: UF 147,38

ESTA PÓLIZA SE EMITE EN CONSIDERACIÓN AL PAGO O DOCUMENTACIÓN DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE Y A LAS DECLARACIONES FORMULADAS POR EL CONTRATANTE EN LA PROPUESTA RESPECTIVA, LA QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE PÓLIZA Y SUS CONDICIONES PARTICULARES



MARIO ROMANELLI
GERENTE GENERAL
CHUBB SEGUROS CHILE S.A.

ANTECEDENTES DE LA COTIZACIÓN

CORREDOR

LUZ MARIA ARROYO CORREDOR DE SEGUROS

COMISIÓN

25%

CONTRATANTE

CENTRO DE PADRES Y APODERADOS COLEGIO INGLES
GEORGE CHAYTOR CARSON

RUT

70.689.600-7

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

ANUAL DESDE 12-11-2021 HASTA 12-11-2022

DATOS DE CONTACTO EN CHUBB

NOMBRE

PEMELA CUADRA

E-MAIL

PCUADRA@CHUBB.COM

TELÉFONO

MATERIA ASEGURADA

SE OTORGA COBERTURA A **366 ALUMNOS**, LOS CUALES PERTENECEN A SOCIEDAD EDUCACIONAL EDUCAR S.A.

ÁMBITO DE LA COBERTURA

24 HORAS.

RENEVA PÓLIZA: 7647830.-

MONTO ASEGURADO POR PERSONA UF	
COBERTURA	CAPITAL POR PERSONA
ITP 2/3 POR ACCIDENTE.	150
DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE	150
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACC	150

PRIMA POR EL PERIODO UF

COBERTURA	PRIMA NETA	IVA	PRIMA BRUTA TOTAL
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	18,58	3,53	22,11
DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL	18,58	3,53	22,11
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	86,69	16,47	103,17
TOTALES	123.85	23.53	147.38

PRIMA POR ALUMNO: UF 0,3384 + IVA.-

LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN

SE ESTABLECE UN LÍMITE MÁXIMO INDEMNIZABLE POR EVENTO DE **UF 12.500** Y ACUMULADO POR VIGENCIA DE **UF 25.000**.

NO OBSTANTE, EL MONTO DECLARADO POR EL ASEGURADO, EL ASEGURADOR SERÁ RESPONSABLE DE INDEMNIZAR, SOLAMENTE HASTA EL MONTO MÁXIMO QUE SE HAYA SEÑALADO COMO LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN. DICHO LÍMITE TENDRÁ UNA DETERMINACIÓN POR EVENTO Y AGREGADO ANUAL, ENTENDIENDO ESTO ÚLTIMO COMO EL MONTO MÁXIMO QUE PODRÁ PAGARSE COMO INDEMNIZACIÓN DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

EN CASO DE EXISTIR MÁS DE UNA UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RIESGO, SE ENTIENDE QUE EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN RIGE PARA TODAS LAS UBICACIONES COMO SI FUERAN UNA SOLA.

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

COBERTURAS

SE CUBRE DE ACUERDO A CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES SEGÚN POL 3 2014 0151 DE LA C.M.F

ITP 2/3 POR ACCIDENTE.

DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE

REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACC

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 CONSECUENCIAS DE UN ACCIDENTE.

LAS COBERTURAS CONTENIDAS EN 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 SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS DE UNA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO O FLOTANTE. 3. DEDUCIBLE: LA ESTIPULACIÓN POR LA QUE 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 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; CARACTERÍSTICAS 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. PERÍODO DE CARENIA 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 DESMEMBRAMIENTO; UNA COBERTURA POR REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE; Y UNA COBERTURA POR INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE 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.

SE ELIMINA CONDICION DE EDAD PARA ESTA COBERTURA, ESTIPULADA EN CONDICIONADO GENERAL.

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

2. COBERTURA POR DESMEMBRAMIENTO

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA Y CUANDO LA LESIÓN NO OCASIONE LA PÉRDIDA DE LA VIDA DEL ASEGURADO PRODUCTO DE UN ACCIDENTE, SINO QUE PRODUZCA CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN, SIEMPRE QUE LAS CONSECUENCIAS DE LAS LESIONES SE MANIFIESTEN ANTES DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS DESDE SU OCURRENCIA, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DEL MONTO ASEGURADO INDICADO, EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO:

- 100 % EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS, O DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZOS), O DE LAS DOS MANOS, O DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNAS), O DE LOS DOS PIES, O DE UN MIEMBRO INFERIOR (PIERNA) CON UNA MANO O UN BRAZO.

- 50 % POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UNO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZOS), O UNO DE LOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNA), O DE UNA MANO, O DE UN PIE, O POR LA SORDERA COMPLETA DE AMBOS OÍDOS, O POR LA PÉRDIDA DEL HABLA.

- 50 % POR LA CEGUERA TOTAL DE UN OJO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERE TENIDO CEGUERA TOTAL DEL OTRO ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO.

- 35 % POR LA PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN DE UN OJO.

- 25 % POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OÍDO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERA TENIDO SORDERA COMPLETA DEL OTRO, ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO.

- 20 % POR LA PÉRDIDA TOTAL DEL PULGAR DE UNA MANO.

- 15 % POR LA SORDERA TOTAL COMPLETA DE UN OÍDO.

- 5 % POR LA PÉRDIDA TOTAL DE CUALQUIERA DE LOS DEMÁS DEDOS DE LA MANO.

- 3 % POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UN DEDO DEL PIE.

LA INDEMNIZACIÓN POR LA PÉRDIDA TOTAL DE VARIOS DEDOS, SE DETERMINARÁ SUMANDO EL PORCENTAJE ASIGNADO A CADA UNO DE LOS DEDOS.

PARA LOS EFECTOS ESPECÍFICOS DE ESTA COBERTURA SE ENTIENDE POR:

1. PÉRDIDA TOTAL: LA REFERIDA A UN MIEMBRO U ÓRGANO, SU ELIMINACIÓN DEL ORGANISMO AL CUAL PERTENECE, EN FORMA DEFINITIVA Y EN SU TOTAL INTEGRACIÓN ANATÓMICA Y FUNCIONAL.

2. 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.

3. MIEMBRO: CUALQUIER EXTREMIDAD ARTICULADA CON EL TRONCO, DESTINADA A EJECUTAR LOS GRANDES MOVIMIENTOS DE LA LOCOMOCIÓN Y PRESIÓN, TALES COMO BRAZOS Y PIERNAS.

LA PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL DE CUALQUIER MIEMBRO, CUANDO SEA PERMANENTE E IRREVERSIBLE, SE CONSIDERARÁ COMO PÉRDIDA EFECTIVA DEL MISMO.

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

3. 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 ACOSTUMBRADOS, INCURRIDOS POR EL ASEGURADO QUE SEAN CONSECUENCIA INMEDIATA Y DIRECTA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, SIEMPRE QUE TALES GASTOS SEAN PRODUCTO DE ATENCIONES PRESTADAS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS DENTRO DE UN PLAZO DE CIENTO OCHENTA (180) DÍAS, CONTADO DESDE LA FECHA DE OCURRENCIA DE CADA ACCIDENTE. 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 PROCEDER AL REEMBOLSO, LA PRESENTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE LAS BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES, COMPROBATORIAS DE LOS GASTOS EFECTUADOS.

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

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.

SIN PERJUICIO DE LOS DETALLES QUE ESTABLEZCAN LAS CONDICIONES GENERALES, SE DEJA CONSTANCIA QUE ESTARÁN CUBIERTOS POR LA PÓLIZA LOS ACCIDENTES QUE SON CONSECUENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. MOVIMIENTOS SÍSMICO SIN LÍMITE, INCLUYENDO TSUNAMI
2. SE CUBRE LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE TERRORISMO, MOTINES Y TUMULTOS. SE MANTIENE EXCLUIDA LA INTERVENCIÓN O PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN TALES EVENTOS.
3. CONGELAMIENTO E INSOLACIÓN
4. AVALANCHA DE NIEVE Y RODADOS
5. EL EJERCICIO DE DEPORTES BASICOS Y PELIGROSOS TALES COMO JOCKEY, RUGBY, PAPERCHASE, STEEPLECHASE, ANDINISMO, ESQUÍ, SNOWBOARD, MOTOCICLISMO, ETC.; EQUITACIÓN Y RODEO PRACTICADOS COMO DEPORTE; SIEMPRE QUE NO SEAN EJERCIDOS DE MANERA PROFESIONAL O REMUNERADA.
6. ASALTO Y HOMICIDIO
7. ALTA TENSIÓN
8. QUE EL ASEGURADO SEA VÍCTIMA DE UN DELITO O CUASIDELITO
9. MAL DE ALTURA

EXCLUSIONES

LA COBERTURA DE ESTE SEGURO NO OPERARÁ CUANDO EL ACCIDENTE SE PRODUZCA POR EFECTO DIRECTO, YA SEA TOTAL O PARCIALMENTE, DE LAS SITUACIONES SEÑALADAS EN EL ARTÍCULO 3° DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA **POL 320140151**

CLAUSULA OFAC

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN

RECLAMACIONES

1. CUALQUIER RECLAMACIÓN DEBERÁ HACERSE POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA EN LOS FORMULARIOS QUE ÉSTA PROPORCIONE, DENTRO DE LOS 30 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE OCURRA UN ACCIDENTE QUE ORIGINE UNA INDEMNIZACIÓN CUBIERTA POR ESTE SEGURO.
2. LA LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO SE REALIZA EN FORMA INTERNA CON NUESTRO DEPARTAMENTO DE SINIESTROS.
3. RIGE LA CLÁUSULA DE "RESOLUCIÓN DE CONTRATO POR NO PAGO DE PRIMA", INSCRITA POR LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS MEDIANTE RESOLUCIÓN 025, DEL 13.02.90.
4. RIGE CLÁUSULA DE INFORMACIÓN SOBRE PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS.

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

- EL LÍMITE MÁXIMO DE EDAD DE LOS ASEGURADOS NO PODRÁ EXCEDER DE LOS VEINTE (20) AÑOS DE EDAD.
- LOS DEPENDIENTES DEL CONTRATANTE DEBEN ENCONTRARSE CON CONTRATO VIGENTE O TENER ALGÚN DOCUMENTO QUE RESPALDE EL VÍNCULO QUE TIENE CON LA EMPRESA CONTRATANTE.

REQUISITOS ADICIONALES, NOTAS GENERALES Y FORMA DE PAGO

1. EN CASO DE SINIESTRO SE DEBERÁ DEMOSTRAR RELACIÓN ENTRE LA PERSONA AFECTADA Y LA EMPRESA CONTRATANTE.
2. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE; EL CONTRATANTE ASUME LAS RESPONSABILIDADES QUE EMANEN DE SU ACTUACIÓN COMO CONTRATANTE DEL PRESENTE SEGURO COLECTIVO.
3. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA DE PARTE DE UN ASEGURADO NO DARÁ DERECHO, EN NINGÚN CASO, AL PAGO DE ALGÚN SINIESTRO CUBIERTO POR ESTE CONTRATO.
4. LA PRIMA Y LOS TÉRMINOS DE COBERTURA OTORGADOS EN LA PRESENTE COTIZACIÓN ESTÁN BASADOS EN LOS ANTECEDENTES EN PODER DE LA COMPAÑÍA QUE HA ENVIADO EL CLIENTE PARA EVALUAR EL RIESGO. EN CASO DE MODIFICACIÓN DE ESTOS ANTECEDENTES, LA COMPAÑÍA QUEDA LIBRE PARA REESTUDIAR LOS TÉRMINOS ORIGINALES PROPUESTOS Y EMITIR UNA NUEVA COTIZACIÓN;
5. ESTA COTIZACIÓN DEBE SER ACEPTADA DE MANERA PURA Y SIMPLE POR EL CLIENTE. LA ACEPTACIÓN CONDICIONAL SERÁ CONSIDERADA COMO UNA NUEVA PROPUESTA QUE DEBERÁ SER EVALUADA POR LA COMPAÑÍA;
6. ES OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE INFORMAR LA EXISTENCIA DE OTROS SEGUROS CONTRATADOS PARA ESTAS MATERIAS ASEGURADAS

7. EL CONTRATO DE SEGURO QUE POR ESTE DOCUMENTO SE OFRECE, SE REPUTARÁ PERFECTO UNA VEZ QUE EL CLIENTE MANIFIESTE SU CONSENTIMIENTO PARA CONTRATARLO POR ALGUNO DE LOS MEDIOS QUE SE INDICARON EN EL CUERPO DE ESTE DOCUMENTO. AL MOMENTO DE MANIFESTAR EL CONSENTIMIENTO EN LA CONTRATACIÓN, SE DEBERÁ SEÑALAR CUÁL ES EL MEDIO DE PAGO ESCOGIDO PARA EL PAGO DE LA PRIMA.
8. ESTA COTIZACION TIENE UNA VALIDEZ DE **15 DÍAS**

MEDIOS DE PAGO

EN CASO DE ACEPTAR NUESTRA OFERTA, LA PROPUESTA DEBERÁ INCLUIR LA OPCIÓN DE PAGO ELEGIDA POR EL CLIENTE.

LOS PAGOS PUEDEN SER AL CONTADO O EN CUOTAS.

SE DEFINIRÁ PAGO AL CONTADO, AL DINERO RECAUDADO POR PÓLIZAS QUE SEAN PAGADAS DENTRO DE LOS PRIMEROS 30 DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE EMISIÓN.

PUEDEN PAGAR HASTA EN SEIS CUOTAS SIN INTERÉS Y HASTA OCHO CUOTAS CON INTERÉS, SIEMPRE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

PARA TODOS LOS PAGOS EN CUOTAS, LAS FECHAS DE VENCIMIENTO SERÁN LOS DÍAS: 5, 10, 15 O 25 DE CADA MES.

PARA PAGOS EN CUOTAS SE REQUIERE COMPLETAR EL CONVENIO DE PAGO Y PRESENTARLO EN CAJA O ENVIARLO EN FORMATO PDF, FIRMADO POR EL ASEGURADO, A NORMALIZACION@CHUBB.COM.

DESCARGUE AQUÍ EL [CONVENIO DE PAGO](#)

MEDIOS DE PAGO

PONEMOS A DISPOSICIÓN LOS SIGUIENTES MEDIOS DE PAGO:

- CHEQUE NOMINATIVO Y CRUZADO A NOMBRE DE CHUBB SEGUROS CHILE SA O CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE SA, SEGÚN CORRESPONDA.
- VALE VISTA
- TARJETA DE CRÉDITO
- TARJETA DE DÉBITO
- TRANSFERENCIA BANCARIA: ENVIANDO EL COMPROBANTE A NORMALIZACION@CHUBB.COM

FORMAS Y LUGARES DE PAGO

MANDATO PAC / PAT

PARA REALIZAR PAGOS AUTOMÁTICOS DEBE COMPLETAR EL DOCUMENTO DENOMINADO “MANDATO DE PAGO PAC/PAT”.

LOS MANDATOS PAC Y PAT ORIGINALES SE DEBEN ENTREGAR FIRMADOS POR EL TITULAR EN NUESTRA CAJA.

DESCARGUE AQUÍ EL [MANDATO DE PAGO PAC/PAT PARA SEGUROS GENERALES](#).

DESCARGUE AQUÍ EL [MANDATO DE PAGO PAC/PAT PARA SEGUROS DE VIDA](#).

BOTÓN DE PAGO

INGRESE AQUÍ PARA EL PAGO EN LÍNEA CON [BOTÓN DE PAGO](#). SE PUEDE PAGAR CON:

- TARJETA DE CRÉDITO: MEDIANTE UN CONVENIO DE PAGO EN CUOTAS.
- TARJETA DE DÉBITO: MEDIANTE UN CONVENIO DE PAGO EN CUOTAS.
- CUENTA CORRIENTE DEL BANCO BCI, CHILE O SANTANDER: MEDIANTE UN CONVENIO DE PAGO EN CUOTAS.

UNA VEZ QUE EL CLIENTE HAYA REALIZADO EL PAGO A TRAVÉS DEL BOTÓN DE PAGO, RECIBIMOS DE FORMA AUTOMÁTICA SU COMPROBANTE DE PAGO.

CAJA

EN CAJA PUEDEN PAGAR CON:

- CHEQUE: LA TOTALIDAD DE LA PRIMA O MEDIANTE UN CONVENIO DE PAGO EN CUOTAS.
- VALE VISTA: LA TOTALIDAD DE LA PRIMA O MEDIANTE UN CONVENIO DE PAGO EN CUOTAS.
- TARJETA DE DÉBITO: LA TOTALIDAD DE LA PRIMA O MEDIANTE UN CONVENIO DE PAGO EN CUOTAS.
- TARJETA DE CRÉDITO: LA TOTALIDAD DE LA PRIMA O MEDIANTE UN CONVENIO DE PAGO EN CUOTAS.

LA CAJA ESTARÁ UBICADA EN MIRAFLORES 222, PISO 11, SANTIAGO. Y, EL HORARIO DE ATENCIÓN CONTINUADO ES DE LUNES A JUEVES DE 09:00 A 16:30. LOS DÍAS VIERNES DE 09:00 A 14:30.

BANCO BCI O SERVIPAG

ES POSIBLE PAGAR MEDIANTE UN CONVENIO DE PAGO EN CUOTAS Y PRESENTANDO LA CUPONERA CHUBB. LOS MEDIOS DE PAGO PERMITIDOS LOS ESTABLECE CADA INSTITUCIÓN.

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 ENTENDERÁ PRORROGADO PARA EL PRIMER DÍA HÁBIL INMEDIATAMENTE SIGUIENTE QUE NO SEA SÁBADO.

MIENTRAS LA 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 QUE 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.

CLAUSULAS ESPECIALES:

- SE INCLUYE ANEXO RELATIVO 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 NRO. 2.131 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 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 COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO, 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.CMFCHILE.CL.

ANEXO N°2
CIRCULAR N° 2106
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) 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 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 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 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 COMISION PARA EL MERCADO FINANCIERO, 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.
