

**ANEXO I: PROTOCOLO PARA ASEGURADOS  
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

**INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE**

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN IND ALTO RENDIMIENTO 2020 – 2021**

PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES POL 3.201.30570 DE LA CMF  
ESTE SEGURO CUBRE LAS 24 HRS. DEL DÍA, EN CHILE Y EN EL EXTRANJERO, CONTEMPLA CUALQUIER TIPO DE DEPORTE Y/O DISCIPLINA DEPORTIVA, SEAN ESTAS COMPETENCIAS O ENTRENAMIENTOS DEPORTIVOS, SEGÚN BASES DE LICITACIÓN.

**NO CUBRE PREEXISTENCIAS DERIVADAS DE ACCIDENTES ANTERIORES A LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.**

**REQUISITOS PARA ESTAR ASEGURADO:**

1. ESTAR EN NÓMINA VIGENTE E INFORMADO A LA CÍA. DE SEGUROS GENERALES CONTINENTAL S.A.,
2. EL RUT DEL ASEGURADO DEBERÁ ESTAR CORRECTAMENTE INFORMADO, DE LO CONTRARIO NO SE ENCUENTRA CON COBERTURA.
3. EL DEPORTISTA QUE NO ESTÁ EN NÓMINAS NO SE ENCUENTRA ASEGURADO.
4. LA COBERTURA DE REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, TIENE LA OPCIÓN DE COORDINACION MEDICA POR CENTRAL DE ASISTENCIA Y ATENCION LIBRE ELECCIÓN.

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ASEGURADOS (ATENCIÓN CON CONVENIO PRESTADORES MEDICOS)**

COMO FUNCIONA:

- 1.- LLAMAR A CENTRAL DE ASISTENCIA NUMERO **+56 228203074**, LAS 24 HORAS DEL DÍA LOS 365 DIAS DEL AÑO.
- 2.- IDENTIFICARSE CON SU NUMERO DE CEDULA DE IDENTIDAD, PARA QUE LA ASISTENCIA CHEQUEE SU CALIDAD DE ASEGURADO Y PROCEDER CON LA COORDINACIÓN MEDICA NECESARIA.
- 3.- LA EMPRESA DE ASISTENCIA LE PROPODRA EL CENTRO MEDICO DONDE CONCURRIR, DE LOS CUALES EXISTE IMED COMO HERAMIENTA PARA EL USO DEL SISTEMA DEL SALUD DEL ASEGURADO, LA DIFERENCIA NO CUBIERTA POR EL SISTEMA DE SALUD DEL ASEGURADO LO CUBRE CONTINENTAL HASTA EL TOPE DE LA COBERTURA POR EVENTO.
- 4.- EN CASO DE REQUERIR NUEVAS ATENCIONES A CONSECUENCIA DEL MISMO ACCIDENTE, PUEDE COORDINAR LOS SERVICIOS A TRAVÉS DE LA EMPRESA DE ASISTENCIA.
- 5.- DE EXISTIR GASTOS QUE SEAN EFECTUADOS FUERA DE LA CLINICA A LA CUAL FUE DERIVADO EL ASEGURADO, PODRAN SER REEMBOLSADOS POR LA COMPAÑÍA DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO DE LIBRE ELECCIÓN QUE YA SE HA EXPLICITADO.
- 6.- EN CASO DE SER NECESARIA UNA HOSPITALIZACIÓN Y/O INTERVENCIÓN QUIRURGICA, SE SOLICITARÁ QUE EL ASEGURADO FIRME PAGARE POR EL POTENCIAL MAYOR COSTO DE COBERTURA EN CASO QUE SUPERE EL MONTO ASEGURADO (UF500).

**PLAZO DE PRESENTACIÓN REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES:**

PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES, EL **PLAZO DE NOTIFICACIÓN DE GASTOS ES 180 DÍAS CORRIDOS DESDE LA FECHA DE EMISIÓN DE LOS BONOS, FUERA DE ESE PLAZO EL SEGURO NO CUBRIRÁ LOS GASTOS.**

**SISTEMA LIBRE ELECCIÓN O SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES:**

LOS DEPORTISTAS QUE HAGAN USO DEL SEGURO PARA LA COBERTURA DE **REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES EN MODALIDAD “LIBRE ELECCIÓN”**, PARA SOLICITAR EL REEMBOLSO A LA COMPAÑÍA, DEBEN PRIMERO HACER USO OBLIGATORIAMENTE DE SU SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD. LA COBERTURA CONSIDERA EL 100% DE REEMBOLSO PARA QUIENES NO CUENTEN CON SISTEMA DE SALUD.

EL MÉDICO TRATANTE DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO LIBRE ELECCIÓN CON FECHA, FIRMA, RUT Y REGISTRO DEL COLEGIO MÉDICO PROPORCIONADO A IND, POR CÍA. DE SEGUROS GENERALES CONTINENTAL S.A.

CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA EN QUE EL ASEGURADO HAYA INFORMADO EN ESTE FORMULARIO LIBERA A LA COMPAÑÍA DE TODA RESPONSABILIDAD EN ESTE RECLAMO Y ES CAUSAL DE NO PAGO DEL SINIESTRO, FACULTANDO A LA ASEGURADORA PARA CORROBORAR LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN DICHO FORMULARIO.

CADA DEPORTISTA DEBERÁ ENTREGAR LOS GASTOS DE LOS **REEMBOLSOS LIBRE ELECCIÓN**, EN AVDA. ISIDORA GOYENECHEA N° 3162, PISO 4°, LAS CONDES, SANTIAGO, MESA DE ENTRADA EN RECEPCIÓN.

**EL PAGO SE REALIZARÁ CON VALE VISTA BANCARIO, O TRANSFERENCIA BANCARIA SEGÚN CORRESPONDA A LA SOLICITUD**

**MONTOS ANUALES DE COBERTURA POR DEPORTISTA:**

- MUERTE ACCIDENTAL	<b>UF 500</b>
- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE	<b>UF 500</b>
- DESMEMBRAMIENTO	<b>UF 500</b>
- REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	<b>UF 500</b>
- GASTOS FUNERARIOS	<b>UF 70</b>

EL CAPITAL ASEGURADO PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, ES POR EVENTO.

**ESTA PÓLIZA NO CUBRE ENFERMEDADES, SÓLO ACCIDENTES.**

**DOCUMENTOS SOLICITADOS EN ORIGINAL, LIBRE ELECCIÓN PARA REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES:**

- FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE LIBRE ELECCIÓN, DEBIDAMENTE COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO, CON FECHA, RUT Y REGISTRO DEL COLEGIO MÉDICO.
- HABER HECHO USO PRIMERO DE SU SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD.
- BONOS DE ATENCIONES EN ORIGINAL.
- ÓRDENES MÉDICAS (RADIOGRAFÍA, ETC.) EN ORIGINAL.
- RECETAS MÉDICAS FIRMADAS CON DETALLE DE MEDICAMENTOS RECETADOS, Y SUS RESPECTIVAS BOLETAS DE FARMACIAS TIMBRADAS EN ORIGINAL.
- PROGRAMA MÉDICO Y TODOS LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ACCIDENTADO, ETC. EN ORIGINAL.