

Santiago, 05 de Mayo 2017.

**COTIZACIÓN SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y ASISTENCIA
EN VIAJES SISTEMA DE PRE COMPRA DE DÍAS CHUBB EUROP
ASSISTANCE**

CORREDOR: Wienecke Corredores de Seguros Ltda.
CONTRATANTE: Administrador Financiero del Sistema de Salud de la Armada
RUT: 61.980.210-1

MATERIA ASEGURADA:

Asistencia Médica y Odontológica en Viaje para el personal de la Armada de Chile, beneficiario del sistema de Salud, destinado en comisión de servicio en el extranjero.

Detalle de Cobertura

PLAN A Muerte Accidental:	USD 300.000
PLAN B Incapacidad Total y Permanente (ITP):	USD 300.000
PLAN C Desmembramiento:	USD 300.000
Indemnización Adicional en caso de Muerte Accidental en transporte Público	USD 300.000

Prima Total: USD 15.000 exento de IVA

Número de días: 10.000

Límite de Indemnización: USD 3.000.000 por evento y agregado vigencia de póliza.

Detalle del Plan Asistencia

PRESTACIONES	COBERTURAS LÍMITES
Asistencia Médica por Accidentes, hasta	USD 250.000
Asistencia Médica por Enfermedad, hasta	USD 250.000
Asistencia Médica para Enfermedades preexistentes	USD 10.000
Extensión de cobertura por Hospitalización al termino de vigencia, hasta	USD 10.000
Gastos Odontológicos de urgencia, hasta	USD 10.000
Prótesis y órtesis, hasta	USD 5.000
Gastos por Medicamentos ambulatorios recetados, hasta	Sin Límite
Gastos por Medicamentos en caso de hospitalización recetados, hasta	Sin Límite
Gastos de Hotel por convalecencia	USD 500 por día- máx. USD 5.000
Traslado y Repatriación Sanitaria	USD 250.000
Repatriación de Restos Mortales	USD 250.000
Traslado de un Familiar en caso de Hospitalización	Incluido
Estadía de un Familiar en caso de Hospitalización, hasta	USD 500 por día- máx. USD 5.000
Localización de Equipaje Extraviado	Incluido
Reembolso de gastos por vuelo demorado por más de 6 horas, hasta	USD 5.000
REEMBOLSO por Demora de Equipaje por más de 24 horas, hasta	Incluido
Compensación por pérdida de equipaje complementaria a línea aérea	USD 4.000
Reembolso de Gastos por Cancelación de Viaje, hasta	USD 5.000
Interrupción de viaje (regreso anticipado), hasta	USD 5.000
Práctica de deportes	USD 100.000
Estado de Embarazo	USD 100.000
Anticipo de fondos por honorarios Legales, hasta	USD 10.000
Anticipo de fondos para Fianza, hasta	USD 15.000
Transferencia de Fondos en caso de Urgencia Justificada, hasta	USD 15.000
Transmisión de mensajes urgentes	Incluido
Asistencia en caso de Extravío de Documentos	Incluido
Acompañamiento de un menor	Incluido
Viaje de Ejecutivo en Reemplazo de Funciones	Incluido
Reintegro de gastos para reemplazo de notebooks robado o extraviado	USD 1.000
Servicio de Información 24 horas de viaje	Incluido
Ámbito de cobertura	Internacional
Máximo días por viaje	365 días
Límite de edad	Sin Límite

CONDICIONES GENERALES

El presente condicionado se compone de un Título preliminar sobre reglas aplicables, definiciones y enunciación de coberturas; un Título primero sobre descripción de coberturas específicas; y un Título segundo sobre reglas generales.

TÍTULO PRELIMINAR

Primero: Reglas aplicables

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

Segundo: Definiciones

Para los efectos del presente contrato, se entenderá por:

1. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del asegurado ocasionándole la muerte o provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y la asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.
2. **Beneficiario:** Persona designada por el asegurado para recibir los beneficios de la póliza en caso de siniestro.
3. **Certificado de cobertura o certificado definitivo:** documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo o flotante.
4. **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.
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 donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de lesiones causadas por accidentes; característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
7. **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.
8. **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.

9. **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.
10. **Invalidez Total y Permanente 2/3:** La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente y que ocasione un menoscabo irreversible de, al menos, 2/3 (dos tercios) de su capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980.
11. **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.
12. **Siniestro:** La ocurrencia del riesgo o evento dañoso contemplado en el contrato.

TÍTULO PRIMERO COBERTURA

Chubb de Chile Compañía de Seguros Generales S.A., en adelante Chubb de Chile, se obliga conforme a las modalidades estipuladas en el **POL 320160196** o y en las condiciones particulares de este seguro, a indemnizar al asegurado o a sus beneficiarios, las lesiones corporales, la incapacidad o la muerte que éste sufra a consecuencias de un accidente.

La cobertura contenida en este seguro, se sujeta a las condiciones y límites de cada plan específico contratado, y a los términos de las condiciones particulares.

Primero: Descripción de coberturas

La contratación del Plan A para muerte accidental, requiere el consentimiento escrito del asegurado, con indicación del monto asegurado y la persona del beneficiario, según lo establece el artículo 589 inciso 2º del Código de Comercio. Considerando el carácter consensual del seguro, el consentimiento del asegurado que se exige en este párrafo podrá constar en cualquier antecedente o medio de prueba en los términos del artículo 515 inciso 1º del citado Código.

1. Cobertura Plan A para muerte accidental

En virtud de esta cobertura, Chubb de Chile pagará a los beneficiarios el monto especificado en las condiciones particulares de este seguro, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a consecuencia de una lesión accidental ocurrida durante la vigencia de la póliza y que a consecuencia de la misma, el asegurado fallezca a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, Chubb de Chile deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en los Planes B y C.

Para la cobertura de muerte accidental el monto asegurado se encuentra limitado de acuerdo a los siguientes tramos de edad:

- Hasta los 75 años Se otorga el 100% del Monto asegurado
- 76-84 años Se reduce en un 50% el Monto asegurado

- 85 en adelante Se reduce en un 25% el Monto asegurado

2. Cobertura Plan B para invalidez total o permanente 2/3 por accidente

En el evento que el Asegurado resulte con una invalidez total y permanente de 2/3, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro, Chubb de Chile pagará el capital asegurado estipulado en las condiciones particulares de este seguro.

Para la cobertura de invalidez total y permanente de 2/3 por accidente el monto asegurado se encuentra limitado de acuerdo a los siguientes tramos de edad:

- Hasta los 69 años Se otorga el 100% del Monto asegurado
- 70-75 años Se reduce en un 50% el Monto asegurado
- 76-84 Se reduce en un 25% el Monto asegurado

En aquellos casos que la invalidez total y permanente 2/3, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza, se manifieste en forma progresiva o no, esta deberá ser establecida a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

3. Cobertura Plan C por desmembramiento

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los ciento ochenta (180) días contado desde su ocurrencia, Chubb de Chile indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado, en las condiciones particulares de este seguro:

100 %	En caso de pérdida total de la visión de ambos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;
50 %	Por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano, o de un pie, o por la sordera completa de ambos oídos, o por la pérdida del habla;
50 %	Por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
35 %	Por la pérdida total de la visión de un ojo;
25 %	Por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;
20 %	Por la pérdida total del pulgar de una mano;
15 %	Por la sordera total completa de un oído;
5 %	Por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;

3 % | Por la pérdida total de un dedo del pie.

La indemnización por la pérdida total de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por:

- a. Pérdida Total:** Se entiende por "pérdida total" referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.
- b. Pérdida Funcional Total:** Se entiende por "pérdida funcional total" la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.
- c. Miembro:** Se entiende por "miembro", cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

La pérdida funcional total de cualquier miembro, cuando sea permanente e irreversible, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de este seguro, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para este Plan C.

Segundo: Riesgos excluidos

Queda excluido de este seguro, los daños que tengan su origen en el fallecimiento o lesiones del asegurado, que se produzcan directa o indirectamente, total o parcialmente a consecuencia de:

1. Participación activa del asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma
2. La participación en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
3. Participación activa del asegurado en Guerra, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, operaciones militares para la obtención o mantención de la paz, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
4. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por quien pudiere verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada.
5. Suicidio o intento del mismo, auto mutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
6. Desempeñarse como deportista de alto rendimiento o profesional según lo establecido en el artículo 8º de la Ley del Deporte Nº 19.712 de enero de 2001 y en el DFL 1 de 1970, respectivamente.

7. Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
8. Ataques cardíacos, parálisis; ni los que ocurran estando el asegurado en estado de embriaguez, cuyo grado sea superior a 0.8 gramos de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente, o bajo la influencia de drogas, somníferos, alucinógenos o desinhibitorios, aun cuando ella sea parcial o en estado de sonambulismo
9. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
10. El uso, la liberación o el escape de los materiales nucleares que directa o indirectamente resulte en una reacción nuclear, radiación o contaminación radiactiva. Además, están excluidas las consecuencias de dispersión, utilización o escape de materiales biológicos y químicos patogénicos o venenosos. Sin embargo, lo mencionado anteriormente se aplica solamente si 50 o más personas resultan muertas o sufren lesión física seria, dentro del plazo de 90 días de la ocurrencia del incidente y que cause la muerte o lesión física seria. Para los propósitos de esta disposición, lesión física seria significa: (a) Lesión física que implica un riesgo substancial de la muerte; o (b) desfiguración física prolongada y obvia; o (c) pérdida prolongada o debilitación de la función de un miembro corporal u órgano.
11. Cirugía plástica o cosmética.
12. Infecciones bacterianas, siempre y cuando éstas no sean a consecuencia de una lesión accidental cubierta por este seguro.
13. Este seguro no otorga cobertura en aquellos casos en que el tomador, asegurado, beneficiario o afianzado, o sus empleados o personas relacionadas, tenga alguna relación o se encuentre incluido en actividades relacionadas directa o indirectamente con actividades terroristas, lavado de activos o de similar naturaleza, incluyendo, pero sin estar limitadas, a las listas o sanciones dispuestas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC, según sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los EEUU. Se excluyen de cobertura, expresamente, aquellos siniestros y toda y cualquier pérdida relacionada directa o indirectamente con operaciones, negocios, contratos o vínculos de cualquier naturaleza con países o personas incluidas en dichas listas, o cuyo pago deba ser efectuado a personas o países designados (Specially Designated Nationals List, SDN).

Tercero: Forma de indemnizar

La forma de indemnizar se ajustará a las normas contenidas en el presente condicionado y, a los términos pactados en los condicionados particulares de este Seguro. Todo según lo dispuesto en el artículo 563 del Código de Comercio.

La obligación de Chubb de Chile de indemnizar ocurrido el riesgo asegurado, será exigible una vez determinada la pérdida o concluido el proceso de liquidación de siniestros, regulado en los artículos 61 y siguientes del Decreto con Fuerza de Ley número 251 y en el Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros o las normas que los reemplacen.

Cuarto: Suma asegurada y límite de la indemnización

La suma asegurada constituye el límite máximo de la indemnización que se obliga a pagar el asegurador en caso de siniestro, y será determinada según las reglas contenidas en este condicionado y en las condiciones particulares de este seguro.

TÍTULO SEGUNDO: REGLAS GENERALES

Primero: Obligaciones del asegurado.

El Asegurado estará obligado a:

1. Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto.
2. Pagar la prima en la forma y época pactadas.
3. Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
4. Las demás obligaciones, deberes o cargas que contemple la Ley, este condicionado general, cláusulas adicionales y condiciones particulares.

Si el Contratante del seguro y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado.

Administrador Financiero del sistema de Salud de la Armada, declara que cumplió con el requisito de obtener el consentimiento escrito del asegurado, a quien le fue indicado el monto asegurado, y la persona del beneficiario de este seguro, cumpliéndose de este manera lo prescrito en el artículo 589 inciso segundo del Código de Comercio.

Este punto, se cumple con la emisión del certificado de cobertura que se emite al momento del viaje del asegurado.

Segundo: Deber de comunicar la agravación del riesgo

El asegurado, o contratante en su caso, deberá informar a Chubb de Chile los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado, y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los cinco días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador, todo en los términos de los artículos 524 número 5 y 526 del Código de Comercio.

Se presume que el asegurado conoce las agravaciones de riesgo que provienen de hechos ocurridos con su directa participación.

Si el siniestro no se ha producido, el asegurador, dentro del plazo de treinta días a contar del momento en que hubiere tomado conocimiento de la agravación de los riesgos, deberá comunicar al asegurado su decisión de dejar sin efecto el contrato o proponer una modificación, a los términos del mismo para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura de la póliza. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días, contados desde la fecha de envío de la misma, este último podrá dar por rescindido el contrato, quedando sin efecto. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido sin que el asegurado, o el contratante en su caso, hubieren efectuado la declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el inciso primero, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización respecto de las coberturas del seguro afectadas por el agravamiento. No obstante, en caso que la agravación del riesgo hubiera conducido al asegurador a celebrar el contrato en condiciones más onerosas para el asegurado, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, por la naturaleza de los riesgos, hubiere debido conocerlos y los hubiere aceptado expresa o tácitamente.

Salvo en caso de agravación dolosa de los riesgos, en todas las situaciones en que, de acuerdo a los incisos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al asegurado la proporción de prima correspondiente al período en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la terminación del contrato, la que se producirá dentro de los plazos indicados en el artículo 526 inciso segundo del Código de Comercio, esto es, a la expiración del plazo de treinta días contados desde el envío de la respectiva comunicación de termino del seguro.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la opción de cambio de condiciones de cobertura o adecuación de la prima.

Tercero: Declaración del riesgo asegurado

El presente contrato fue celebrado en consideración a las declaraciones completadas por el asegurado, contratante o tomador, en el cuestionario sobre el riesgo asegurado, y en los términos de los artículos 524 número 1º y 525 del Código de Comercio.

El incumplimiento culposo o inexcusable del deber de responder del asegurado, contratante o tomador, dejará sin efecto del contrato en los términos del artículo 525 del Código de Comercio. En el caso de dolo o mala fe en la declaración o respuestas al cuestionario sobre el riesgo asegurado procederá la sanción prevista en el artículo 539 del referido Código.

No obstante lo señalado, en el caso de incumplir el asegurado, contratante o tomador el deber de responder el cuestionario sin culpa en los términos de los artículos 524 número 1º y 525 del Código de Comercio, podrá el asegurador proponer una mantención del contrato mediante una adaptación de la prima o de las condiciones de cobertura inicialmente pactadas. Sí ha ocurrido el siniestro, el asegurado, contratante o tomador, tendrá derecho a una rebaja de la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo, según lo dispuesto en el inciso 4º del artículo 525 del Código de Comercio.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la terminación del contrato, la que se producirá dentro de los plazos indicados en el artículo 525 inciso tercero del Código de Comercio, esto es, a la expiración del plazo de treinta días contados desde el envío de la respectiva comunicación de termino del seguro, salvo para el caso de la sanción de nulidad prevista en el artículo 539 del Código de Comercio, que requiere declaración judicial.

Para los efectos de la presente cláusula, el asegurador deberá comunicar al asegurado la opción de cambio de condiciones de cobertura o adecuación de la prima.

Cuarto: Terminación por no pago de prima

La falta o simple retardo en el pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la

fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato, según lo dispone el artículo 528 del Código de Comercio.

No terminará el contrato, si dentro del plazo indicado, el asegurado entera o paga el saldo insoluto de la prima.

Producida la terminación del contrato, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Quinto: Deberes del asegurado en caso de siniestro

En el caso de siniestro, el asegurado, contratante o tomador, según los casos, debe:

- a. Notificar al asegurador, dentro del plazo de 180 días o dentro del plazo de 180 días o tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, esto es, un hecho dañoso contemplado y cubierto en esta póliza.
- b. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Sexto: Terminación anticipada

El asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato, en los términos dispuestos en el artículo 537 del Código de Comercio. La compañía deberá expresar en la respectiva comunicación enviada al asegurado, contratante o tomador, según el caso, las causas que motiven o justifican el término del seguro.

Además de las causales legales de término anticipado, y sólo a modo ejemplar, y sin que la siguiente enunciación sea considerada como taxativa o excluyente de otras causales, la Compañía podrá poner término anticipado a este seguro en razón de cambios en las políticas de suscripción de la compañía respecto del riesgo cubierto.

La terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación al asegurado, contratante o tomador.

El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador.

Producida la terminación del contrato, la prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, y el asegurador deberá poner el importe de prima no devengada, a disposición del quien corresponda, de inmediato.

No se procederá a la restitución de prima, en caso de haber ocurrido un siniestro de pérdida total, según lo dispone el inciso final del artículo 537 del Código de Comercio.

Séptimo: Comunicaciones entre las partes

Las comunicaciones del asegurador al contratante, tomador, asegurado o beneficiario, podrán enviarse por medios electrónicos o tecnológicos, garantizando su recepción y la posibilidad de almacenamiento o impresión.

Para los efectos señalados en el párrafo anterior el contratante, tomador, asegurado o beneficiario deberá informar a la compañía de seguros sobre su dirección de correo electrónico. A su falta, el asegurador deberá comunicar por escrito, mediante carta enviada al domicilio del contratante, tomador, asegurado o beneficiario.

El asegurado debe comunicar al asegurador de cualquier modificación de su dirección de correo electrónico o domicilio convencional informado al contratar este seguro.

Las comunicaciones que envíe el contratante, tomador, asegurado o beneficiario deberán ser por escrito, y remitidas al domicilio del asegurador indicado en la póliza.

Octavo: Reglas sobre el beneficiario

1. Designación de o los beneficiarios

La designación del beneficiario podrá hacerse en los condicionados particulares de este seguro, en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en testamento.

Si al momento de la muerte real o presunta del asegurado no hubiere beneficiarios ni reglas para su determinación, se tendrá por tales a sus herederos.

Los beneficiarios que sean herederos conservarán dicha condición aunque repudien la herencia.

La misma disposición se aplicará cuando el asegurado y el beneficiario único mueran simultáneamente, o se ignore cuál de ellos ha muerto primero.

La designación del cónyuge como beneficiario se entenderá hecha al que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado.

2. Revocación del o los beneficiarios

El contratante o tomador de este seguro puede revocar la designación de beneficiario en cualquier momento, a menos que haya renunciado a esta facultad por escrito. En este último caso, para cambiar al beneficiario designado deberá obtener su consentimiento.

3. Pluralidad de Beneficiarios

Si la designación se hace en favor de varios beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales. Cuando se haga en favor de los herederos, la distribución tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario. La parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a los demás.

Noveno: Subrogación

Por el pago de la indemnización, el asegurador se subroga de pleno derecho en los derechos y acciones que el asegurado tenga en contra de terceros en razón del siniestro, según los términos previstos en este condicionado y en el artículo 534 del Código de Comercio.

Décimo: Derecho de retracto

Para los casos de contratación a distancia, el contratante o asegurado tendrá la facultad de retractarse dentro del plazo de diez días, contado desde que reciba la póliza, sin expresión de causa ni cargo alguno, teniendo el derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado, en los términos dispuestos en el artículo 538 del Código de Comercio. No obstante, este derecho no podrá ser ejercido si se hubiere verificado un siniestro o si el plazo de vigencia del contrato es inferior a los diez días contemplados para el desistimiento del seguro.

Décimo primero: Reajuste de valores

El capital asegurado y el monto de la prima se expresarán en moneda extranjera, en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las condiciones particulares de este seguro.

El valor de la Unidad de Fomento o de la unidad reajutable señalada en las condiciones particulares, que se considerará para el pago de prima y beneficios, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

Décimo segundo: Exoneración del asegurador de su obligación de indemnizar

Salvo los casos expresamente regulados en este condicionado, cualquier incumplimiento del asegurado, contratante o tomador del seguro de las obligaciones, cargas o deberes contenidas en este contrato, provocará la exoneración de la Compañía de la obligación de indemnizar de en el caso de ocurrencia de un siniestro. No obstante, la Compañía podrá además, poner término anticipado al contrato según lo establecido en los artículo 537 y 539 del Código de Comercio.

Décimo tercero: Efectos de la pluralidad de seguros

Si al momento de producirse un siniestro que cause pérdidas o daños en los bienes asegurados por la presente póliza y existieren otro u otros seguros sobre la misma materia, interés y riesgo, el asegurado podrá reclamar a cualquiera de los aseguradores el pago del siniestro, según el respectivo contrato, y a cualquiera de los demás, el saldo no cubierto. El conjunto de las indemnizaciones recibidas por el asegurado, no podrá exceder el valor del objeto asegurado.

Décimo cuarto: Solución de controversias

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria, en los términos establecidos en el artículo 543 del Código de Comercio.

No serán aplicables al contrato de seguro las reglas sobre solución de controversias contenidas en la Ley 19.496.

Décimo quinto: Domicilio

Para los efectos del contrato de seguro, las partes fijan como domicilio Santiago

TÍTULO TERCERO: BENEFICIO DE ASISTENCIA EN VIAJE

Para activar los servicios de asistencia comuníquese desde cualquier lugar del mundo, por cobro revertido al número:

 **(56 2) 2583 6789**

También puede solicitar asistencia vía e-mail a la dirección:

asistencias@europ-assistance.cl

NOTA: No se efectúan reintegros de gastos si usted no contacta en viaje a la central de asistencia, ya sea vía telefónica o vía e-mail.

Europ Assistance brindará a los beneficiarios de Asistencia en Viaje, los servicios de asistencia basados en las prestaciones asistenciales que se indican en las presentes Condiciones Generales de contratación y que se refieren a una o varias contingencias que puedan sufrir durante un viaje sus personas y/o equipajes.

Las presentes Condiciones Generales regulan los términos y condiciones de los servicios de asistencia en viaje que ha contratado el beneficiario con Europ Assistance S.A. entendiéndose por conocidas y aceptadas en su totalidad por el pasajero a partir de la contratación y efectivo pago de los servicios de asistencia en viaje.

Obligaciones Europ Assistance

Europ Assistance asume las siguientes responsabilidades y obligaciones:

1. Mantener en operación permanente su servicio de atención telefónica y de recepción de solicitudes de asistencias. Este servicio debe operar las 24 horas del día, todos los días del año, incluidos los días sábados, domingos y festivos.
2. Brindar los servicios a los beneficiarios en forma directa o a través de terceros bajo su propia responsabilidad, únicamente los servicios de asistencia contratados.
3. En forma excepcional, y siempre que hubiere sido autorizado previamente por Europ Assistance, se reembolsarán a los beneficiarios los gastos o beneficios contemplados en los planes contratados.
4. Brindar a los beneficiarios una rápida y apropiada atención de los servicios de asistencia que requieran en virtud de los planes contratados.
5. Europ Assistance, en orden a facilitar la atención de los beneficiarios de los servicios de asistencia en viajes, pondrá a disposición de sus clientes, una línea de atención telefónica exclusiva con la siguiente numeración:

Personas beneficiarias de los servicios

Se entenderá como beneficiario a toda persona que haya contratado alguno de los planes de asistencia en viaje que sean debidamente informados a Europ Assistance S.A. de acuerdo a las especificaciones que en estas condiciones generales se indican, antes de la fecha de inicio del viaje hacia el extranjero.

En todo caso, sólo tendrán derecho a recibir asistencia las personas que contratan este servicio antes que comiencen su viaje, estando en viaje ninguna persona puede contratar asistencia y la empresa no puede prestar estos servicios.

Cada vez que en estas condiciones generales se use la expresión "beneficiario", se entiende que ella incluye a todas las personas mencionadas en este artículo y que hayan adquirido y pagado previamente alguno de los planes detallados al final de estas condiciones generales.

Obligaciones del beneficiario

El beneficiario estará obligado en todos los casos y para todos los servicios que le serán brindados por Europ Assistance a:

1. Obtener la autorización expresa de Europ Assistance a través de la central operativa en Chile, operativa las 24 horas, los 365 días del año, antes de comprometer cualquier gasto o realizar acciones por iniciativa propia.
2. Si el beneficiario no pudiera comunicarse con la central operativa en Chile y le fuera imposible por un motivo justificado pedir la autorización previa de gastos a Europ Assistance, el beneficiario podrá acudir al servicio médico de urgencia más próximo al lugar donde se encuentre. En estas situaciones el beneficiario tendrá un plazo máximo de 48 horas desde cesada la imposibilidad de comunicación, para informar a Europ Assistance todos los antecedentes de la asistencia médica recibida, en cuyo caso deberá proporcionar toda la información médica de respaldo y todos los comprobantes originales (boletas, recetas, diagnósticos, certificados, historia médica anterior, etc.). No se realizará ningún reintegro de gastos devengados en situación de emergencia, si no se dio estricto cumplimiento al procedimiento indicado en la presente cláusula.
3. El beneficiario deberá siempre aceptar las recomendaciones y soluciones indicadas por Europ Assistance.
4. El beneficiario deberá siempre autorizar, ya sea de palabra o por cualquier medio escrito a los médicos o instituciones médicas intervinientes, a proporcionar a Europ Assistance o a cualquiera de sus corresponsales acreditados, la Historia Clínica así como toda la información necesaria para garantizar el pago de los eventuales tratamientos y/o gastos por hospitalización, así como también auditar y evaluar todos los elementos relativos a los mismos.
5. El beneficiario deberá entregar toda la documentación y comprobantes originales que le permitan a Europ Assistance establecer con claridad la procedencia de los gastos generados, además de todos los documentos originales de los eventuales gastos a reintegrar por la compañía. Europ Assistance podrá a su vez solicitar información médica (Historial Clínico, ficha médica, otros) del beneficiario previa al viaje para acreditar antecedentes médicos en casos de eventuales preexistencias médicas.
6. El beneficiario deberá entregar a Europ Assistance todos sus pasajes, en los casos asistenciales en que Europ Assistance cubra los gastos por las diferencias de valores asumidas sobre él o los pasajes originales. Europ Assistance se hará cargo solamente por la mayor diferencia si esta se produce.

Europ Assistance asumirá sus obligaciones sólo cuando los accidentes y/o enfermedades tengan carácter de repentinas y cuando las enfermedades de toda índole sean contraídas súbitamente con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de los servicios contratados o a la fecha de inicio del viaje.

Quedan expresamente excluidas todas las enfermedades y/o dolencias preexistentes, crónicas o no, conocidas o desconocidas por el beneficiario, así como todas sus consecuencias y agravamientos.

En casos de enfermedades preexistentes a la fecha de inicio del viaje, Europ Assistance sólo reconocerá, si a su juicio correspondiese, los gastos asociados a la primera consulta clínica de urgencia, a través de la cual se determine médicamente el diagnóstico de una patología de inicio previo a la fecha de comienzo del viaje.

Vigencia y ámbito territorial de las prestaciones asistenciales

El derecho a los servicios contemplados en estas condiciones generales se refiere a contingencias que ocurran sólo en el Extranjero a través de la contratación de los planes de asistencia en viajes.

El ámbito territorial de los servicios será el siguiente:

Los referidos a las personas beneficiarias y sus equipajes se extienden a todo el mundo (exceptuando el país de residencia habitual del beneficiario), cualquiera que sea el medio de transporte utilizado, siempre que la permanencia del beneficiario fuera de su residencia habitual con motivo del viaje no sea superior a los días contratados en cada uno de los distintos planes.

Nota aclaratoria ámbito territorial

- 1) Para la prestación de "indemnización por pérdida de equipaje", el ámbito territorial de cobertura se extenderá al país de residencia habitual del beneficiario, en el caso de que la pérdida del equipaje se produzca en vuelo de regreso a su país de residencia a través de línea aérea regular y de acuerdo al plan contratado.
- 2) Para la prestación de "repatriación sanitaria", el ámbito territorial de cobertura se extenderá al país de residencia habitual del beneficiario, cubriendo exclusivamente el traslado en el medio de transporte médicamente adecuado, desde el aeropuerto internacional, hasta el centro asistencial en el cual el beneficiario continuará con su tratamiento médico.
Europ Assistance no asumirá ningún otro tipo de gasto en el país de residencia habitual del beneficiario, a excepción de los detallados precedentemente.
- 3) La vigencia de los servicios será la siguiente:
La vigencia de los servicios comenzará a partir de la fecha consignada como fecha de salida del país de origen del beneficiario y entendiéndose como inicio del viaje su paso por el respectivo control de policía internacional; extendiéndose hasta la fecha de regreso a su país de residencia habitual previamente estipulada como tal. Para todos los casos Europ Assistance reconocerá como válida únicamente la vigencia que corresponda a la tarifa establecida a la fecha de emisión.

La finalización de la vigencia implicará automáticamente el cese de los servicios incluyendo aquellos casos iniciados y en curso al momento del fin de vigencia, salvo excepciones especificadas en las presentes condiciones generales referidas a la prestación extensión de vigencia en caso de hospitalización del beneficiario, a través de la cual se ampliará la vigencia del servicio ilimitadamente, acotado exclusivamente al monto expresado como límite económico que indique cada plan. Cuando un beneficiario anticipe por cualquier circunstancia el término de su viaje y por consiguiente el regreso al país, todos los servicios contemplados dejan de tener validez a partir del ingreso al territorio nacional. En estos casos el beneficiario no podrá solicitar reembolso alguno por el período que dejó de tener la cobertura asistencial.

Servicios a las personas

Definiciones y Generalidades de los servicios de asistencia indicados en las presentes condiciones generales:

Viaje: Salida del beneficiario al exterior desde el país de residencia y de emisión de la tarjeta de asistencia y el posterior regreso al mismo.

Accidente: Evento generativo de un daño corporal que pueda ser determinado por los médicos de una manera cierta, que sufre el beneficiario, causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, externos, violentos y visibles, así como que la lesión o dolencia resultante se provocó directamente por tales agentes e independientemente de cualquier otra causa.

Beneficiario: persona que ha contratado a través de cualquiera de sus plataformas de venta (presencial, on-line, telefónica, agencias, etc.) los planes de asistencia en viajes Europ Assistance y cuyos datos hayan sido debidamente informados a Europ Assistance con anterioridad a la fecha de inicio del viaje.

Enfermedad Preexistente: Para todos los efectos de los servicios brindados por Europ Assistance, se entenderá como enfermedad o condición preexistente aquellas que afecten al beneficiario con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la cobertura de asistencia en viaje, así como también aquellas que se manifiesten con posterioridad a la fecha de inicio del viaje, pero que para su desarrollo hayan requerido un período de incubación, formación o evolución dentro del cuerpo del beneficiario, que haya comenzado antes de la fecha de inicio de vigencia o inicio del viaje, sean estas conocidas o no por el beneficiario. Europ Assistance, no asumirá ni tomará a cargo gastos médicos derivados de enfermedades agudas o accidentes que tengan una complicación médica a causa de que el beneficiario tenga alguna enfermedad de base preexistente al inicio del viaje y que estas enfermedades preexistentes provoquen el agravamiento o complicación de la enfermedad aguda o accidente

Hecho generador: se entenderá como el acontecimiento súbito, accidente, enfermedad no preexistente, pérdida de equipaje, u otro, que dé origen a un requerimiento de asistencia de alguna de las prestaciones detalladas en las presentes condiciones generales.

Residencia habitual: se considera el domicilio comercial o residencial informado al momento de contratar la asistencia.

Territorialidad del servicio: La cobertura de asistencia en viaje contempla cualquier hecho generador que propicie la aplicación de alguna o varias de las prestaciones indicadas en cada uno de los productos, siempre y cuando estos ocurran en un país distinto al de residencia habitual del beneficiario. Se entenderá entonces que todos los planes de asistencia en viaje internacional aplicarán en todo el mundo exceptuando en Chile.

Límite de edad para el servicio de asistencia en viajes

El plan de Asistencia en Viajes de Europ Assistance no tiene límite de edad de ingreso y permanencia.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR SERVICIOS

Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a alguno de los servicios y/o prestaciones referidas en las Prestaciones Asistenciales Generales y particulares detalladas en estas condiciones generales, el beneficiario deberá comunicarse telefónicamente con la central de asistencias de Europ Assistance en Chile.

Para solicitar la asistencia correspondiente, comunicándose desde cualquier lugar del mundo al **(56 2) 2583 6789**, indicando sus datos personales, nombre, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa. Europ Assistance reintegrará el importe de las llamadas realizadas a los números telefónicos de la central operativa, contra la presentación de los comprobantes originales de gastos. Europ Assistance por razones de calidad y seguridad de sus servicios podrá grabar las conversaciones telefónicas. En el caso que un beneficiario solicite que dicha comunicación no sea grabada, esta solicitud será aceptada y registrada. Estas grabaciones podrán ser utilizadas como medio de prueba ante eventuales diferencias entre las partes.

Si el beneficiario no puede comunicarse con la central operativa de manera telefónica, tendrá la posibilidad de contactarse vía correo electrónico e-mail, escribiendo a la dirección asistencia@europ-assistance.cl solicitando los servicios e idealmente indicando un número de contacto para que los coordinadores de asistencia de Europ Assistance puedan llamarlo de vuelta.

Si el beneficiario de los servicios no da aviso a la central de asistencia de Europ Assistance, no procederá pago por los servicios que este solicite de manera directa, sin el consentimiento y aprobación de Europ Assistance.

PRESTACIONES ASISTENCIALES GENERALES APLICABLES A TODOS LOS PLANES DE ASISTENCIA EN VIAJES DE EUROP ASSISTANCE

1. Asistencia médica por enfermedad

En caso de urgencia por lesión o enfermedad del beneficiario en el extranjero, que requiera atención médica, Europ Assistance sufragará los gastos generales de honorarios médicos, productos farmacéuticos prescritos por el facultativo que lo atienda, gastos de hospitalización y gastos por las intervenciones quirúrgicas.

El límite máximo de esta prestación para los beneficiarios en caso de accidente será el indicado en cada plan.

2. Asistencia médica por accidentes

En caso de urgencia por lesión o enfermedad del beneficiario en el extranjero, que requiera atención médica, Europ Assistance sufragará los gastos generales de honorarios médicos, productos farmacéuticos

prescritos por el facultativo que lo atienda, gastos de hospitalización y gastos por las intervenciones quirúrgicas.

El límite máximo de esta prestación para los beneficiarios en caso de accidente será el indicado en cada plan.

3. Asistencia médica en caso de enfermedad preexistente

En casos de enfermedades preexistentes a la fecha de inicio del viaje, Europ Assistance sólo reconocerá, si a su juicio correspondiese, los gastos asociados a la primera consulta clínica de urgencia, a través de la cual se determine médicamente el diagnóstico de una patología de inicio previo a la fecha de comienzo del viaje.

El límite máximo de esta prestación para los beneficiarios en caso de enfermedad será el indicado en cada plan.

4. Extensión de Cobertura por Hospitalización al término de vigencia

En aquellos casos de asistencia médica por accidente o enfermedad, en que médicamente sea requerida al beneficiario la permanencia en el lugar de hospitalización y el departamento médico de Europ Assistance lo autorice, se garantizarán los gastos por concepto de "Asistencia Médica", desde la fecha de término de vigencia previamente definida, hasta el límite máximo de cobertura indicado en cada plan.

Importante: Todos y cada uno de los gastos generados por este concepto, deberán ser previamente autorizados por el departamento médico de Europ Assistance.

5. Gastos odontológicos de urgencia

En caso de emergencia odontológica por enfermedad o accidente se brindará el primer tratamiento en el extranjero el cual deberá comenzar a más tardar dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a ocurrida esta emergencia o en el momento en que se presentó por primera vez el dolor agudo y repentino a consecuencia de traumatismo o enfermedad de carácter súbito ocurridas o contraídas durante el viaje, en dientes naturales permanentes.

Los servicios correspondientes a la cobertura odontológica, tendrán los siguientes toques máximos garantizados:

- a) En caso de accidentes el límite máximo de gastos será el indicado en cada plan.
- b) En caso de enfermedad de carácter súbito el límite de gastos será el indicado en cada plan.

NO es objeto de servicio en todos los planes:

- a) Todo tratamiento rutinario y/o médicamente innecesario.
- b) Tratamientos rejuvenecedores, o estéticos, gastos en compras de prótesis.

6. Gastos por medicamentos recetados

En caso de urgencia por lesión o enfermedad del beneficiario en el extranjero, que no requiera de hospitalización, Europ Assistance cubrirá los gastos que requiera el beneficiario por medicamentos

prescritos en receta médica, por el médico que lo haya asistido y hasta el límite máximo definido en cada plan por todos los anteriores conceptos y por viaje.

7. Gastos de hotel por convalecencia en caso de accidente o enfermedad

Europ Assistance satisfará los gastos de hotel del beneficiario cuando por accidente o enfermedad y por prescripción médica dispuesta por el facultativo que lo atiende y con el pleno acuerdo del departamento médico de Europ Assistance, precise prolongar la estancia en el extranjero para su asistencia sanitaria. Dichos gastos no podrán exceder el límite máximo definido en cada plan por todos los anteriores conceptos y por viaje.

8. Traslado Sanitario

En caso que un beneficiario sufra un accidente o enfermedad, Europ Assistance financiará los gastos de traslado del beneficiario dentro del país donde éste se encuentre, en ambulancia o en el medio que considere más idóneo el facultativo que lo atiende, hasta el Centro Hospitalario más adecuado en acuerdo pleno con el departamento médico de Europ Assistance.

El equipo médico de Europ Assistance mantendrá los contactos necesarios con el Centro Hospitalario o facultativo que atienda al beneficiario para supervisar que el transporte sea el adecuado.

9. Repatriación Sanitaria

En caso que un beneficiario sufra un accidente grave y cuando Europ Assistance lo estime médicamente necesario evaluando todas las condiciones médicas y posibilidades de transporte, financiará los gastos de repatriación sanitaria al país de origen, en ambulancia o en el medio que considere más idóneo el facultativo que lo atiende en acuerdo expreso con el departamento médico de Europ Assistance, hasta el Centro Hospitalario más adecuado para el tratamiento médico definitivo.

El equipo médico de Europ Assistance mantendrá los contactos necesarios con el Centro Hospitalario o facultativo que atienda al beneficiario para supervisar que la repatriación sea la adecuada. Si el beneficiario repatriado viajara sólo con un hijo menor de 15 años, también beneficiario contratante de uno de los planes de asistencia detallados al final de estas condiciones generales y no tuviera quien le acompañase, Europ Assistance proporcionará la persona adecuada para que le atienda durante el viaje hasta su domicilio, siempre y cuando dicha prestación se encuentre amparada en el plan contratado por el beneficiario.

10. Repatriación de restos mortales

En caso de fallecimiento de un beneficiario durante el viaje en el extranjero, Europ Assistance efectuará los trámites necesarios para el transporte y repatriación del cadáver y asumirá los gastos de traslado hasta el lugar de ingreso del país de residencia. Europ Assistance no asumirá ningún tipo de gasto funerario en el país de residencia habitual del beneficiario, como féretro definitivo, su respectivo traslado y gastos de inhumación.

11. Traslado de un familiar en caso de hospitalización

En caso de que la hospitalización del beneficiario en el extranjero fuese superior a 5 días y este se encontrase solo, Europ Assistance cubrirá los gastos para el envío de un familiar en las siguientes condiciones:

El costo del viaje de ida y vuelta al lugar de hospitalización de acuerdo a la disponibilidad de los vuelos regulares y siempre en clase "económica" o "turista".

12. Estadía de un familiar en caso de hospitalización

En caso de que la hospitalización del beneficiario en el extranjero fuese superior a 5 días y este se encontrase solo, Europ Assistance cubrirá los gastos para el envío de un familiar en las siguientes condiciones:

Los gastos de alojamiento con un límite máximo por día definido en cada plan.

13. Localización y envío de equipaje extraviado

Europ Assistance asistirá con todos los medios a su alcance para localizar y enviar equipajes extraviados, a través de consultas y seguimientos con las respectivas líneas aéreas involucradas, sin que esto involucre alguna responsabilidad para Europ Assistance, salvo las que correspondan según las cláusulas 14 y 15 del presente condicionado general.

14. Compensación por demora de equipaje en vuelo regular por más de 24 horas

En caso que el equipaje del beneficiario se extraviara completamente durante un viaje en vuelo regular internacional y no fuera recuperado en su totalidad dentro de las 24 horas siguientes a la llegada al destino, Europ Assistance reembolsará los gastos que el beneficiario se haya visto obligado a realizar por dicho inconveniente, hasta el límite máximo definido en cada plan al final de estas condiciones generales a fin que se provea de los elementos de uso personal que el beneficiario necesitara.

Para que aplique esta prestación, el equipaje deberá corresponder a equipaje transportado por la aerolínea en la bodega del mismo vuelo en que viajó el beneficiario y registrado por ésta con su respectivo número de ticket y en ningún caso se aplicará esta prestación a equipaje de mano no registrado por la línea aérea.

Requisitos para la procedencia de esta compensación:

- 1) Notificar a Europ Assistance del extravío del equipaje completo en un plazo no superior a 24 horas desde el momento de la emisión del formulario de denuncia ante la línea aérea P.I.R. (Property Irregularity Report). Para la validez del mismo, el beneficiario deberá encontrarse en el exterior del país.
- 2) El beneficiario deberá presentar a Europ Assistance la siguiente documentación: original de la denuncia a la línea aérea formulario P.I.R. (Property Irregularity Report) y comprobantes originales de los gastos efectuados por la compra de artículos de primera necesidad hasta el monto de la compensación solicitada. Estos comprobantes deben corresponder a compras o gastos efectuados por el beneficiario en el lugar donde se extravió el equipaje y entre la fecha de extravío del equipaje y la de la solicitud de compensación. Estas compensaciones están supeditadas a la presentación y verificación de la documentación arriba mencionada.

Esta compensación es por persona y no por bulto extraviado. Si dos o más personas, beneficiarias de los servicios de asistencia, comparten el mismo bulto extraviado, se prorratará entre las mismas esta compensación.

Exclusión particular para esta prestación: Si el bulto es extraviado en el vuelo de regreso al país de origen, no se otorgará compensación alguna por concepto de demora de equipaje.

El beneficiario tendrá derecho a una sola compensación por demora o por pérdida de equipajes en cada viaje, sin importar la cantidad de demoras o pérdidas que pudieran ocurrir durante el mismo.

15. Compensación por pérdida de equipaje complementaria a la línea aérea

Si al arribo de un vuelo internacional la línea aérea no entrega uno o más bultos del equipaje debidamente registrado, y dicho bulto no hubiera podido ser encontrado por nuestro servicio de localización. Europ Assistance, pagará al beneficiario una compensación complementaria a la abonada por la Línea Aérea (al monto máximo por kilo detallado en cada plan al final de estas condiciones generales se debe descontar el monto pagado previamente por la Línea Aérea), el cual no podrá exceder el monto máximo de cada plan.

En estos casos Europ Assistance al monto calculado anteriormente le descontará el monto pagado por la demora de equipaje detallado en la prestación anterior de acuerdo al plan contratado.

En caso que la línea aérea involucrada, no efectúe el pago indemnizatorio por pérdida de equipaje considerando el peso del mismo, sino que realice un cálculo en base a otro criterio de evaluación, Europ Assistance aplicará un pago compensatorio en base a la diferencia de lo efectivamente pagado por la línea aérea y el monto máximo garantizado para esta prestación en el producto que el beneficiario contrató.

Requisitos para la procedencia de esta compensación:

- 1) Notificar a Europ Assistance del extravío del equipaje en un plazo no superior a 24 horas desde el momento de la emisión del formulario de denuncia ante la línea aérea P.I.R. (Property Irregularity Report)
- 2) El beneficiario deberá presentar a Europ Assistance la siguiente documentación: pasajes, original de la denuncia a la línea aérea formulario P.I.R. (Property Irregularity Report)
Esta compensación es por persona y no por bulto extraviado. Si dos o más personas, beneficiarias de los certificados de asistencia, comparten el mismo bulto extraviado, se prorrateará entre las mismas esta compensación.

Para que aplique esta prestación, el equipaje deberá corresponder a equipaje transportado por la aerolínea en la bodega del mismo vuelo en que viajó el beneficiario y registrado por ésta con su respectivo número de ticket y en ningún caso se aplicará esta prestación a equipaje de mano no registrado por la línea aérea.

Europ Assistance sólo aplicará esta prestación en los casos en que el equipaje haya sido extraviado en su totalidad (bulto completo) y no responderá por artículos faltantes y/o daños parciales o totales al contenido del equipaje, maletas, bultos, etc.

Esta compensación sólo aplicará previa acreditación del beneficiario de que la línea aérea responsable de la pérdida de su equipaje ya lo indemnizó, presentando todos los documentos que certifiquen dicho pago así como también los documentos originales de denuncia P.I.R. emitidos a nombre del titular contratante de alguno de los servicios o planes de asistencia en viajes.

El beneficiario tendrá derecho a una sola compensación por pérdida de equipajes en cada viaje, sin importar la cantidad de pérdidas que pudieran ocurrir durante el mismo.

16. Reembolso de gastos por cancelación de viaje

Europ Assistance reembolsará al beneficiario, hasta el límite máximo definido en cada plan al final de estas condiciones generales por todos los siguientes conceptos y por viaje, los gastos no devueltos por concepto de hospedaje en el hotel y/o de los cargos por cancelación de la utilización de un transporte público autorizado, en caso de que el beneficiario se vea impedido de iniciar el viaje debido a las siguientes circunstancias:

- a) Fallecimiento, del titular, cónyuge, ascendientes o descendientes en primer grado de parentesco del beneficiario. Este fallecimiento deberán presentarse antes del inicio del viaje y se deberá presentar el correspondiente certificado de defunción y/o cualquier otra documentación que Europ Assistance considere necesaria
- b) Accidente o enfermedad súbita no preexistente, que amerite al menos un día de hospitalización por prescripción médica del titular, cónyuge, ascendientes o descendientes en primer grado de parentesco del beneficiario. Estas circunstancias deberán presentarse antes del inicio del viaje y los antecedentes serán evaluados y certificados por el departamento médico de Europ Assistance, pudiendo para ello solicitar todos los antecedentes médicos que le permitan evaluar y calificar la enfermedad o accidente sufrida, tales como historia clínica del paciente, certificados médicos, exámenes, informes clínicos y cualquier otra documentación que considere necesaria.
- c) Asunto grave que afecte el domicilio del beneficiario y haga indispensable su presencia. Estas circunstancias deberán presentarse antes del inicio del viaje y los antecedentes serán evaluados y certificados por Europ Assistance. Como asunto grave que afecte el domicilio del beneficiario se considera: Daños graves ocasionados por incendio, explosión, robo o daños causados por la fuerza de la naturaleza que fuerce imperativamente la presencia del beneficiario en su domicilio.

Para que las causales detalladas en la presente prestación, letras "a", "b" o "c", tengan validez y procedan los correspondientes reintegros, los hechos descritos deben ocurrir en un plazo de hasta 21 días antes de la fecha previamente programada como de inicio el viaje. Si el hecho generador es anterior a los 21 días, no corresponderá reintegro.

Este reembolso se realizará siempre y cuando el beneficiario haya reservado y pagado estos costos antes que ocurriera el fallecimiento, accidente, enfermedad grave o asunto grave.

Para la presentación de solicitud de reintegro de gastos por cancelación de viaje, el beneficiario tendrá que presentar a Europ Assistance toda la documentación de respaldo del pago de su viaje y las correspondientes cartas originales de las empresas involucradas (líneas aéreas, trenes, cruceros u otros medios de transporte público, hoteles, etc.) confirmativas de los montos devueltos al beneficiario por la no realización del viaje. En caso de que de parte de alguna de las empresas señaladas e involucradas no exista devolución alguna, Europ Assistance exigirá a su vez una carta formal de dicha empresa en la que se indique expresamente que no se aplicó ningún tipo de devolución. Sin esta documentación, Europ Assistance rechazará el reintegro presentado.

17. Interrupción de viaje (regreso anticipado)

Europ Assistance reembolsará los gastos de desplazamiento de un beneficiario desde el extranjero, considerando pago de multas por cambio de ticket aéreo, diferencias de tarifa, u otros cargos propios del adelantamiento del regreso contemplado originalmente, cuando el beneficiario tenga que interrumpir el viaje y anticipar su regreso al país debido a:

- a) Fallecimiento en el país de origen, del cónyuge o de un familiar hasta el primer grado de parentesco.

b) Asunto grave que afecte el domicilio del beneficiario y haga indispensable su presencia.

Estas circunstancias deberán presentarse durante el viaje y los antecedentes serán evaluados y certificados por Europ Assistance. Como asunto grave que afecte el domicilio del beneficiario se considera: Daños graves ocasionados por incendio, explosión, robo o daños causados por la fuerza de la naturaleza que fuerce imperativamente la presencia del beneficiario en su domicilio.

Esta cobertura contempla el reembolso de la diferencia de ticket aéreo y correspondientes multas asociadas al cambio de la fecha de regreso original y siempre en clase económica o turista. 7

Este servicio se limita hasta el monto máximo definido en cada plan al final de estas condiciones generales por todos los anteriores conceptos y por viaje.

Para solicitar la prestación, el beneficiario deberá proporcionar toda la documentación que Europ Assistance considere necesaria, con el objeto de acreditar la causal aplicable.

18. Transferencia de fondos por honorarios legales

Europ Assistance anticipará fondos a modo de préstamo para los gastos de defensa legal, hasta el límite máximo definido al final de estas condiciones generales y por viaje en alguna situación que involucre al beneficiario en cualquier tipo de proceso judicial, en el cual sea imputado como responsable de un accidente de tránsito. El beneficiario deberá garantizar previamente a Europ Assistance la devolución del 100% del monto a transferir con garantías reales, tales como un aval calificado, boleta de garantía bancaria u otros instrumentos liquidables en el mercado de valores. Esta garantía deberá ser constituida a entera satisfacción de Europ Assistance antes de efectuar la transferencia de dinero al extranjero. Si esta indicación no se cumple, Europ Assistance no podrá brindar esta prestación.

El costo de la transferencia de fondos estará a cargo de Europ Assistance.

19. Transferencia de fondos para fianzas

Para el mismo caso previsto en el párrafo anterior, Europ Assistance podrá adelantar fondos a modo de préstamo al beneficiario ante el tribunal correspondiente los gastos de fianza si éste fuera detenido y a efectos de lograr su libertad condicional, con un límite máximo definido en cada plan al final de estas condiciones generales y por viaje.

El beneficiario deberá garantizar previamente a Europ Assistance la devolución del 100% del monto a transferir con garantías reales, tales como un aval calificado, boleta de garantía bancaria u otros instrumentos liquidables en el mercado de valores. Esta garantía deberá ser constituida a entera satisfacción de Europ Assistance antes de efectuar la transferencia de dinero al extranjero. Si esta indicación no se cumple, Europ Assistance no podrá brindar esta prestación.

El costo de la transferencia de fondos estará a cargo de Europ Assistance.

20. Reembolso de gastos por vuelo demorado por más de seis horas

Si el vuelo que el beneficiario contemplaba abordar, fuera demorado por más de seis horas desde la hora de partida programada originalmente en su itinerario habitual y el beneficiario no tuviera ninguna otra alternativa de transporte durante esas seis horas, Europ Assistance reintegrará los gastos que haya realizado el beneficiario con un límite máximo definido en cada plan al final de estas condiciones generales

y por viaje, por los siguientes conceptos: pagos de hotel, comidas y comunicaciones realizadas durante el tiempo de demora. El reembolso se efectuara contra presentación de comprobantes originales y una constancia de la compañía aérea certificando la demora sufrida. Para poder gozar de este reintegro el beneficiario deberá contactarse con la central de Asistencias de Europ Assistance desde el aeropuerto donde ocurrió el hecho. Este servicio no se brindara si el beneficiario viaja con un pasaje sujeto a disponibilidad, ni dentro del país donde adquirió su pasaje.

Aclaración: No se brindara esta prestación si el beneficiario no se comunica con Europ Assistance al momento de sufrir la demora del vuelo.

21. Transferencia de fondos en caso de urgencia justificada

Europ Assistance podrá adelantar fondos a modo de préstamo a un beneficiario en caso de urgencia justificada y necesidad, de acuerdo a disponibilidad de la compañía hasta el límite máximo definido en cada plan al final de estas condiciones generales y tendrá derecho a una transferencia de fondos por viaje. El beneficiario deberá proveer los medios para que Europ Assistance reciba la totalidad del monto a transferir en sus oficinas o donde le sea solicitado, antes de efectuar la transferencia. Si esta indicación no se cumple, Europ Assistance no podrá brindar esta prestación.

El costo de la transferencia de fondos estará a cargo de Europ Assistance.

22. Asistencia en caso de extravío de Documentos

Europ Assistance asesorará al beneficiario en caso que éste haya perdido, extraviado o le hayan sido sustraídos sus documentos y/o sus tarjetas de crédito y lo orientará en todos los trámites y procedimientos que sean necesarios para realizar las denuncias y constancias y para que el beneficiario los recupere o reemplace.

23. Servicio de información 24 horas de viaje

Europ Assistance dispondrá para todos los beneficiarios de un servicio gratuito e ininterrumpido de atención telefónica durante 24 horas, todos los días del año, para facilitar todo tipo de información turística, de formalidades administrativas (visas, pasaportes, consulados, etc.), de informaciones médicas, requisitos de vacunas, tipos de cambio, de condiciones de viaje y de vida local.

24. Indemnización por robo o pérdida de notebook

En caso de que el pasajero estando de viaje sufriera el robo o pérdida de su computadora personal portátil (notebook o laptop) y la misma fuera necesaria para la actividad laboral por la que viajo, la Compañía reembolsará los gastos de alquiler de una computadora de reemplazo, hasta la suma indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, para que pueda cumplir con sus responsabilidades laborales. El servicio funcionará exclusivamente por reintegro siempre que la compañía lo haya autorizado previamente y mediante la presentación de los correspondientes comprobantes, luego del regreso del pasajero a su país de origen.

25. Viaje de ejecutivo en reemplazo de funciones

Cuando un beneficiario viaje por motivos comerciales o de negocios y deba ser internado y/o hospitalizado por más de tres días ante una enfermedad grave o un accidente previa coordinación asistencial de Europ Assistance y su departamento médico y éste no pudiere continuar realizando sus actividades profesionales

y se encuentre solo, Europ Assistance organizará y coordinará el viaje (sólo pasaje) de un ejecutivo que la empresa determine para que pueda reemplazar al ejecutivo hospitalizado.

Europ Assistance comprará un pasaje de ida y regreso en Clase Turista y/o económica sujeto a disponibilidad de vuelos de las líneas aéreas. El ejecutivo que viaje a sustituir al beneficiario hospitalizado también deberá ser beneficiario de los planes de asistencia de Europ Assistance.

Este servicio se brindará únicamente si la intervención de Europ Assistance es solicitada en forma expresa por la empresa.

Aclaración Importante:

Esta prestación es un servicio orientado exclusivamente a empresas clientes de los servicios asistenciales. Al momento de requerir el traslado de un ejecutivo en reemplazo de funciones, Europ Assistance solicitará una carta formal de un representante legal de la empresa. Dicha carta deberá

MODALIDADES DE PAGO:

- Al contado
- 3 cuotas contado 30-60-90 días sin interés.

Nota:

1. Los planes de pago deben ser enviados a la compañía en un plazo máximo de 10 días desde la emisión de la póliza.
2. Los vencimientos de pago son los días 5 y 25 de cada mes.
3. Cualquier modificación a las condiciones de pago estipuladas en la contratación de la póliza deberá solicitarse inmediatamente y esta no deberá exceder el mes de emisión de la póliza.

COMISION: 30%

Fernando Apparcel C.

Subgerente Comercial
Negocios Corporativos
Accidentes Personales & Vida

CONDICIONES GENERALES

Se aplicaran al siguiente contrato de seguro las disposiciones contenidas en la póliza depositada bajo el código POL320160196.