

Endoso Modificación de Clausulas

Ramo : Accidentes Personales Innominado

Póliza : 220101927 **Propuesta:** 990135341 **Emisión:** 14/08/2020

Endoso : 220116650 **Ítems:** 1

Vigencia : Desde 20/07/2020 12:00:00 hasta 20/07/2021 12:00:00

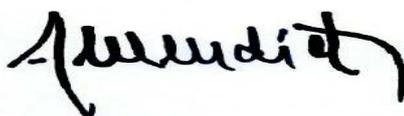
Contratante : INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE, **Rut:** 61.107.000-4
Dirección : Fidel Oteíza N° 1956, Piso 3 ., Providencia

Corredor : WIENECKE CORREDORES DE SEGUROS, **Rut:** 77.214.540-3
Código: 164

Comisión : 30,00% del costo neto del seguro.

Costo del Seguro Estipulado

Moneda	Unidad de Fomento
Monto asegurado	0,00
Costo neto del seguro	0,00
Costo neto total afecto	0,00
Costo neto total exento	0,00
IVA	0,00
Costo total del seguro	0,00



Compañía de Seguros Generales Continental S.A.



Compañía de Seguros Generales Continental S.A.
Av. Isidora Goyenechea 3162 – Piso 4 – Las Condes – Santiago – Chile
Teléfono: (56 2) 2870 1700
www.continental.cl

Ramo : Accidentes Personales Innominado
Póliza : 220101927 **Propuesta:** 990135341 **Sucursal:** Santiago, Chile
Moneda : Unidad de Fomento
Corredor : WIENECKE CORREDORES DE SEGUROS, **Rut:** 77.214.540-3 **Cód.:** 164

Contratante : INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE, **Rut:** 61.107.000-4
Dirección : Fidel Oteíza N° 1956, Piso 3 ., Providencia

Ítem : 1 **Propuesta:** 880187248

Asegurado : INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE, **Rut:** 61.107.000-4
Dirección : Fidel Oteíza N° 1956, Piso 3 ., Providencia

Vigencia : Desde 20/07/2020 12:00:00 hasta 20/07/2021 12:00:00

Descripción del Endoso

Mediante el presente endoso y según acuerdo entre las partes se deja constancia de lo siguiente:

1. DONDE DICE:

PLAZO DE PRESENTACIÓN REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES:

A. NOTIFICAR AL ASEGURADOR, DENTRO DEL PLAZO DE 60 DÍAS, DE LA OCURRENCIA DE CUALQUIER HECHO QUE PUEDA CONSTITUIR O CONSTITUYA UN SINIESTRO, ESTO ES, UN HECHO DAÑOSO CONTEMPLADO Y CUBIERTO EN ESTA PÓLIZA.

– DEBE DECIR:

SEGUNDO: DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO,

PLAZO DE PRESENTACIÓN REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES:

A. NOTIFICAR AL ASEGURADOR, DENTRO DEL PLAZO DE 90 DÍAS, 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.

2. DONDE DICE:

Email: asistenciamedica.cl.geainternacional.com

– DEBE DECIR:

Email: asistenciamedica@cl.geainternacional.com

3. DONDE DICE:

El tiempo de reembolso en libre elección, es desde la fecha del accidente.

– DEBE DECIR:

El tiempo de reembolso en libre elección, corre desde que se emitan los bonos.