



NZ000097144

Ramo : **ACC. PERSONALES SALUD Y PROT.**
Póliza N° : **97144-8**
Sucursal : **PUERTO MONTT**
Renueva Póliza :

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

CONTRATANTE

Nombre : INSTITUTO NACIONAL DEL DEPORTE
Dirección : FIDEL OTEIZA 1956
Ciudad : SANTIAGO

Rut : 61.107.000-4
Comuna : PROVIDENCIA
Teléfono :

CORREDOR

Nombre : PUNTO CORREDORES DE SEGUROS LI
Comisión del Corredor : 5,00% DE LA PRIMA

Rut : 77.892.459-5

VIGENCIA DEL SEGURO

Desde : 12:00 HORAS DEL DIA 09 DE OCTUBRE DE 2025 Hasta : 12:00 HORAS DEL DIA 09 DE OCTUBRE DE 2026

MATERIA ASEGURADA

1 ITEM(S) SEGUN DETALLE

CONVENIO : AP+ASISTENCIA INS.NACIONAL DEPORTE

**TOTALES**

Monto Asegurado	UF	3.000.000,00
Prima Neta	UF	10.887,00
Prima Afecta	UF	10.302,00
Prima Exenta	UF	585,00
I.V.A.	UF	1.957,38
PRIMA TOTAL	UF	12.844,38

FIRMA AUTORIZADA

CONDICIONES PARTICULARES ASOCIADAS A MODALIDAD DE PAGO

.

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

.

PAC

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

.

PAT

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

.

CUP

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

.

PLAN DE PAGO

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

.

CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN

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

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

.

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

.

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

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

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

.
CONDICIONES DEL DOCUMENTO

BENEFICIARIO

Los beneficiarios para la cobertura de Muerte Accidental serán los herederos legales del asegurado. Para las coberturas de Incapacidad Total y Permanente, el beneficiario será el asegurado.

.
LEY 20.667 ART. 589: INTERÉS ASEGURABLE EN LOS SEGUROS DE PERSONAS.

Los seguros de personas pueden ser contratados por el propio asegurado o por cualquiera que tenga interés. El seguro de vida puede estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, tanto para el caso de muerte como para el de sobrevivencia o ambos conjuntamente.

en los seguros para el caso de muerte, si son distintas las personas del tomador del seguro y del asegurado, será preciso el consentimiento escrito de este último, con indicación del monto asegurado y de la persona del beneficiario. no se podrá contratar un seguro para el caso de muerte, sobre la cabeza de menores de edad o de incapacitados. los seguros contratados en contravención a estas normas serán absolutamente nulos y el asegurador estará obligado a restituir las primas percibidas, pudiendo retener el importe de sus gastos, si ha actuado de buena fe.

SE DEJA ESTABLECIDO QUE LA SUMA ASEGURADAS INDICADAS POR PERSONA ES UN LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO.

.
MATERIA ASEGURADA

El seguro de accidentes personales y lesiones deportivas para 1.500 deportistas innominados agudas debe cubrir tanto el trayecto, de ida o regreso, entre el lugar de residencia y el lugar donde el o la deportista que se encuentra en nómina realiza la práctica deportiva (entrenamiento, concentraciones, competencias) como también en el ejercicio de la práctica deportiva para los deportistas de alto rendimiento 2025 - 2026. En el caso de las lesiones, para efectos de estas bases, se definen como aquel daño tisular o alteración funcional que se produce como resultado de la práctica y participación en deportes o ejercicios físicos programados, independiente del tiempo de su evolución. La póliza cuenta con cobertura nacional e internacional; y se encuentra con convenio de administración ON ASSIST.

.
ACTIVIDAD DEL RIESGO

Deportes de alto rendimiento declarados por el Instituto Nacional del Deporte.

.

PERIODO COBERTURA

24 horas.

.

COBERTURAS:

Se cubre de acuerdo a condiciones generales de la póliza de accidentes personales según POL 3 2013 0570 de la C.M.F.

.

COBERTURAS ADICIONALES:

-Movimientos Sísmicos, Terremotos y Tsunami, sin límite de grados.

-Las consecuencias derivadas de motines o tumultos, sin perjuicio de lo estipulado respecto de la intervención del asegurado en dichos motines o tumbos, que queda excluido absolutamente del seguro, en virtud de lo preceptuado en la letra e) del Artículo 3 del Condicionado de Accidentes Personales.

-Se otorga cobertura de Congelamiento y/o Insolación a los asegurados que ocasionalmente queden expuestos a un factor Climático adverso a consecuencia de un Accidente.

-Negligencia o imprudencia leve o, en otras palabras, la falta de aquel cuidado que aún las personas negligentes y de poca prudencia suelen emplear en sus negocios propios.

- Definición de trabajos en Altura: Bajo el nombre de trabajos en altura se designan a los trabajos que son ejecutados en alturas superiores a 2 metros en andamios, edificios, escaleras, estructuras, máquinas, plataformas, vehículos, etc., así como a los trabajos en aberturas de tierra, excavaciones, pozos, trabajos verticales, etc.

Como criterio general, todos los trabajos en alturas solo podrán efectuarse, en principio, con la ayuda de equipos o dispositivos de protección colectiva, tales como barandilla, plataformas o redes de seguridad. Además, los trabajos en altura se realizarán preferentemente acompañados y en todo momento el operario que esté trabajando en altura debe encontrarse en el campo de visión de otro compañero.

- Asalto y Homicidio.

-Avalanchas de nieve y Rodados: Movimiento en masa que se desplaza bruscamente por las laderas de una montaña, arrastrando gran cantidad de material rocoso, escombros de diferentes tamaños e incluso arbustos y árboles; el principal agente es 10 gravedad. Las avalanchas pueden variar desde un pequeño e inofensivo flujo superficial hasta una gigantesca masa destructiva y letal que puede alcanzar grandes dimensiones. Cuando el origen de los materiales es volcánico, recibe el nombre de lahar.

- Delito o Cuasidelito: Haber sido víctima de un delito o cuasidelito, en la medida que se trate de un hecho cubierto, todo de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales de la póliza.

-Mal de Altura: Accidentes que se ocasionen a consecuencia directa del Mal de Altura, no así los gastos médicos incurridos a causa del Mal de Altura ni de la muerte a causa de enfermedades preexistentes que

se manifiesten por el Mal de Altura.

.

Sin perjuicio de lo estipulado en punto 5 de las exclusiones generales de POL 320130570 la presente póliza cubre:

Participación del asegurado en equipos profesionales de deporte o en alguna de las siguientes actividades: paracaidismo, alas delta, parapente, bunjee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las condiciones particulares de la póliza, queda excluido el rodeo .

.

Exclusión Territorial La presente póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal derivada ya sea directa o indirectamente de bienes, transacciones, comercio u otra actividad relacionada con Cuba, Irán, Sudán, Siria o Crimea región de Ucrania.

.

MUERTE ACCIDENTAL PLAN A POL 3 2013 0570

En virtud de esta cobertura, la Compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento inmediato del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra, a más tardar, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente. Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la Compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en las Alternativas B.-, C.-, y D.- en caso de haber sido contratadas.

.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE PLAN B POL 3 2013 0570

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente, la Compañía pagará mediante un pago único y total, los siguientes porcentajes del monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en el Plan C: El 30% para Incapacidad Clase III: Menoscabo Global de la Persona 35% - 49% El 50% para Incapacidad Clase IV: Menoscabo Global de la Persona 50% - 66% El 100% para Incapacidad Clase V: Menoscabo Global de la Persona 67% o más Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de al menos el 35% de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones, regulado por el D.L. N 3.500, de 1980. La Compañía determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido la incapacidad de un asegurado,

conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso. El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos que se encuentren ejerciendo o que hayan ejercido por la menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, dos de los cuales podrán ser elegidos por el asegurado. La junta médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cobertura y 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. La junta médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la Compañía. El costo que demande el trabajo de esta junta médica será de cargo exclusivo del asegurado. La declaración de incapacidad o invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la Compañía y para la junta médica un valor meramente informativo. Reembolso para mejoras en el hogar y vehículo motorizado del asegurado. El asegurado podrá contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, este beneficio adicional, estipulándolo expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza. En el evento que el asegurado sufra un accidente cubierto por las condiciones generales de la póliza, declarándose una incapacidad total y permanente Clase IV o más, 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, y que a consecuencia de ésta, el asegurado sufra un notorio e irreversible menoscabo en su capacidad de desplazamiento por una pérdida o disminución de las fuerzas físicas, la Compañía reembolsará los gastos en que haya incurrido el asegurado con el fin de efectuar mejoras o modificaciones necesarias a su automóvil y al inmueble en donde tiene su residencia habitual para efectos de facilitar su utilización o desplazamiento respectivamente, atendido su estado de incapacidad permanente. El límite máximo por este concepto será el indicado en las condiciones particulares de la póliza. Este beneficio adicional, en el evento de que se contrate, se aplicará cuando el asegurado se encuentre en estado de incapacidad permanente y tenga derecho al pago de la indemnización conforme a esta cobertura descrita en el plan B, asimismo debe contratarse conjuntamente con dicha cobertura.

DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL PLAN C POL 3 2013 0570

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia, la Compañía indemnizará al

asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza: 100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo; 50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano; 40% por pérdida total de un pie; 50% por la sordera completa de ambos oídos; 25% por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro; 13% por la sordera completa de un oído; 50% por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro; 35% por la ceguera total de un ojo; 20% por la pérdida total de un pulgar; 15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo; 5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano; 3% por la pérdida total de un dedo del pie; La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo. En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa. Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en este Plan, se establece el significado de los siguientes términos: Pérdida total: Se entiende por pérdida total referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional. Pérdida parcial: Se entiende por pérdida parcial la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva. Pérdida Funcional Total: Se entiende por pérdida funcional total la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido. Miembro: Se entiende por miembro, cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

REMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE PLAN D POL 320130570

En virtud de esta cobertura, la Compañía reembolsará al asegurado, hasta el monto anual indicado en las Condiciones Particulares los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un accidente, incluyendo los gastos incurridos en tratamientos destinados a restituir al asegurado accidentado el grado de capacidad funcional e independencia que tenía

previo al accidente; siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él. Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados, así como también, el diagnóstico de un médico calificado que determine el grado y magnitud de las lesiones sufridas por el asegurado. En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente.

En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos originales comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado. En caso que el asegurado no tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, se reembolsará el 50% del gasto real incurrido por el asegurado hasta el tope de la cobertura. Esta cobertura contará con un deducible por evento cuyo monto será el indicado en las condiciones particulares de la póliza, y el cual será siempre de cargo del asegurado.

.

INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE PLAN E POL 320130570
En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares para Gastos de Sepelio, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento inmediato del asegurado titular se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, independientemente del gasto real en que haya incurrido. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

.

EXCLUSIONES

La cobertura de esta póliza no operará cuando el Accidente se produzca a consecuencia de:

- 1) Actos calificados como delito cometidos, en calidad de autor o cómplice, por el asegurado, por un beneficiario o por quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización; así como también la participación activa del asegurado en actos de rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- 2) Suicidio, intento de suicidio, intoxicaciones o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- 3) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.
- 4) Efectos de guerra civil o internacional, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.

- 5) Participación del asegurado en equipos profesionales de deporte o en alguna de las siguientes actividades: paracaidismo, alas delta, parapente, bunjee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las condiciones particulares de la póliza.
- 6) Encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- 7) Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, o mientras se encuentre como pasajero de un vuelo no regular; a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura en las Condiciones Particulares.
- 8) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- 9) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- 10) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones cubiertas por esta póliza, incluyendo: o Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo. o Exámenes médicos de rutina. o Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza. o Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento. o Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza.
- 11) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.

DENUNCIA DE SINIESTROS

Producido un siniestro que pueda estar cubierto por la presente póliza, el asegurado o quien él designe para este efecto, deberá notificarlo lo más pronto posible a la Compañía, en el formulario especial que Compañía facilitará para tal efecto. Se entenderá que el asegurado o quien lo represente ha informado lo más pronto posible sobre la ocurrencia del siniestro, si efectúa la notificación dentro del plazo máximo de 30 días contados desde la ocurrencia del siniestro, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento. El asegurado o quien lo represente deberá acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin sus circunstancias y consecuencias. Con todo, la Compañía queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación, hará perder

los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor acreditada a la compañía, liberando a la Compañía Aseguradora del pago que habría correspondido.

Plan E: Gastos Funerarios por Muerte Accidental (Aplica sólo para menores de edad)

Mediante este amparo, la Compañía indemnizará a los herederos legales, en caso de muerte accidental del Asegurado a consecuencia de un accidente (según se define en esta cláusula), los gastos incurridos por concepto de sepelio. Demostrada la ocurrencia del siniestro en las condiciones mencionadas, la Compañía pagará, de acuerdo a la opción contratada, la suma asegurada consignada en las condiciones particulares del certificado individual de seguro.

.
Se deja establecido que, en caso de siniestro, será condición para el pago y liquidación de éste, que la información indicada en las condiciones particulares referentes al número de asegurado y actividades indicadas a desarrollar, sea coincidente con la verificación a realizar por el liquidador al momento de la ocurrencia de un siniestro dentro de la cobertura de la presente póliza.

.
El proponente deberá tomar todas las medidas de seguridad y de señalización que la ley y el Contrato de Obras lo obliga para prevenir accidentes

.
Cuando exista contratación de la cobertura de muerte accidental, en caso de que sea distinta la persona del contratante o tomador del seguro y del asegurado, será responsabilidad del contratante requerir de los asegurados el consentimiento escrito, con indicación del monto asegurado y beneficiario. Dicha información será mantenida por el contratante y podrá ser requerida por la compañía cuando se estime conveniente. De lo contrario serán los herederos legales.

.
LIMITE DE INDEMNIZACION

Rige límite máximo indemnizable por evento DE UF 90.000.- y acumulado por vigencia de UF 120.000.- 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, entendiéndose 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.

.
ADICIONALES AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA

Se deja constancia que se otorgarán las siguientes coberturas adicionales:

Los deportistas menores de 14 años, que no pueden atenderse en los

centros (Mutual, ACHS, IST), de conformidad a lo dispuesto en la Ley N 16.744, que Establece Normas Sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, serán derivados a otro centro asistencial de similares características.

Para los efectos de dar uso de la modalidad de libre elección MLE, el o la deportista puede hacerlo en centros médicos privados, informando de ello con el formulario respectivo antes de los 90 días corridos, activando así el inicio de siniestro.

El plazo de presentación de boletas o facturas de los gastos médicos y hospitalarios efectuados será hasta 180 días, contabilizados desde la fecha de emisión de bonos, Isapre, Fonasa, Capredena, Dipreca, u otras según corresponda la entidad de salud ya sea en Chile o en el extranjero. Excepcionalmente se podrá extender este plazo si la clínica, centro de atención, etc. y/o Isapre demoran entrega de factura y bonos respectivos. Se activa presentando gastos hasta 90 días desde el accidente.

Las atenciones médicas serán cubiertas y, se realizarán independientemente si las y los deportistas asegurados tengan algún tipo de previsión de salud (Fonasa, Isapre, Capredena, Dipreca, etc.). Queda estipulado que los asegurados, deben acudir en primera instancia a su sistema de salud o previsión. La compañía se encargará de resaltar este punto en capacitaciones y presentación de plan de implementación.

Se considera el servicio de seguros de accidentes personales y lesiones deportivas para 1.500 deportistas, por el período de un año (12 meses) contado desde la fecha de adjudicación.

La oferta económica no contempla deducibles de ningún tipo.

La oferta contempla la atención médica de urgencia que cuente con especialidad en traumatología de preferencia, las 24 horas del día dentro y fuera de Chile.

Se contempla continuidad de la atención de él o la deportista tratada en urgencia, debe ser referida a un centro que cuente al menos con especialistas en medicina y kinesiología deportiva; infraestructura y espacios de rehabilitación disponibles

Contempla cobertura a deportistas que practiquen cualquier tipo de deporte y disciplina deportiva, sin excluir la práctica de ninguna especialidad o modalidad deportiva.

Incluye íntegramente todos los gastos médicos, tanto en honorarios de equipo médico como de hospitalización, atención ambulatoria, traslado en ambulancia, exámenes, procedimientos, tratamiento y seguimiento originados por los siniestros ocurridos en el trayecto o en la práctica deportiva

Incluye las atenciones, tratamiento y seguimiento que deriven de un diagnóstico de trastornos músculo esquelético, tendinopatías y lesiones que se deriven de la práctica deportiva propia de la especialidad deportiva del o la beneficiaria.

Se cubre el trayecto directo, de ida o regreso, entre el lugar de residencia y el lugar donde realiza la práctica deportiva (entrenamiento, concentraciones, competencias) como también en el ejercicio de la práctica deportiva.

El beneficiario tiene posibilidad de elegir el lugar de atención, al ser derivados, tanto en Chile como en el extranjero.

La aseguradora dispondrá a través del prestador de asistencia ON ASSIST una plataforma de consultas para la unidad requirente, en la cual se puedan sacar reportes y observar los estados de los casos y los reembolsos para su reportabilidad. Se contempla un liquidador exclusivo para el instituto. Así también, un suplente, para ver el estado de siniestros de los y las deportistas. Este será BECKETT Oferta económica contempla al menos 2 charlas para deportistas de alto rendimiento, sobre prevención de lesiones deportivas y consejos médicos para deportistas, con especialistas del área deportiva, en el caso que sea solicitado por la unidad requirente.

Cualquier atención realizada por especialistas dependientes del IND, ya sea en el Centro de Alto Rendimiento (CAR) u otro a lo largo del país, no será constitutiva como primera atención. Aplica que se derive a un centro de imagenología y posteriormente derivar con traumatólogo especialista.

En relación a casos rechazados o aspectos que eventualmente no se ajusten en la presente licitación, se establecerá una mesa conjunta entre el adjudicatario y el Instituto Nacional de Deportes, cada vez que este último lo requiera.

.

Debe presentarse un interlocutor resolutivo por parte del adjudicatario, ya que los temas tratados serán resueltos en esa instancia y si es necesario sumar antecedentes debe resolverse hasta un máximo de 15 días corridos

No se considera edad mínima de ingreso para la póliza.

Edad máxima de permanencia es de 60 años.

Pago de prima: contado

Para el caso de los menores de 18 años, el reembolso del siniestro debe ser pagado a los tutores o representantes legales. El beneficiario de las coberturas de desmembramiento, incapacidad total y permanente, y reembolsos de gastos médicos será siempre al asegurado y/o tutor legal según corresponda.

Se ha de entender por beneficiario de las coberturas de muerte accidental del asegurado a los herederos de éste, conforme señala el Decreto Ley Núm. 364 'Ley De Herencias.

.

NO SE CONSIDERA EDAD MÍNIMA DE INGRESO PARA LA PÓLIZA.

.

COMUNICACIONES Y ENVÍO DE INFORMACIÓN

El contratante y/o asegurado facultan expresamente a la Compañía, para que ésta les envíe la copia de su póliza y demás documentos que forman parte integrante de la misma a la dirección de correo electrónico señalado en este instrumento, hecho lo cual se considerará haberse dado debido cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 519 del Código de Comercio. Sin perjuicio de lo anterior, el contratante y/o asegurado podrán siempre solicitar una copia de la misma impresa en papel en el domicilio de la Compañía.

.
Asimismo, contratante y/o asegurado aceptan expresamente que tanto la Compañía como el corredor lo pueda contactar a sus teléfonos celulares, y direcciones de correo electrónico, para darles la bienvenida; los avisos de renovación de su póliza; informarles respecto de las cuotas de las primas impagas o que estén por vencer; enviarles los avisos de cobranza o para cualquier otro fin que la compañía estime conveniente para su debida y oportuna información.

.
Finalmente, el contratante y/o asegurado facultan a la compañía para enviar a la dirección de correo electrónico señalada en este instrumento todas las comunicaciones previstas en el Decreto Supremo N 1055, en especial, aquellas que digan relación con el procedimiento de liquidación de siniestros.

.
OTRAS CONDICIONES

La presente póliza de seguro ha sido emitida por Bci Seguros Generales S.A. en consideración a las declaraciones formuladas por el contratante y/o asegurado en la Propuesta que le ha servido de antecedente, la que forma parte integrante del contrato, el que se rige de acuerdo a los términos previstos en estas condiciones particulares y en los textos depositados en la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) bajos los códigos POL y CAD identificados más arriba.

.
Se deja especial constancia que las declaraciones del contratante y/o asegurado constituyen para Bci Seguros Generales S.A. información determinante del riesgo que se le propuso asegurar y en consecuencia, si cualquiera de éstos hubieren incurrido en un inexcusable error, reticencia o inexactitud, el asegurador tendrá derecho para rescindir el contrato, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio.

.
DECLARACIONES DEL ASEGURADO

En cumplimiento al artículo 518 del código de comercio, el asegurado ha expresado el interés asegurable respecto al objeto del seguro, dicha declaración se encuentra contenida en el Item Interés asegurable de la sección Materia Asegurada de la Propuesta, la cual forma parte integrante de la presente póliza.

.
En cumplimiento al artículo 524, número 1 y artículo 525 del código de Comercio, el asegurado ha declarado sinceramente todas las circunstancias que permiten identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, las que se encuentran contenidas en la propuesta, la cual forma parte integrante de la presente póliza.

.
DOMICILIO

Para todos los efectos derivados de este contrato de seguro, se fija como domicilio de la compañía de seguros, O Connell 285, Las Condes, Región Metropolitana.



PÓLIZA
N-AP- 97144-8

ITEM 1

Vigencia: DESDE LAS 12HRS. 09/10/2025
HASTA LAS 12HRS. 09/10/2026 Plazo : 365 DIAS

DESCRIPCION DEL RIEGO

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

MATERIA

BENEFICIARIO

Los beneficiarios para la cobertura de Muerte Accidental serán los herederos legales del asegurado. Para las coberturas de Incapacidad Total y Permanente, el beneficiario será el asegurado.

PRIMA ANUAL POR ASEGURADO

COBERTURAS CAPITAL UF

Muerte Accidental 500

Incapacidad Total y Permanente 500

2/3 por Accidente

Desmembramiento e ITP 500

Reembolso de Gastos Médicos 500

Complementarios Accidentes

Reembolso de Gastos Médicos 300

Complementarios Lesiones Deportivas

Gastos Funerarios 200

Asistencia en Viajes, Europa y el Resto del Mundo US 60.000

Asistencia en Viajes, Latinoamérica US 40.000

LEY 20.667 ART. 589: INTERÉS ASEGURABLE EN LOS SEGUROS DE PERSONAS.

Los seguros de personas pueden ser contratados por el propio asegurado o por cualquiera que tenga interés. El seguro de vida puede estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, tanto para el

caso de muerte como para el de sobrevivencia o ambos conjuntamente. en los seguros para el caso de muerte, si son distintas las personas del tomador del seguro y del asegurado, será preciso el consentimiento escrito de este último, con indicación del monto asegurado y de la persona del beneficiario. no se podrá contratar un seguro para el caso de muerte, sobre la cabeza de menores de edad o de incapacitados. los seguros contratados en contravención a estas normas serán absolutamente nulos y el asegurador estará obligado a restituir las primas percibidas, pudiendo retener el importe de sus gastos, si ha actuado de buena fe.

SE DEJA ESTABLECIDO QUE LA SUMA ASEGURADAS INDICADAS ARRIBA POR PERSONA ES UN LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO

ACTIVIDAD DEL RIESGO

Deportes de alto rendimiento declarados por el Instituto Nacional del Deporte

PERIODO COBERTURA

24 horas.

VIGENCIA

Anual

DESCRIPCION DE COBERTURAS

COBERTURAS	MONTO	PRIMA
PLAN A: MUERTE ACCIDENTAL ASISTENCIA	750.000,00	585,00
PLAN B: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	750.000,00	8.910,00
PLAN C: DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL	750.000,00	22,50
PLAN E: GASTOS FUNERARIOS	300.000,00	27,00
REEMBOLSO	450.000,00	1.320,00
TOTALES ITEM 1	3.000.000,00	10.887,00
IMPTO.IVA		1.957,38
PRIMA BRUTA		12.844,38

CONDICIONES PARTICULARES DEL ITEM

BENEFICIARIO

Los beneficiarios para la cobertura de Muerte Accidental serán los herederos legales del asegurado. Para las coberturas de Incapacidad Total y Permanente, el beneficiario será el asegurado.

.

LEY 20.667 ART. 589: INTERÉS ASEGURABLE EN LOS SEGUROS DE PERSONAS.

Los seguros de personas pueden ser contratados por el propio asegurado o por cualquiera que tenga interés. El seguro de vida puede estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, tanto para el caso de muerte como para el de sobrevivencia o ambos conjuntamente.

en los seguros para el caso de muerte, si son distintas las personas del tomador del seguro y del asegurado, será preciso el consentimiento escrito de este último, con indicación del monto asegurado y de la persona del beneficiario. no se podrá contratar un seguro para el caso de muerte, sobre la cabeza de menores de edad o de incapacitados. los seguros contratados en contravención a estas normas serán absolutamente nulos y el asegurador estará obligado a restituir las primas percibidas, pudiendo retener el importe de sus gastos, si ha actuado de buena fe.

SE DEJA ESTABLECIDO QUE LA SUMA ASEGURADAS INDICADAS POR PERSONA ES UN LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO.

.

MATERIA ASEGURADA

El seguro de accidentes personales y lesiones deportivas para 1.500 deportistas innominados agudas debe cubrir tanto el trayecto, de ida o regreso, entre el lugar de residencia y el lugar donde el o la deportista que se encuentra en nómina realiza la práctica deportiva (entrenamiento, concentraciones, competencias) como también en el ejercicio de la práctica deportiva para los deportistas de alto rendimiento 2025 - 2026. En el caso de las lesiones, para efectos de estas bases, se definen como aquel daño tisular o alteración funcional que se produce como resultado de la práctica y participación en deportes o ejercicios físicos programados, independiente del tiempo de su evolución. La póliza cuenta con cobertura nacional e internacional; y se encuentra con convenio de administración ON ASSIST.

.

ACTIVIDAD DEL RIESGO

Deportes de alto rendimiento declarados por el Instituto Nacional del Deporte.

.

PERIODO COBERTURA

24 horas.

.

COBERTURAS:

Se cubre de acuerdo a condiciones generales de la póliza de accidentes personales según POL 3 2013 0570 de la C.M.F.

.

COBERTURAS ADICIONALES:

-Movimientos Sísmicos, Terremotos y Tsunami, sin límite de grados.

-Las consecuencias derivadas de motines o tumultos, sin perjuicio de lo estipulado respecto de la intervención del asegurado en dichos motines o tumbulos, que queda excluido absolutamente del seguro, en virtud de lo preceptuado en la letra e) del Artículo 3 del Condicionado de Accidentes Personales.

-Se otorga cobertura de Congelamiento y/o Insolación a los asegurados que ocasionalmente queden expuestos a un factor Climático adverso a consecuencia de un Accidente.

-Negligencia o imprudencia leve o, en otras palabras, la falta de aquel cuidado que aún las personas negligentes y de poca prudencia suelen emplear en sus negocios propios.

- Definición de trabajos en Altura: Bajo el nombre de trabajos en altura se designan a los trabajos que son ejecutados en alturas superiores a 2 metros en andamios, edificios, escaleras, estructuras, máquinas, plataformas, vehículos, etc., así como a los trabajos en aberturas de tierra, excavaciones, pozos, trabajos verticales, etc. Como criterio general, todos los trabajos en alturas solo podrán efectuarse, en principio, con la ayuda de equipos o dispositivos de protección colectiva, tales como barandilla, plataformas o redes de seguridad. Además, los trabajos en altura se realizarán preferentemente acompañados y en todo momento el operario que esté trabajando en altura debe encontrarse en el campo de visión de otro compañero.

- Asalto y Homicidio.

-Avalanchas de nieve y Rodados: Movimiento en masa que se desplaza bruscamente por las laderas de una montaña, arrastrando gran cantidad de material rocoso, escombros de diferentes tamaños e incluso arbustos y árboles; el principal agente es 10 gravedad. Las avalanchas pueden variar desde un pequeño e inofensivo flujo superficial hasta una gigantesca masa destructiva y letal que puede alcanzar grandes dimensiones. Cuando el origen de los materiales es volcánico, recibe el nombre de lahar.

- Delito o Cuasidelito: Haber sido víctima de un delito o cuasidelito, en la medida que se trate de un hecho cubierto, todo de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales de la póliza.

-Mal de Altura: Accidentes que se ocasionen a consecuencia directa del Mal de Altura, no así los gastos médicos incurridos a causa del Mal de Altura ni de la muerte a causa de enfermedades preexistentes que se manifiesten por el Mal de Altura.

.
Sin perjuicio de lo estipulado en punto 5 de las exclusiones generales de POL 320130570 la presente póliza cubre:

Participación del asegurado en equipos profesionales de deporte o en alguna de las siguientes actividades: paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las condiciones particulares de la póliza, queda excluido el rodeo .

.
Exclusión Territorial La presente póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal derivada ya sea directa o indirectamente de bienes, transacciones, comercio u otra actividad relacionada con Cuba, Irán, Sudán, Siria o Crimea región de Ucrania.

.
MUERTE ACCIDENTAL PLAN A POL 3 2013 0570

En virtud de esta cobertura, la Compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento inmediato del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra, a más tardar, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente. Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la Compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en las Alternativas B.-, C.-, y D.- en caso de haber sido contratadas.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE PLAN B POL 3 2013 0570

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente, la Compañía pagará mediante un pago único y total, los siguientes porcentajes del monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en el Plan C: El 30% para Incapacidad Clase III: Menoscabo Global de la Persona 35% - 49% El 50% para Incapacidad Clase IV: Menoscabo Global de la Persona 50% - 66% El 100% para Incapacidad Clase V: Menoscabo Global de la Persona 67% o más Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de al menos el 35% de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones, regulado por el D.L. N 3.500, de 1980. La Compañía determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido la incapacidad de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso. El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos que se encuentren ejerciendo o que hayan ejercido por la menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, dos de los cuales podrán ser elegidos por el asegurado. La junta médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cobertura y 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. La junta médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la Compañía. El costo que demande el trabajo de esta junta médica será de cargo exclusivo del asegurado. La declaración de incapacidad o invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la Compañía y para la junta médica un valor meramente informativo. Reembolso para mejoras en el hogar y vehículo motorizado del asegurado. El asegurado podrá contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, este beneficio adicional, estipulándolo expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza. En el evento que el asegurado sufra un accidente cubierto por las condiciones generales de la póliza, declarándose una incapacidad total y permanente Clase IV o más, 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, y que a consecuencia de ésta, el asegurado sufra un notorio e irreversible menoscabo en su capacidad de desplazamiento por una pérdida o disminución de las fuerzas físicas, la Compañía reembolsará los gastos en que haya incurrido el asegurado con el fin de efectuar mejoras o modificaciones necesarias a su automóvil y al inmueble en donde tiene su residencia habitual para efectos de facilitar su utilización o desplazamiento respectivamente, atendido su estado de incapacidad permanente El límite máximo por este concepto será el indicado en las condiciones particulares de la póliza. Este beneficio adicional, en el evento de que se contrate, se aplicará cuando el asegurado se encuentre en estado de incapacidad permanente y tenga derecho al pago de la indemnización conforme a

esta cobertura descrita en el plan B, asimismo debe contratarse conjuntamente con dicha cobertura.

.
DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL PLAN C POL 3 2013 0570

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia, la Compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza: 100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo; 50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano; 40% por pérdida total de un pie; 50% por la sordera completa de ambos oídos; 25% por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro; 13% por la sordera completa de un oído; 50% por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro; 35% por la ceguera total de un ojo; 20% por la pérdida total de un pulgar; 15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo; 5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano; 3% por la pérdida total de un dedo del pie; La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo. En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa. Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en este Plan, se establece el significado de los siguientes términos: Pérdida total: Se entiende por pérdida total referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional. Pérdida parcial: Se entiende por pérdida parcial la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva. Pérdida Funcional Total: Se entiende por pérdida funcional total la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido. Miembro: Se entiende por miembro, cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

.
REMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE PLAN D POL 320130570

En virtud de esta cobertura, la Compañía reembolsará al asegurado, hasta el monto anual indicado en las Condiciones Particulares los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un accidente, incluyendo los gastos incurridos en tratamientos destinados a restituir al asegurado accidentado el grado de capacidad funcional e independencia que tenía previo al accidente; siempre que tales gastos sean producto de

atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él. Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados, así como también, el diagnóstico de un médico calificado que determine el grado y magnitud de las lesiones sufridas por el asegurado. En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos originales comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado. En caso que el asegurado no tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, se reembolsará el 50% del gasto real incurrido por el asegurado hasta el tope de la cobertura. Esta cobertura contará con un deducible por evento cuyo monto será el indicado en las condiciones particulares de la póliza, y el cual será siempre de cargo del asegurado.

.
INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE PLAN E POL 320130570
En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares para Gastos de Sepelio, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento inmediato del asegurado titular se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, independientemente del gasto real en que haya incurrido. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

.
EXCLUSIONES

La cobertura de esta póliza no operará cuando el Accidente se produzca a consecuencia de:

- 1) Actos calificados como delito cometidos, en calidad de autor o cómplice, por el asegurado, por un beneficiario o por quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización; así como también la participación activa del asegurado en actos de rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- 2) Suicidio, intento de suicidio, intoxicaciones o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- 3) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.
- 4) Efectos de guerra civil o internacional, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- 5) Participación del asegurado en equipos profesionales de deporte o en alguna de las siguientes actividades: paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las condiciones particulares de la póliza.
- 6) Encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- 7) Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones

civiles o comerciales, o mientras se encuentre como pasajero de un vuelo no regular; a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura en las Condiciones Particulares.

8) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.

9) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

10) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones cubiertas por esta póliza, incluyendo: o Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo. o Exámenes médicos de rutina. o Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza. o Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento. o Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza.

11) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.

.
DENUNCIA DE SINIESTROS

Producido un siniestro que pueda estar cubierto por la presente póliza, el asegurado o quien él designe para este efecto, deberá notificarlo lo más pronto posible a la Compañía, en el formulario especial que Compañía facilitará para tal efecto. Se entenderá que el asegurado o quien lo represente ha informado lo más pronto posible sobre la ocurrencia del siniestro, si efectúa la notificación dentro del plazo máximo de 30 días contados desde la ocurrencia del siniestro, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento. El asegurado o quien lo represente deberá acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin sus circunstancias y consecuencias. Con todo, la Compañía queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación, hará perder los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor acreditada a la compañía, liberando a la Compañía Aseguradora del pago que habría correspondido.

Plan E: Gastos Funerarios por Muerte Accidental (Aplica sólo para menores de edad)

Mediante este amparo, la Compañía indemnizará a los herederos legales, en caso de muerte accidental del Asegurado a consecuencia de un accidente (según se define en esta cláusula), los gastos incurridos por concepto de sepelio. Demostrada la ocurrencia del siniestro en las condiciones mencionadas, la Compañía pagará, de acuerdo a la opción contratada, la suma asegurada consignada en las condiciones particulares del certificado individual de seguro.

.
Se deja establecido que, en caso de siniestro, será condición para el pago y liquidación de éste, que la información indicada en las condiciones particulares referentes al número de asegurado y actividades indicadas a desarrollar, sea coincidente con la verificación a realizar por el liquidador al momento de la ocurrencia de un siniestro dentro de la cobertura de la presente póliza.

.
El proponente deberá tomar todas las medidas de seguridad y de

señalización que la ley y el Contrato de Obras lo obliga para prevenir accidentes

.
Cuando exista contratación de la cobertura de muerte accidental, en caso de que sea distinta la persona del contratante o tomador del seguro y del asegurado, será responsabilidad del contratante requerir de los asegurados el consentimiento escrito, con indicación del monto asegurado y beneficiario. Dicha información será mantenida por el contratante y podrá ser requerida por la compañía cuando se estime conveniente. De lo contrario serán los herederos legales.

.
LIMITE DE INDEMNIZACION

Rige límite máximo indemnizable por evento DE UF 90.000.- y acumulado por vigencia de UF 120.000.- 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, entendiéndose 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.

.
ADICIONALES AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA

Se deja constancia que se otorgarán las siguientes coberturas adicionales:

Los deportistas menores de 14 años, que no pueden atenderse en los centros (Mutual, ACHS, IST), de conformidad a lo dispuesto en la Ley N 16.744, que Establece Normas Sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, serán derivados a otro centro asistencial de similares características.

Para los efectos de dar uso de la modalidad de libre elección MLE, el o la deportista puede hacerlo en centros médicos privados, informando de ello con el formulario respectivo antes de los 90 días corridos, activando así el inicio de siniestro.

El plazo de presentación de boletas o facturas de los gastos médicos y hospitalarios efectuados será hasta 180 días, contabilizados desde la fecha de emisión de bonos, Isapre, Fonasa, Capredena, Dipreca, u otras según corresponda la entidad de salud ya sea en Chile o en el extranjero. Excepcionalmente se podrá extender este plazo si la clínica, centro de atención, etc. y/o Isapre demoran entrega de factura y bonos respectivos. Se activa presentando gastos hasta 90 días desde el accidente.

Las atenciones médicas serán cubiertas y, se realizarán independientemente si las y los deportistas asegurados tengan algún tipo de previsión de salud (Fonasa, Isapre, Capredena, Dipreca, etc.). Queda estipulado que los asegurados, deben acudir en primera instancia a su sistema de salud o previsión. La compañía se encargará de resaltar este punto en capacitaciones y presentación de plan de implementación.

Se considera el servicio de seguros de accidentes personales y lesiones deportivas para 1.500 deportistas, por el período de un año (12 meses) contado desde la fecha de adjudicación.

La oferta económica no contempla deducibles de ningún tipo.

La oferta contempla la atención médica de urgencia que cuente con especialidad en traumatología de preferencia, las 24 horas del día dentro y fuera de Chile.

Se contempla continuidad de la atención de él o la deportista tratada en urgencia, debe ser referida a un centro que cuente al menos con especialistas en medicina y kinesiología deportiva; infraestructura y

espacios de rehabilitación disponibles

Contempla cobertura a deportistas que practiquen cualquier tipo de deporte y disciplina deportiva, sin excluir la práctica de ninguna especialidad o modalidad deportiva.

Incluye íntegramente todos los gastos médicos, tanto en honorarios de equipo médico como de hospitalización, atención ambulatoria, traslado en ambulancia, exámenes, procedimientos, tratamiento y seguimiento originados por los siniestros ocurridos en el trayecto o en la práctica deportiva

Incluye las atenciones, tratamiento y seguimiento que deriven de un diagnóstico de trastornos músculo esquelético, tendinopatías y lesiones que se deriven de la práctica deportiva propia de la especialidad deportiva del o la beneficiaria.

Se cubre el trayecto directo, de ida o regreso, entre el lugar de residencia y el lugar donde realiza la práctica deportiva (entrenamiento, concentraciones, competencias) como también en el ejercicio de la práctica deportiva.

El beneficiario tiene posibilidad de elegir el lugar de atención, al ser derivados, tanto en Chile como en el extranjero.

La aseguradora dispondrá a través del prestador de asistencia ON ASSIST una plataforma de consultas para la unidad requirente, en la cual se puedan sacar reportes y observar los estados de los casos y los reembolsos para su reportabilidad. Se contempla un liquidador exclusivo para el instituto. Así también, un suplente, para ver el estado de siniestros de los y las deportistas. Este será BECKETT

Oferta económica contempla al menos 2 charlas para deportistas de alto rendimiento, sobre prevención de lesiones deportivas y consejos médicos para deportistas, con especialistas del área deportiva, en el caso que sea solicitado por la unidad requirente.

Cualquier atención realizada por especialistas dependientes del IND, ya sea en el Centro de Alto Rendimiento (CAR) u otro a lo largo del país, no será constitutiva como primera atención. Aplica que se derive a un centro de imagenología y posteriormente derivar con traumatólogo especialista.

En relación a casos rechazados o aspectos que eventualmente no se ajusten en la presente licitación, se establecerá una mesa conjunta entre el adjudicatario y el Instituto Nacional de Deportes, cada vez que este último lo requiera.

.

Debe presentarse un interlocutor resolutivo por parte del adjudicatario, ya que los temas tratados serán resueltos en esa instancia y si es necesario sumar antecedentes debe resolverse hasta un máximo de 15 días corridos

No se considera edad mínima de ingreso para la póliza.

Edad máxima de permanencia es de 60 años.

Pago de prima: contado

Para el caso de los menores de 18 años, el reembolso del siniestro debe ser pagado a los tutores o representantes legales. El beneficiario de las coberturas de desmembramiento, incapacidad total y permanente, y reembolsos de gastos médicos será siempre al asegurado y/o tutor legal según corresponda.

Se ha de entender por beneficiario de las coberturas de muerte accidental del asegurado a los herederos de éste, conforme señala el Decreto Ley Núm. 364 'Ley De Herencias.

.

NO SE CONSIDERA EDAD MÍNIMA DE INGRESO PARA LA PÓLIZA.

.

COMUNICACIONES Y ENVÍO DE INFORMACIÓN

El contratante y/o asegurado facultan expresamente a la Compañía, para que ésta les envíe la copia de su póliza y demás documentos que

forman parte integrante de la misma a la dirección de correo electrónico señalado en este instrumento, hecho lo cual se considerará haberse dado debido cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 519 del Código de Comercio. Sin perjuicio de lo anterior, el contratante y/o asegurado podrán siempre solicitar una copia de la misma impresa en papel en el domicilio de la Compañía.

Asimismo, contratante y/o asegurado aceptan expresamente que tanto la Compañía como el corredor lo pueda contactar a sus teléfonos celulares, y direcciones de correo electrónico, para darles la bienvenida; los avisos de renovación de su póliza; informarles respecto de las cuotas de las primas impagas o que estén por vencer; enviarles los avisos de cobranza o para cualquier otro fin que la compañía estime conveniente para su debida y oportuna información.

Finalmente, el contratante y/o asegurado facultan a la compañía para enviar a la dirección de correo electrónico señalada en este instrumento todas las comunicaciones previstas en el Decreto Supremo N 1055, en especial, aquellas que digan relación con el procedimiento de liquidación de siniestros.

OTRAS CONDICIONES

La presente póliza de seguro ha sido emitida por Bci Seguros Generales S.A. en consideración a las declaraciones formuladas por el contratante y/o asegurado en la Propuesta que le ha servido de antecedente, la que forma parte integrante del contrato, el que se rige de acuerdo a los términos previstos en estas condiciones particulares y en los textos depositados en la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) bajos los códigos POL y CAD identificados más arriba.

Se deja especial constancia que las declaraciones del contratante y/o asegurado constituyen para Bci Seguros Generales S.A. información determinante del riesgo que se le propuso asegurar y en consecuencia, si cualquiera de éstos hubieren incurrido en un inexcusable error, reticencia o inexactitud, el asegurador tendrá derecho para rescindir el contrato, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio.

DECLARACIONES DEL ASEGURADO

En cumplimiento al artículo 518 del código de comercio, el asegurado ha expresado el interés asegurable respecto al objeto del seguro, dicha declaración se encuentra contenida en el Item Interés asegurable de la sección Materia Asegurada de la Propuesta, la cual forma parte integrante de la presente póliza.

En cumplimiento al artículo 524, número 1 y artículo 525 del código de Comercio, el asegurado ha declarado sinceramente todas las circunstancias que permiten identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, las que se encuentran contenidas en la propuesta, la cual forma parte integrante de la presente póliza.

DOMICILIO

Para todos los efectos derivados de este contrato de seguro, se fija como domicilio de la compañía de seguros, O Connell 285, Las Condes, Región Metropolitana.

Muerte Accidental:

El presente seguro cubre de acuerdo al código POL320130570 plan A, depositado en la Comisión para el Mercado Financiero.

.
DETALLE DE ASISTENCIA ON ASSIST

OBJETIVO

Entregar a los beneficiarios de IND, servicios en caso de eventos fortuitos por accidente o enfermedad en los cuales tengan la necesidad de recibir una atención médica o concurrir a un centro de atención de Salud.

Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas.

El servicio considera la recepción de solicitudes de atención por parte de ON ASSIST y su coordinación a través de la red nacional de prestadores en convenio, lo anterior con atención exclusiva 24/7.

Adicionalmente, considera un Servicio de Atención de Salud en el extranjero, según las condiciones señaladas en la licitación convocada por el IND.

.
SERVICIOS DE URGENCIA

Coordinación de servicios de urgencia por accidente o enfermedad en todo el territorio nacional y en el extranjero según las condiciones establecidas por IND.

.
ON ASSIST garantiza el total del gasto en salud asociado a esta presentación, hasta los topes señalados en las condiciones particulares.

.
Dentro de los gastos en salud se incluye: Atención de urgencia, medicamentos prescritos, exámenes requeridos y, tratamientos requeridos para restituir la capacidad funcional que el beneficiario tenía previo al evento que generó su atención.

.
TRASLADO MÉDICO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

En caso de accidente o enfermedad que requiera el traslado sanitario del beneficiario, ON ASSIST coordinará el traslado del beneficiario en el medio más idóneo hasta el Centro Asistencial local más adecuado, previa autorización médica.

.
Se entenderá por medio idóneo, el definido en acuerdo con el responsable médico de ON ASSIST, el que, si la circunstancia así lo amerita, podrá ser incluso, por vía aérea.

.
DETALLE DEL SERVICIO

-Atención de Urgencia por accidente o enfermedad

-On Assist coordinará las atenciones de salud para el Beneficiario debidamente individualizado en centros médicos en convenio. Este servicio considera cobertura del 100% sobre el copago del Asegurado, posterior a cobertura de sistema de salud y seguros, sobre atenciones recibidas por el Asegurado dentro del servicio de urgencia tales como:

-Consulta Atención de Urgencia.

-Exámenes inherentes y necesarios a la atención de salud de urgencia (laboratorio e imagenología).

-Medicamentos e insumos de urgencia proferidos durante la atención de urgencia.

-La asistencia se entenderá por finalizada, una vez que el Asegurado se encuentra estabilizado, es decir cuando el paciente que, habiendo estado o estando en una situación de emergencia o urgencia, se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales, de modo que, aun cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado, dentro del

establecimiento o a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.

-El servicio cubre los tratamientos posteriores destinados a restituir el grado de capacidad funcional e independencia que tenía previo al accidente.

-Los topes de cobertura son los señalados en las condiciones particulares.

.

REEMBOLSO

En aquellos casos en que el beneficiario concurra en forma directa a un Centro Asistencial, y las prestaciones requeridas estén cubiertas por la póliza contratada, se procederá al reembolso de todos los gastos incurridos, cumpliendo con las siguientes condiciones:

Deberá hacer uso de todos sus beneficios de salud (FONASA, ISAPRE, Seguros complementarios u otros.).

El Beneficiarios deberá presentar las boletas originales y los respaldos de beneficios recibidos por FONASA, ISAPRES, Seguros complementarios u otros beneficios de salud.

Los topes de cobertura son los señalados en las condiciones particulares.

.

ASISTENCIA EN VIAJE EUROPA, Y EL RESTO DEL MUNDO.

La siguiente cobertura contempla los siguientes adicionales con sus respectivos topes según recuadro:

.

COBERTURA /MONTO

Reembolso de gastos médicos: US 60.000

Gastos Odontológicos: US 4.000

Reembolso de medicamentos: US 4.000

Recuperación en el hotel: US 1.500

Reembolso Test PCR: US 200

Costos de pasaje para acompañante en caso de hospitalización prolongada: Equivalente a clase turista

Costos de alojamiento acompañante: US 2.000

Repatriación funeraria y en vida más traslado médico de emergencia: US 50.000

Cancelación de viaje y/o interrupción de viaje y regreso anticipado: US 3.000

Interrupción de viaje y regreso por fallecimiento familiar: US 3.000

Regreso de acompañantes y retorno de menores: Equivalente a clase turista

Pérdida de equipaje y equipaje especial (equipamiento e implementación deportiva): US 3.000

Reembolso de gastos por demora en equipaje: US 500

Robo computador portátil: US 1.000

Pago de fianzas, honorarios legales, transferencia de fondos en caso de urgencia justificada: US 19.000

Servicio de asistencia : Incluido

Servicio de viaje emergencia : Incluido

Servicio de rastreo, búsqueda y transporte de equipaje y equipaje especial: US2.000

.

ASISTENCIA EN VIAJES, LATINOAMÉRICA

La siguiente cobertura contempla los siguientes adicionales con sus respectivos topes según recuadro:

.

COBERTURA/MONTO

Reembolso de gastos médicos: US 40.000

Gastos Odontológicos: US 2.000

Reembolso de medicamentos: US 2.000

Recuperación en el hotel: US 1.000
Reembolso Test PCR: US 200
Costos de pasaje para acompañante en caso de hospitalización prolongada: Equivalente a clase turista
Costos de alojamiento acompañante: US 1.000
Repatriación funeraria y en vida más traslado médico de emergencia: US 30.000
Cancelación de viaje y/o interrupción de viaje y regreso anticipado: US 2.000
Interrupción de viaje y regreso por fallecimiento familiar: US 2.000
Regreso de acompañantes y retorno de menores: Equivalente a clase turista
Pérdida de equipaje y equipaje especial (equipamiento e implementación deportiva): US 2.000
Reembolso de gastos por demora en equipaje: US 300
Robo computador portátil: US 1.000
Pago de fianzas, honorarios legales, transferencia de fondos en caso de urgencia justificada: US 13.000
Servicio de asistencia: Incluido
Servicio de viaje emergencia: Incluido
Servicio de rastreo, búsqueda y transporte de equipaje y equipaje especial: US 1.000

.
De la asistencia en viaje se considera lo siguiente:
El reembolso o pago de gastos médicos y hospitalarios necesarios incurridos por el asegurado en caso de accidentes o enfermedades de carácter súbito en el extranjero.
El tratamiento médico debe continuar en Chile, con cargo al seguro ya sea por derivación o bien opcionalmente por la modalidad de libre elección (MLE)
Cubre los servicios prestados por un médico en centro hospitalario, en centro de entrenamiento u hotel donde el deportista realice su estancia.
Servicios médicos u hospitalarios para garantizar la recuperación inicial y las condiciones físicas necesarias que permitan la normal continuación del viaje.
Internación hospitalaria y uso del quirófano
Se contemplan servicio de imagenología
Exámenes médicos, de laboratorio, procedimientos de diagnóstico o terapéuticos, derecho de pabellón, incluyendo los insumos utilizados dentro del pabellón, honorarios del equipo médico y arsenalera.
Anestiasias (incluyendo administración de la misma, exámenes o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio).
Fisioterapia: en caso de necesidad de fisioterapia por parte del asegurado, como resultado de lesiones provenientes de accidentes ocurridos o enfermedades contraídas durante el viaje, a condición de que ésta sea prescrita por el médico que atendió al asegurado durante el viaje.
Otros servicios de atención médica necesarios para la recuperación del deportista.
El tratamiento médico podrá continuar en Chile, con cargo al seguro ya sea por derivación o bien opcionalmente por la modalidad de libre elección (MLE)
Repatriación Funeraria: Contempla el pago del traslado de los restos mortales hasta el país de residencia habitual del asegurado, así como proveer un ataúd común o una urna funeraria. Este servicio comprende todo el proceso burocrático para liberación de los restos mortales, pasaje aéreo, embalsamamiento e inhumación local, a petición de los deudos en caso de que se hubiese repatriado o trasladado.
Repatriación en Vida - Traslado Médico por emergencia: Contempla el

pago de los gastos de lesión o enfermedad de carácter súbito del asegurado en que resulte necesaria su evacuación de emergencia.

Incluye los gastos de transporte y tratamiento médico, incluyendo servicios y suministros médicos en que necesariamente se incurrió con motivo de la evacuación de emergencia del asegurado, de ser necesario debe contemplar además el pago del traslado del asegurado y de su equipaje y/o implementación deportiva hasta el país de residencia habitual.

Asesoría en viaje, entregar asesoría al deportista o a su representante en modalidad de atención 24 hrs, los siete días de la semana en idioma español cuando se requiera de orientación para la activación y uso del seguro.

En caso que los beneficiarios posean un seguro asociado a viajes al extranjero, este deberá ser utilizado en primera instancia. Si la cobertura no fuese suficiente o el beneficiario no posea seguro de asistencia en viaje, se activará la actual póliza.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos médicos y hospitalarios efectuados. En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna institución de salud estatal, privada o bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En esa circunstancia, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos, sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

.

La cobertura deberá ser señalada en dólares

Incorpora indemnización por pérdida o demora de equipaje, pérdida de equipo deportivo declarado, rotura de equipos, robos o hurto.

Incorpora elementos especiales para rescates en lugares de difícil acceso, entre otros, transporte en helicóptero, moto de nieve o similar previa coordinación con Proveedor de asistencia.

Incorpora asistencia odontológica y oftalmológica.

Incorpora cobertura para gastos en medicamentos, imagenología y procedimientos si hace uso de libre elección.

Incorpora Gastos de hotel por convalecencia, ya sea por accidentes, enfermedad o cuarenta de Covid-19 v KP3, gripe, el VRS o similar.

No se contemplan deducibles.

Incorpora cobertura íntegramente todos los gastos médicos, tanto en honorarios de equipo médico como de hospitalización, atención ambulatoria, exámenes, procedimientos, tratamiento y seguimiento originados por los siniestros ocurridos.

Incorpora cobertura a deportistas que practiquen cualquier tipo de deporte y disciplina deportiva, sin excluir la práctica de ningún deporte.

Incorpora responsabilidad civil.

Incorpora defensa jurídica

Incorpora gastos por retraso de viajes

Incorpora cancelación, interrupción, regreso anticipado del viaje y retorno de menores.

.

POLÍTICA DE BASE DE DATOS

Con el objetivo de garantizar la seguridad, trazabilidad y correcta actualización de la información, se establece que la base de datos de clientes vigentes asociados al presente convenio deberá ser informada exclusivamente a través de sitio FTP dispuesto por On Assist especialmente para este propósito o por BCI SEGUROS.

Dicho repositorio ha sido implementado para asegurar la confidencialidad y disponibilidad de los datos, permitiendo una

gestión ordenada, centralizada y alineada con los estándares de calidad de On Assist.

Cualquier otro canal de envío o medio de comunicación será considerado no válido y no será procesado.

.

FLUJO OPERATIVO DE LA ATENCIÓN

Los beneficiarios coordinarán sus servicios a través de la Central Telefónica de ON ASSIST, al 56 22 40 55 395 (línea exclusiva de atención NACIONAL) 56 22 99 49 141 (INTERNACIONAL).

Un ejecutivo tomará su requerimiento y le solicitará datos personales para confirmar su suscripción.

.

Se realizará triage para definir el prestador más idóneo y coordinar su derivación a los Centros de Salud en convenio.

El beneficiario debe presentarse con su documento de identidad e indicar que ON ASSIST envió carta de garantía a su nombre.

En aquellos casos de uso de IMED, el beneficiario debe comunicarse en forma previa con la plataforma para habilitar el uso de IMED en la Clínica o Centro de Salud requerido.

La plataforma hará seguimiento de la atención hasta su finalización.

Con posterioridad a la atención, se contactará al cliente para la evaluación de calidad respectiva.

La coordinación a través de ON ASSIST permite que el beneficiario no tenga que hacer desembolsos en dinero, salvo que su requerimiento supere los toques de coberturas señalados en las condiciones particulares.

.

Incapacidad Total y Permanente por Accidente.

El presente seguro cubre de acuerdo al código POL320130570 plan B, depositado en la Comisión para el Mercado Financiero.

.

Desmembramiento Accidental,

El presente seguro cubre de acuerdo al código POL320130570 plan C, depositado en la Comisión para el Mercado Financiero.

.

Gastos Funerarios

El presente seguro cubre de acuerdo al código POL320130570 plan E, depositado en la Comisión para el Mercado Financiero.

.

REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

El presente seguro cubre de acuerdo al código POL320130570 depositado en la Comisión para el Mercado Financiero.

.

Procedimiento de Liquidación de Siniestros

Circular N° 2.106 del 31.05.2013 de C.M.F.

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

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

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

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

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

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

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

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

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

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

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

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de:

Seguros en general: 45 días corridos desde la fecha de denuncia, a excepción de;

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

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

7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Los plazos antes señalados podrán excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia,

pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de entrega 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 al 27 el 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 dispondrá de un plazo de cinco días hábiles para responder la impugnación.

ANEXO N° 1

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de Noviembre de 2013, las Compañías de Seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

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

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

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la 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 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.