

TERMOS E CONDIÇÕES

CONTRATANTES DE SEGUROS

CHUBB SEGUROS DE CHILE SA

O que ele cobre?

Dependendo do plano contratado para viagens de ida e volta, nacionais e internacionais, a apólice compensará os danos sofridos pelo segurado como resultado de um acidente, doença ou qualquer outro evento coberto que ocorra durante uma viagem. Da mesma forma, indenizará os beneficiários designados, em caso de morte acidental do segurado como resultado de um acidente que ocorre durante uma viagem do segurado.

Os termos e condições aplicáveis ao o plano de contrato de seguro eo cliente aceita são detalhados neste documento, que é entendida para formar r parte integrante C ONDIÇÕES geral da política depositado na CMF, POL 320180032 código, e as condições particulares de Certifique-se que você aplica aos voos domésticos ou em vôos em todo o mundo, conforme o caso, que são incorporadas em anexo um deste documento.

Para o Serviço de Assistência em Viagem, a Chubb contratou os serviços da Europ Assistance.

Planos:

Uma maneira:

Doméstico (Plano Doméstico):

	Montante máximo a compensar
Seção A - Acidentes pessoais:	
AI: Morte acidental	US \$ 10.000
AI e A5: AI Morte acidental e desmembramento Acidental	US \$ 10.000
Seção E - Cancelamento, interrupção, retorno antecipado e retorno de menores:	
EI: Cancelamento de viagem	Passagem aérea de ida e volta até US \$ 250
Seção G - Perda de bagagem e reembolso de despesas com bagagem em atraso:	
G1: Bagagem perdida	US\$ 200

Internacional (Plano Online da América do Sul):

	Montante máximo a compensar
Seção A - Acidentes Pessoais:	
AI: Morte acidental	US\$ 25.000
AI e A5: AI Morte Acidental e Desmembramento Acidental	US\$ 25.000
Seção E - Cancelamento, interrupção, retorno antecipado e retorno de menores:	

E1: Cancelamento de viagem	Bilhete aéreo de ida até US \$ 400
Seção G - perda de bagagem e reembolso de despesas com bagagem em atraso:	
G1: Bagagem perdida	US\$ 600
G2: Reembolso de despesas com malas atrasadas	US\$ 100

Ida e volta

Doméstico (Plano Interno):

	Montante máximo a compensar
Seção A - Acidentes Pessoais:	
A1: Morte acidental	US\$ 10.000
Seção B - Reembolso de despesas médicas, odontológicas, de medicamentos e de evacuação médica de emergência:	
B1: Reembolso de despesas médicas e hospitalares necessárias para acidentes e / ou doenças	US\$ 5.000
B1: Despesas médicas para COVID-19 durante a viagem	US\$ 5.000
B2: Reembolso de despesas odontológicas	US\$ 500
B3: Reembolso de drogas	US\$ 500
Seção C - Despesas de recuperação de hotel e despesas de acompanhante:	
C1: Recuperação de hotel	US\$ 250
C2: Custo do passageiro para acompanhante em caso de hospitalização prolongada	Passagem aérea de ida e volta até US \$ 250
Seção D - Repatriamento:	
D1: Repatriação fúnebre	US\$ 2.500
D2: Repatriação na vida - transferência médica de emergência	US\$ 2.500
Seção E - Cancelamento, interrupção, retorno antecipado e retorno de menores:	
E1: Cancelamento de viagem	Passagem aérea de ida e volta até US \$ 250
E2: Interrupção de viagem e retorno antecipado - ampla cobertura	Custo de câmbio de até US \$ 250
E5 retorno de menores	Passagem aérea de ida e volta até US \$ 250
Seção G - perda de bagagem e reembolso de despesas com bagagem em atraso:	
G1: Bagagem perdida	US\$ 400

Internacional (Plano Online da América do Sul):

	Montante máximo a compensar
Seção A - Acidentes Pessoais:	
A1: Morte acidental	US\$ 25.000
Seção B - Reembolso de despesas médicas, odontológicas, de medicamentos e de evacuação médica de emergência:	
B1: Reembolso de despesas médicas e hospitalares necessárias para acidentes e / ou doenças	US \$ 10.000
B1: Despesas médicas para COVID-19 durante a viagem	US \$ 30.000
B1: Compensação em caso de hospitalização por COVID 19	US\$ 150 por noite
B2: Reembolso de despesas odontológicas	US\$ 1.000
B3: Reembolso de medicamentos	US\$ 1.000
Seção C - Despesas de recuperação de hotel e despesas de acompanhante:	

C1: Recuperação do hotel	US\$ 500
C2: Custo do passageiro para acompanhante em caso de hospitalização prolongada	Passagem aérea de ida e volta até US \$ 500
C3: Custo do alojamento associado	US \$ 1.500 (US \$ 150 por dia)
Seção D - Repatriamento:	
D1: Repatriação fúnebre	US\$ 5.000
D1: Repatriamento de funeral para COVID-19	US\$ 30.000
D2 Repatriação na vida - transferência médica de emergência	US\$ 5.000
Seção E - Cancelamento, interrupção, retorno antecipado e retorno de menores:	
E1: Cancelamento de viagem	Passagem aérea de ida e volta até US \$ 400
E2: Interrupção de viagem e retorno antecipado - ampla cobertura	Câmbio de até US \$ 400
E5: Retorno de menores	Passagem aérea de ida e volta até US \$ 500
Seção G - Perda de bagagem e reembolso de despesas com bagagem em atraso:	
G1: Bagagem perdida	US\$ 600
G2: Reembolso de despesas com malas atrasadas	US\$ 100

O que não cobre?

A apólice não concede nenhuma das coberturas ou benefícios estipulados nela, quando eles se originam ou são uma consequência:

- 1) Doenças ou doenças pré-existentes à viagem do segurado e quaisquer de suas seqüências, incluindo convalescença e alterações durante tratamentos que ainda não estão consolidados e as seqüelas de doença são anteriores à viagem. Para fins de aplicação dessa exclusão, no momento da contratação, a companhia de seguros deve consultar o segurado e sobre todas as doenças ou condições pré-existentes que possam implicar uma limitação ou exclusão de cobertura. Deve ser registrado nas condições particulares dessas doenças, condições médicas ou condições de saúde preexistentes declaradas pela parte contratante ou segurado, que não serão cobertas ou, inversamente, nas condições em que serão cobertas.
- 2) Participação nas seguintes atividades ou esportes: passageiro em aviação particular, paraquedismo, asa delta, parapente, bungee jumping, montanhismo, escalada, motociclismo, artes marciais, boxe, luta, rodeio, rugby, equitação, pólo e aqueles que expressamente excluídos nas condições particulares da política
- 3) Suicídio, tentativa de suicídio ou lesão violada intencionalmente pelo próprio segurado.
- 4) tratamentos de fertilidade, incluindo serviços e suprimentos relacionados ao diagnóstico e tratamento da infertilidade ou outros problemas relacionados à capacidade de conceber; controle de natalidade, incluindo intervenções cirúrgicas e dispositivos para esse fim;
- 5) Assistência ao parto e gravidez, a menos que seja uma complicação repentina, clara e imprevisível e o tempo de gravidez seja inferior a 24 semanas;
- 6) Prestação de serviços nas forças armadas ou unidades auxiliares em casos de guerras civis nacionais ou estrangeiras, tumultos, movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, missões para obter ou manter a paz ;
- 7) Doenças epidêmicas e suas consequências, direta ou indiretamente de uma pandemia, declaradas pela organização mundial de saúde ou pelo organismo que a substitui, ou pela autoridade correspondente de qualquer um dos países, locais ou regiões afetados. Porém, esta exclusão não será aplicável no caso de diagnóstico de COVID 19, o anterior em caso de necessidade de atendimento médico pela cobertura BI e

somente se o atendimento médico ocorrer durante a viagem do segurado, e em caso de Repatriação de Restos Mortais pela COVID-19 na cobertura DI.

8) T fato odo reconhecer sua origem ou resultantes de uma viagem para, em ou através de qualquer um dos países ou territórios especificados nas condições particulares da política, como também o pagamento solicitado naquele país, qualquer que seja a causa , mesmo que a permanência no país excluído possa ser considerada fortuita para o segurado.

9) C omissão de atos classificados como crime, bem como participação ativa em rebelião, revolução, levante, assonância, motim, comoção civil, subversão e terrorismo.

10) Encontre o segurado em estado de embriaguez ou sob a influência de qualquer narcótico, a menos que tenha sido administrado mediante receita médica. Esses estados devem ser qualificados pela autoridade competente.

11) D que o segurado atue como piloto ou tripulação de aeronave civil ou comercial, a menos que expressamente e especificamente previsto e coberto pela seguradora.

12) Infecções bacterianas, exceto infecções piogênicas que resultam de feridas, cortes ou amputações acidentais.

13) Hérnia e suas conseqüências, qualquer que seja a causa da qual elas possam vir.

14) Tratamentos médicos ou cirúrgicos que não sejam os necessários como resultado de ferimentos ou doenças cobertos por esta política. Portanto, se o segurado viaja para o exterior para receber tratamento médico específico, esses benefícios serão expressamente excluídos da cobertura desta apólice.

15) Exames médicos de rotina.

16) Curas de descanso, assistência médica, períodos de quarentena ou isolamento.

17) Uma infecção oportunista , ou uma neoplasia maligna (câncer), se no momento da morte ou doença o segurado sofria ou era portador da síndrome da imunodeficiência adquirida. Para esse fim, será entendido como:

(i) " Síndrome da imunodeficiência adquirida", definida para esse fim pela organização mundial de saúde.

(ii) A infecção oportunista inclui, mas não deve se limitar, a pneumonia causada por pneumocystis carinii , organismo de enterite crônica, infecção viral ou infecção micobacteriana disseminada.

(iii) A neoplasia maligna inclui, mas não deve se limitar a , sarcoma kaposi , linfoma do sistema nervoso central ou outras doenças malignas conhecidas ou que podem ser conhecidas como causas imediatas de morte na presença de uma imunodeficiência adquirida.

(iv) A síndrome de imunodeficiência adquirida deve incluir encefalopatia por HIV (demência) . (vírus da imunodeficiência humana) e síndrome de perda do HIV . (vírus da imunodeficiência humana).

18) Tratamento ou cirurgia dentária, exceto lesões em dentes naturais saudáveis, causadas por um acidente.

19) Todos os tipos de tratamentos para obesidade.

20) Diagnóstico e tratamento da acne.

21) Tratamentos de droga ou álcool abuso , lesões, doença ou tratamento causada pela ingestão voluntária de barbitúricos, barbitúricos, drogas e outras substâncias análogas ou efeitos semelhantes.

22) Participação em carreiras, apostas, competições e desafios remunerados ou que são a principal ocupação do segurado.

23) Um ato criminoso cometido, como autor ou cúmplice, por um beneficiário ou que possa reivindicar o valor segurado ou indenização.

24) A assistência por serviços contratados pelo segurado sem autorização prévia do centro de assistência, a menos que seja creditado à satisfação da empresa que, por força maior, não foi possível exigir autorização prévia.

25) As despesas médicas, hospitalares ou de assistência médica incorridas fora do território de cobertura, conforme determinado nas condições específicas da apólice.

26) Qualquer tipo de doença mental ou nervosa, ou assistência para doença mental ou condições patológicas produzidas durante a viagem pela ingestão voluntária de álcool, drogas, substâncias tóxicas, narcóticos ou medicamentos adquiridos sem receita médica.

27) A pedido de assistência ou cobertura, que consiste no fornecimento de próteses, óculos e lentes de contato, mesmo que obedeçam a eventos que ocorreram durante a viagem.

28) A pedido de assistência ou cobertura para qualquer evento, perda, lesão, dano ou responsabilidade legal que ocorra como consequência direta ou indireta de uma viagem para, ou através de qualquer um dos seguintes países : Afeganistão, Cuba , República Democrática do Congo, Irã, Iraque, Libéria, Sudão ou Síria ou qualquer país que entre na lista O fac.

29) A pedido de assistência ou cobertura por qualquer perda, lesão, dano ou responsabilidade legal sofrida direta ou indiretamente por um terrorista ou membro de uma organização terrorista, traficante de drogas ou fornecedor de armas nucleares, químicas ou biológicas.

30) Riscos de radiação, reação nuclear ou atômica ou contaminação radioativa.

31) Nomeações congênitas e distúrbios que surgem de tais anomalias ou que estão relacionados a elas.

A empresa pode avaliar e fornecer cobertura aos riscos descritos recentemente nesta apólice, com um pagamento adicional de prêmio, se aplicável, e deixando expressamente estabelecido nas condições particulares da apólice, os riscos cobertos por esta estipulação.

32) Exclusões adicionais e específicas para cobertura B1 reembolso de despesas médicas e hospitalares necessárias para acidentes e / ou doenças . Além das exclusões descritas acima, o reembolso solicitado não será feito quando as despesas médicas ou hospitalares se originarem em qualquer uma das seguintes situações:

32.1.- Serviços , suprimentos ou tratamentos, incluindo qualquer período de hospitalização que não tenha sido recomendado, aprovado e certificado como clinicamente necessário pelo médico.

32.2.- Exames físicos de rotina ou outros exames em que não há indicações objetivas ou deterioração do estado normal de saúde ou diagnóstico laboratorial ou radiografias.

32.3.- Reparação, cirurgia plástica, exceto como resultado de uma lesão que ocorreu durante uma viagem do segurado.

32.4.- T tratamentos rejuvenescedores ou estéticos.

32.5.- Despesas com compras de próteses não originadas como resultado de um acidente coberto por esta apólice.

32.6.- Normalidades e condições congênicas que deles resultam.

32.7.- Despesas incorridas com pés frágeis, deformados ou chatos, calos ou unhas dos pés.

32.8.- Diagnóstico e tratamento da acne.

32.9.- Tique desviado, incluindo ressecção submucosa e / ou qualquer correção cirúrgica do mesmo.

32.10.- Cuidado de crianças saudáveis, incluindo exames e imunizações (vacinas).

32.11.- Lentes de contato, aparelhos auditivos e exames para a prescrição ou ajuste dos mesmos, a menos que a lesão ou doença tenha causado a deterioração da visão ou audição.

32.12.- Distúrbios mentais, nervosos ou emocionais ou curas do sono.

32.13.- Procedimentos opcionais ou avançar tratamentos ou procedimentos de longo prazo.

33) Exclusões adicionais e específicas para cobertura B 2 reembolso de despesas odontológicas, além das exclusões expostas, o reembolso solicitado não será feito quando a despesa odontológica se originar em qualquer uma das seguintes situações:

33.1.- Qualquer tratamento de rotina que não seja clinicamente necessário.

33.2.- tratamentos rejuvenescedores ou estéticos, despesas com compras de próteses (são excluídas as despesas com arranjos de próteses dentárias ou substituições resultantes de trauma).

34) Exclusões adicionais e específicas para bagagem perdida na cobertura do G1. Além das exclusões descritas acima, o reembolso solicitado não será feito quando a despesa se originar em qualquer uma das seguintes situações:

34.1.- Se a bagagem for confiscada ou retida pela alfândega ou outra autoridade governamental;

34.2.- Se o segurado for membro ou operador da tripulação nos meios de transporte público autorizado que deu origem ao evento;

34.3.- Se a notificação de roubo, furto ou perda da empresa de transporte público autorizada, por meio do relatório correspondente, tiver sido omitida antes de sair do local de desembarque;

34.4.- Se o segurado não tomar as medidas necessárias para proteger ou recuperar a bagagem perdida.

35) EXCLUSÃO adicionais e específicas para a cobertura G2 re despesas ensacadas para a bagagem atrasada. Além das exclusões descritas acima, o reembolso solicitado não será feito quando a despesa se originar em qualquer uma das seguintes situações:

35.1.- Se a bagagem for confiscada ou retida pela alfândega ou outra autoridade governamental;

35.2.- Se o segurado for um membro ou operador da tripulação nos meios de transporte público autorizado que deu origem ao evento;

35.3.- Se a notificação de roubo, furto ou perda para a empresa transportadora tiver sido omitida, por meio do relatório correspondente, antes de deixar o local de desembarque.

35.4.- Se o segurado não tomar as medidas necessárias para proteger ou recuperar a bagagem perdida.

Quem cobre os riscos?

A Seguradora que assume os riscos e oferece o seguro é a CHUBB Seguros Chile SA

O JetSMART se limitará exclusivamente a dar acesso ao seu site, para que a Chubb possa comercializar seguros e terceiros possam adquiri-lo da Chubb. O JetSMART não detém, em nenhum caso, a qualidade da companhia de seguros, agente de vendas e / ou corretor de seguros.

Condições de Segurabilidade:

Para adquirir este seguro, os seguintes requisitos devem ser atendidos:

- O limite de idade para entrar na apólice é de 99 anos e 364 dias. Isso significa que o segurado não deve ter essa idade no momento da contratação do seguro, independentemente da data efetiva da viagem subsequente.
- Titular e Adicional devem adquirir seu seguro no Chile.

Validade do Seguro:

- A cobertura de morte acidental e desmembramento entrará em vigor, para cada indivíduo segurado a partir do momento em que o segurado iniciar a jornada do seu domicílio particular ou de trabalho, quando apropriado, até o aeroporto para fazer sua viagem até o final do mesmo. A viagem é um dos casos de hedge concluídas num caminho (um caminho), quando o passageiro tenha chegado ao seu alojamento na chegada.
- No caso de cobertura de ida e volta, a cobertura também terminará no momento do retorno do segurado ao seu trabalho ou domicílio particular, desde que ocorra dentro de 24 horas da data do último dia de cobertura contratada pelo segurado. O segurado. No caso de o segurado ter contratado cobertura por menos dias do que toda a estada ou duração da viagem, ele será coberto apenas até o último dia calendário contratado. Um certificado será emitido por passageiro (segurado)
- Permite alteração de data até um dia antes da data de início da viagem original
- Em caso de solicitação de retorno, isso pode ser feito até um dia antes da data de início da viagem e será gratuito. A comunicação deve ser enviada para a caixa de e-mail customers.chile@chubb.com
- Não requer Declaração de Saúde Pessoal (DPS) e o seguro não considera falta.

Método de Pagamento Premium:

O prêmio será cobrado nos meios de pagamento escolhidos pelo segurado no momento da contratação do seguro.

Chubb Seguros de Chile SA, Função Única de Imposto N° 99.225.000-3, com domicílio em Miraflores 222, 17° andar, comuna e cidade de Santiago.

Anexo A

Condições Particulares Plano Doméstico

Essas condições particulares são parte integrante desta apólice de seguro, juntamente com suas condições gerais registradas no registro de apólices CMS sob os códigos POL 320180032.

Plano Online Doméstico
Apólice de seguro No. 7635209

Companhia de seguros

Chubb Seguros Chile S.A.

Rute: 99.225.000-3

Endereço: Miraflores 222, 17º andar, Santiago.

Segurado

Indivíduos que desejam este seguro e cumprir os requisitos de segurabilidade.

Requisitos para insurability

- Idade mínima de admissão: 0 anos.
- Idade máxima de admissão: 99 anos e 364 dias.
- Idade de permanência: 99 anos e 364 dias.

Validade da política principal

- 01/03/2019 até 01/03/2022

Gráfico de cobertura de acordo com o plano doméstico

Plano 1: Somente ida

	Montante máximo a compensar
Seção A - Acidentes pessoais:	
AI: Morte acidental	US \$ 10.000
AI e A5: AI Morte acidental e desmembramento Acidental	US \$ 10.000
Seção E - Cancelamento, interrupção, retorno antecipado e retorno de menores:	
EI: Cancelamento de viagem	Passagem aérea de ida e volta até US \$ 250
Seção G - Perda de bagagem e reembolso de despesas com bagagem em atraso:	
GI: Bagagem perdida	US\$ 200

Plano 2: Ida e Volta

	Montante máximo a compensar
Seção A - Acidentes Pessoais:	
AI: Morte acidental	US\$ 10.000
Seção B - Reembolso de despesas médicas, odontológicas, de medicamentos e de evacuação médica de emergência:	
B1: Reembolso de despesas médicas e hospitalares necessárias para acidentes e / ou doenças	US\$ 5.000
B1: Despesas médicas para COVID-19 durante a viagem	US\$ 5.000
B2: Reembolso de despesas odontológicas	US\$ 500
B3: Reembolso de drogas	US\$ 500
Seção C - Despesas de recuperação de hotel e despesas de acompanhante:	
C1: Recuperação de hotel	US\$ 250
C2: Custo do passageiro para acompanhante em caso de hospitalização prolongada	Passagem aérea de ida e volta até US \$ 250
Seção D - Repatriamento:	
DI: Repatriação fúnebre	US\$ 2.500

D2: Repatriação na vida - transferência médica de emergência	US\$ 2.500
Seção E - Cancelamento, interrupção, retorno antecipado e retorno de menores:	
E1: Cancelamento de viagem	Passagem aérea de ida e volta até US \$ 250
E2: Interrupção de viagem e retorno antecipado - ampla cobertura	Custo de câmbio de até US \$ 250
E5 retorno de menores	Passagem aérea de ida e volta até US \$ 250
Seção G - perda de bagagem e reembolso de despesas com bagagem em atraso:	
G1: Bagagem perdida	US\$ 400

Beneficiários

Para cobertura de morte acidental, a empresa pagará uma indenização aos beneficiários indicados pelo segurado no momento da contratação, na ausência de designação, eles serão os herdeiros legais do segurado, que teriam sido declarados como tal no certificado correspondente de posse efetiva. No restante da cobertura, o beneficiário será o próprio segurado.

Assunto segurado

Pessoas singulares que podem ser afetadas pelos riscos cobertos nesta política.

Coberturas

Ele é coberto de acordo com as condições gerais da política de acidentes pessoais, de acordo com POL 320180032 da CMF.

Para os fins desta política, será entendida como morte como consequência direta e imediata de um acidente, o que ocorrerá o mais tardar dentro de noventa (90) dias após o acidente.

Seção A: acidentes pessoais.

A1: morte acidental por acidente ocorrida durante a viagem do segurado

A empresa pagará aos beneficiários o valor especificado na tabela de cobertura do segurado, imediatamente após receber e aprovar as evidências de que a morte do segurado ocorreu como consequência **direta e imediata** de um acidente, ocorrido durante a viagem do segurado especificada no momento da contratação do seguro.

No caso de essa cobertura se tornar efetiva, a empresa deduzirá do valor a ser pago, o valor total já pago ao segurado pelo mesmo acidente sob a cobertura definida nas alternativas a5, caso tenham sido contratados.

Seção B - reembolso de despesas médicas, odontológicas, de medicamentos e de evacuação médica de emergência incorridas como resultado de um acidente ocorrido durante a viagem ou doença diagnosticada pela primeira vez ou contraída durante a viagem do segurado:

Todas as despesas da cobertura indicadas nesta apólice na seção b serão consideradas como uma única despesa combinável, nunca podendo, na soma de todas elas, exceder o valor estabelecido na tabela de cobertura por segurado b cobertura de alho b1 despesas médicas por acidente e / ou doença.

As despesas que serão reconhecidas sob esta cobertura serão razoáveis e costumeiras, conforme definido na POL 320180032.

Para os fins desta política, as despesas médicas e hospitalares necessárias são apenas as indicadas na POL 320180032.

A empresa concederá a cobertura desta seção, na medida em que as despesas pelas quais o reembolso for solicitado tenham sido incorridas como resultado de um acidente ocorrido durante a viagem do segurado

ou como resultado de uma doença contratada ou cujo diagnóstico ser feita pela primeira vez durante essa viagem.

B1 reembolso das despesas médicas e hospitalares necessárias incorridas como resultado de um acidente que ocorreu durante a viagem ou doença diagnosticada pela primeira vez ou contraída durante a viagem do segurado:

A empresa procederá ao reembolso ou pagamento das despesas médicas e hospitalares necessárias incorridas pelo segurado, na medida em que resultem de um acidente ocorrido durante a viagem ou doença súbita que foi diagnosticada ou contraída pela primeira vez durante a viagem. Do segurado, até o limite estabelecido na tabela de benefícios especificados nas condições particulares e / ou no certificado de cobertura, tudo de acordo com o plano contratado, menos qualquer outro valor pago ao segurado pelo mesmo acidente ou doença de natureza repentina sob as coberturas definidas nas seções B2, B3 e B4.

Será uma condição necessária para prosseguir com o reembolso, a apresentação pelo segurado dos recibos ou faturas originais das despesas médicas e hospitalares incorridas.

Caso o segurado tenha benefícios de qualquer instituição de saúde estatal, privada ou assistencial, ele deve usá-los anteriormente. Nessa circunstância, a apresentação das cédulas ou faturas originais não será necessária se, em vez delas, houver documentos comprovativos dos benefícios já recebidos e das despesas reais incorridas pelo segurado. Nesses casos, apenas as despesas efetivamente suportadas pelo segurado serão reembolsadas.

Condições:

-a empresa responsável terá o direito de submeter o segurado a exames médicos, conforme razoavelmente necessário, enquanto o pedido correspondente ao pagamento de um benefício estiver pendente.

-no único caso em que a gravidade do acidente ou doença impeça o segurado de ligar para o centro de assistência, ele poderá solicitar reembolso de despesas médicas, para as quais o segurado deve apresentar:

A) diagnóstico médico;

B) Carta com uma breve descrição do que aconteceu, incluindo os dados específicos da apólice de seguro contratada e de acordo com o que está especificado nas condições particulares;

C) comprovante original de pagamento.

- se não for definido de outra maneira nas condições particulares, todas as despesas da cobertura indicada nesta apólice na seção b serão consideradas como uma única despesa combinável, nunca podendo, na soma de todas elas, exceder o valor estabelecido nas condições particulares sob cobertura B1 despesas médicas por acidente e / ou doença.

- As despesas médicas devido a um acidente ou doença coberta por esta política são limitadas ao tratamento de emergência de condições agudas e visam cobrir eventos repentinos e imprevisíveis em que uma doença ou produto de um acidente claro, verificável e agudo foi diagnosticado por um médico. impedir a continuação normal da viagem especificada nas condições particulares ou no momento da contratação do seguro e, pelo mesmo motivo, não são fornecidas para procedimentos de longo prazo, mas para garantir a recuperação inicial e as condições físicas que permitam a continuação normal do seguro. viagem do segurado.

B2 reembolso das despesas odontológicas necessárias como resultado de emergência odontológica devido a acidente e / ou doença incorrida como resultado de um acidente ocorrido durante a viagem ou doença diagnosticada ou contraída pela primeira vez durante a viagem do segurado:

A empresa reembolsará, até o limite estabelecido na tabela de benefícios especificados nas condições particulares e / ou no respectivo certificado de cobertura, as despesas correspondentes aos serviços odontológicos de emergência clinicamente necessários recebidos pelo segurado durante sua viagem, como resultado de dor aguda, súbita e repentina nos dentes, produto de um acidente ocorrido na viagem ou doença diagnosticada pela primeira vez ou contraída durante a viagem do segurado.

O primeiro tratamento deve ser realizado no exterior e iniciar dentro de 24 (vinte e quatro) horas após a emergência ou no momento em que a dor aguda, súbita e súbita ocorreu pela primeira vez.

Esta cobertura inclui reembolso ou pagamento de despesas em arranjos ou substituições de próteses dentárias, desde que surjam de trauma. O fato de ocorrer uma emergência odontológica não significa que, apenas por esse motivo, seja o objeto do benefício, que será devidamente qualificado de acordo com o histórico fornecido pelo médico assistente.

Será uma condição necessária para prosseguir com o reembolso, a apresentação pelo segurado das faturas ou faturas originais, verificando as despesas dentárias incorridas.

Caso o segurado tenha benefícios de qualquer instituição de saúde estatal, privada ou assistencial, ele deve usá-los anteriormente. Nessa circunstância, a apresentação das cédulas ou faturas originais não será necessária se, em vez delas, houver documentos comprovativos dos benefícios já recebidos e das despesas reais incorridas pelo segurado. Nesses casos, apenas as despesas efetivamente suportadas pelo segurado serão reembolsadas.

Condições:

-no único caso em que a gravidade do acidente ou doença impeça o segurado de ligar para o centro de assistência, ele poderá solicitar reembolso de despesas médicas, para as quais o segurado deve apresentar:

A) diagnóstico médico;

B) Carta com uma breve descrição do que aconteceu, incluindo os dados específicos da apólice de seguro contratada e de acordo com o que está especificado nas condições particulares;

C) comprovante original de pagamento.

- A empresa responsável terá o direito de submeter o segurado a exames médicos, sempre que necessário, enquanto estiver pendente o pedido correspondente ao pagamento de um benefício.

- se não for definido de outra maneira nas condições particulares, todas as despesas da cobertura indicada nesta apólice na seção b2 serão consideradas como uma única despesa combinável, nunca podendo, na soma de todas elas, exceder o valor estabelecido nas condições particulares sob cobertura B1 despesas médicas por acidente e / ou doença.

Reembolso B3 de medicamentos prescritos como resultado das circunstâncias descritas acima

A empresa reembolsará, até o limite estabelecido na tabela de benefícios especificados nas condições particulares e / ou no respectivo certificado de cobertura, as despesas com a compra dos medicamentos necessários prescritos ao segurado como resultado dos cuidados médicos ou odontológicos indicados no cobertura b1 e b2, sujeita ao limite estabelecido na tabela de benefícios especificada nas condições particulares e / ou no respectivo certificado de cobertura, desde que as despesas tenham ocorrido durante a viagem do segurado e tenham sido prescritas por um médico que Você participou durante a viagem especificada nas condições particulares ou no momento da contratação do seguro.

No caso de ser medicamento necessário, se o segurado não puder ter acesso a medicamentos específicos por não estarem disponíveis nos países onde ele está durante a viagem, eles podem ser enviados diretamente do Chile. Isso se aplica desde que a descontinuidade do uso do medicamento ponha em risco a vida do segurado e eles tenham sido prescritos por um médico local.

Será uma condição necessária para proceder com o reembolso, a apresentação pelo segurado das faturas ou faturas originais, verificando as despesas com os medicamentos feitos.

Caso o segurado tenha benefícios de qualquer instituição de saúde estatal, privada ou assistencial, ele deve usá-los anteriormente. Nessa circunstância, a apresentação das cédulas ou faturas originais não será necessária se, em vez delas, houver documentos comprovativos dos benefícios já recebidos e das despesas

reais incorridas pelo segurado. Nesses casos, apenas as despesas efetivamente suportadas pelo segurado serão reembolsadas.

Condições:

- no caso de solicitar reembolso de medicamentos, o segurado deve apresentar:

A) diagnóstico médico;

B) carta com uma breve descrição do ocorrido, incluindo os dados específicos da apólice de seguro contratada;

C) comprovante original de pagamento.

- A empresa responsável terá o direito de submeter o segurado a exames médicos, sempre que necessário, enquanto estiver pendente o pedido correspondente ao pagamento de um benefício.

- todas as despesas da cobertura indicada nesta apólice na seção b3 serão consideradas como uma única despesa combinável e nunca poderão, no total de todas elas, exceder o valor estabelecido nas condições particulares da cobertura b1 despesas médicas para acidente e / ou doença.

Seção C - Despesas de recuperação de hotéis e despesas complementares.

Recuperação do hotel C1:

No caso de a equipe médica do estabelecimento onde o segurado estiver localizado e a equipe médica indicada pela empresa, determinar a necessidade de prolongar o período de permanência do segurado por convalescença, após sua alta do hospital, devido a acidente ou a doença que ocorreu na viagem ou foi diagnosticada ou contraída pela primeira vez durante a viagem do segurado, será compensada ou reembolsada, conforme especificado na tabela de benefícios especificada nas condições particulares e / ou no respectivo certificado de cobertura, o custo das estadias diárias no hotel, limitado ao valor por dia e ao número de dias indicados na tabela de benefícios. Essas despesas devem ser previamente autorizadas pela empresa e em coordenação com o centro de assistência.

A empresa não será responsável pelo pagamento ou reembolso de despesas que são de responsabilidade de terceiros ou que já estão incluídas no custo da viagem.

Condições:

Essa cobertura começa a ser aplicada desde que o segurado tenha sido hospitalizado por pelo menos o número de dias indicado nas condições particulares.

C2 Custo do bilhete de passageiro em caso de hospitalização prolongada:

A empresa assumirá o custo da compra de uma passagem aérea de ida e volta na classe econômica, a quem o segurado indica, quando estiver viajando sozinho e os médicos do serviço de assistência considerarem sua internação necessária por um período superior a 5 (cinco) dias, desde que previamente solicitado e aprovado pelo centro de assistência da empresa.

No caso em que o segurado não possa indicar um acompanhante, o cônjuge ou qualquer parente em primeiro grau será considerado e ele ou ela é maior de idade. Este benefício está sujeito ao limite indicado na tabela de benefícios especificada na tabela de cobertura segurada.

D1 Repatriamento fúnebre:

No caso de morte do segurado durante a viagem, a empresa assumirá o pagamento da transferência dos restos mortais para o país de residência habitual, além de fornecer um caixão comum ou uma urna funerária.

Este serviço inclui todo o processo burocrático para libertar a restos, passagem aérea e embalsamento para limitar mostrado na os caixa fixada coberturas; ou enterro local, a pedido dos enlutados, até o equivalente ao custo no caso de ter sido repatriado ou movido.

D2 Repatriação na vida - transferência médica de emergência:

A empresa assumirá o pagamento das despesas de transferência médica do segurado, até o valor máximo que aparece na tabela de benefícios especificada nas condições particulares e / ou no respectivo certificado de cobertura, no caso de sofrer uma lesão devido a acidente ocorrido ou doença de natureza súbita, diagnosticada pela primeira vez durante a viagem do segurado e quando for necessária sua evacuação de emergência.

A evacuação de emergência deve ser feita a pedido da empresa ou de um médico, certificando que a gravidade ou natureza da lesão ou doença do segurado torna essa evacuação necessária.

As despesas cobertas correspondem às de transporte e tratamento médico, incluindo serviços e suprimentos médicos, que foram necessariamente incorridos devido à evacuação de emergência do segurado, aplicando-se nos seguintes casos:

A) Que a Condição Médica do Segurado exige Transporte Imediato desde o local em que está lesionado ou doente, até o Hospital Mais Próximo onde o Tratamento Médico Adequado pode ser obtido;

B) Depois de ter sido tratado em um hospital local, a Condição Médica do Segurado torna necessário transportá-los para seu país de residência habitual para receber tratamento médico adicional ou se recuperar.

Condições:

- O serviço de evacuação médica deve ser realizado da maneira mais direta e razoável possível, utilizando transporte compatível com o estado de saúde do segurado. De qualquer forma, os custos de transporte devem ser:
- Recomendado pelo médico assistente do segurado;
- Exigido pelas normas regulamentares dos meios de transporte que transferem para o segurado;
- Acordado e autorizado previamente pela empresa e em coordenação com o centro de assistência.

Seção E - Cancelamento, interrupção, retorno antecipado e retorno de menores.

E1 Cancelamento da viagem:

A empresa reembolsará ou coordenará o pagamento ao segurado, até o limite indicado na tabela de cobertura do segurado, das despesas com serviços de viagem, passagens não devolvidas, acomodação em hotel e / ou encargos pelo cancelamento do uso transporte público autorizado, caso o segurado seja impedido de iniciar a viagem devido a doença súbita, acidente ou morte do próprio segurado ou companheiro de viagem segurado ou morte de um membro da família, sempre e quando o segurado tiver reservado e pago ou devido esses custos antes que ocorra tal doença, acidente ou morte .

A empresa se reserva o direito de realizar um exame médico.

Essa cobertura também será estendida nos seguintes eventos:

A) que a casa do segurado se torne inabitável após um incêndio, uma tempestade ou uma inundação de tal magnitude que exija sua presença nas dependências durante o período de seguro.

B) que um desastre natural ocorreu recentemente ou é razoavelmente esperado que ocorra no local de destino ou em sua casa e o impeça de iniciar sua viagem.

- C) que a administração aeronáutica e / ou alguma outra entidade governamental emitiu um aviso de “não viaje” para o destino de sua viagem ao exterior
- D) que um ato de terrorismo ocorre no destino de sua viagem

Condições:

- No caso de cancelamento da viagem, a empresa deve ser notificada dentro de um período máximo de 72 horas a partir da ocorrência da doença, acidente ou morte.
- Após esse prazo, a empresa não se responsabilizará por multas adicionais, independentemente da sua natureza.
- Para fins deste benefício, doenças de natureza repentina devem ser manifestadas ou contraídas a partir da data de contratação do seguro.
- O segurado deve entregar à empresa os originais estendidos em nome do segurado dos recibos, passagens e faturas, quando aplicável, uma cópia dos contratos de viagem, passagens, vouchers de hotéis ou outros documentos que credenciam as despesas incorridas e seu cancelamento; bem como, quando apropriado, aqueles que credenciam o pagamento ou reembolso de uma parte deles, pelas instituições ou entidades mencionadas acima.
- Qualquer solicitação de cobertura desse benefício deve ser acompanhada de uma carta explicativa com os motivos do cancelamento e o resultado obtido junto à empresa com a qual o segurado firmou contrato de viagem, na devolução dos valores pagos ou devidos.
- O segurado deve apresentar os documentos médicos que comprovem a identidade do segurado, companheiro de viagem ou familiar de qualquer um deles, onde é demonstrada a veracidade da doença ou acidente.
- Em caso de morte de um parente, a certidão de óbito correspondente e, em caso de morte do segurado ou acompanhante, serão regidas pelo procedimento para solicitação de reembolso e indenização por morte acidental.

E2 Interrupção de viagem e retorno antecipado - ampla cobertura

A empresa reembolsará ou coordenará o pagamento de despesas por serviços não reembolsáveis e não reembolsáveis pagos antecipadamente ao hotel e / ou à passagem de transporte público autorizada, menos o valor do crédito aplicado à passagem de ida e volta não utilizada, caso O segurado não pode concluir a viagem devido a qualquer uma das seguintes circunstâncias:

- Morte ou doença grave do segurado, de natureza urgente e que motiva a hospitalização ou inibe a deambulação, gerando um estado de prostração no segurado e, portanto, impossibilita iniciar e / ou continuar a viagem do segurado.
- Morte ou hospitalização por mais de cinco (5) dias devido a acidente ou doença súbita de um membro da família.
- Quando o segurado recebeu notificação confiável para comparecer perante os tribunais e deve ter recebido a notificação após o início da viagem.
- Quando o segurado for declarado em quarentena por autoridade sanitária competente após o início da viagem.
- Devido a incêndio ou roubo na residência habitual do segurado, ocorreu enquanto o segurado estava em viagem.

As situações descritas devem ser credenciadas por certificados ou documentos legais, onde a veracidade da reivindicação é demonstrada. Pagamento sujeito ao limite na cobertura de caixa por segurado.

Caso o segurado não possa alterar suas passagens de transporte público autorizadas, a empresa entregará uma passagem aérea da mesma classe que originalmente viajou para o retorno do segurado ao país de origem, caso ele próprio esteja desativado Para continuar a jornada. Este bilhete será entregue apenas se não for possível usar o meio de transporte público autorizado originalmente autorizado.

Condições:

- A empresa não será responsável por qualquer multa ou penalidade adicional incorrida que não teria sido imposta se o segurado tivesse notificado a empresa dentro de 72 horas após a ocorrência da reclamação.

- Para fins deste benefício, doenças de natureza repentina devem ser manifestadas ou contraídas a partir da data de início da viagem. Nos casos em que exista uma condição preexistente, o benefício da interrupção da viagem e do retorno antecipado será apenas nos casos em que o médico atestar uma deterioração grave, repentina e imprevista, em que a continuação da viagem coloca a vida do segurado em sério perigo. , seu companheiro de viagem, familiar ou familiar de seu companheiro de viagem.

- O segurado deve entregar à empresa os originais estendidos em nome do segurado dos recibos, passagens e faturas, quando aplicável, cópia dos contratos de viagem, passagens, comprovantes de hotel ou outros documentos que credenciam as despesas incorridas e seu cancelamento ou interrupção; bem como, quando apropriado, aqueles que credenciam o pagamento ou reembolso de uma parte deles, pelas instituições ou entidades mencionadas acima.

- Qualquer solicitação de cobertura desse benefício deve ser acompanhada de uma carta explicativa com os motivos da interrupção e o resultado obtido junto à empresa com a qual o segurado firmou contrato de viagem, na devolução dos valores pagos ou devidos.

- o segurado deve apresentar os documentos médicos que comprovem a identidade do segurado, Ou membro da família, onde a veracidade da doença ou acidente é demonstrada. Em caso de morte do segurado ou membro da família; a certidão de óbito correspondente deve ser apresentada.

- denúncia à polícia por roubo do local de residência ou domicílio e / ou denúncia de bombeiros em caso de incêndio.

E5 Retorno menor:

Quando, como resultado de um acidente sofrido pelo segurado durante uma viagem, ele não puder acompanhar o menor (s) que o acompanhou nessa viagem, a empresa pagará pela concessão de uma passagem aérea, classe econômica, ida e volta para que um adulto, designado pela família do segurado, possa acompanhar o menor (s) de volta para casa, desde que tenha sido previamente solicitado ao centro de assistência e autorizado pela empresa.

Esta cobertura se aplica somente quando o segurado é acompanhado por menores de 16 anos e devido a acidente, doença grave ou morte do segurado, e os menores permanecem sem companhia Uma pessoa adulta.

Seção G - Perda de bagagem e reembolso de despesas por atraso de bagagem.

G1 Bagagem perdida:

Em caso de perda, roubo ou roubo de bagagem, uma vez sob responsabilidade de uma empresa de transporte público autorizada, credenciada mediante a apresentação do correspondente relatório de perda (PIR- relatório de irregularidade de propriedade) ou equivalente, a empresa pagará um montante calculado pelo peso da bagagem, limitado a do indicado no relatório de perda (PIR- montante propriedade irregularidade relatório) ou seu equivalente.

A quantidade é sujeito a uma compensação, tal como indicado na cobertura de caixa por segurado, menos qualquer quantidade pago para o segurado por baixo da tampa definido na secção G2

No caso de a empresa de transporte público autorizado não fazer o peso da bagagem do segurado, o segurado deve fazer uma lista por item contido em sua bagagem e com isso a seguradora estimará de acordo com a lista os quilos aproximados contidos na bagagem.

A empresa concederá esse benefício, por evento, quando a bagagem não chegar até 72 horas após a hora de chegada do segurado no destino indicado no seu bilhete de transporte público autorizado.

Condições:

- Em caso de extravio de bagagem, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- Prova da perda emitida pelo transporte público autorizado responsável (relatório de irregularidade de propriedade PIR) ou seu equivalente, indicando o peso, em quilogramas de bagagem perdida, ou a declaração por item contido na bagagem, para a estimativa de conteúdo aproximado de quilos.

- Bilhete de bagagem original;

Exclusões

A cobertura deste seguro não funcionará quando o acidente ou evento ocorrer por efeito direto, total ou parcialmente das situações indicadas no art. 05 das condições gerais da POL 320180032.

Afirma-se que no Ponto 7 das Exclusões o seguinte rege: Doenças epidêmicas e suas consequências, direta ou indiretamente decorrentes de uma pandemia, quer tenha sido declarada pela Organização Mundial de Saúde ou pelo órgão que a substitui, ou bem, pela autoridade correspondente de qualquer um dos países afetados, localidades ou regiões. No entanto, esta exclusão não será aplicável no caso de diagnóstico COVID 19, o anterior caso seja necessária atenção médica para a cobertura BI e somente se a atenção médica ocorrer durante a viagem do segurado.

PROCEDIMENTO PARA O USO DESTA SEGURO

Para usar a cobertura desta apólice ou relatar uma reclamação, o segurado deve entrar em contato com os seguintes números, dependendo de onde eles estão:

CHILE

+ 56-2-2560 6609

FORA DO PAÍS

+ 56-2- 2560 6609 (CHAMADA PARA REVERTE CARREGADO)

Se no local onde você não for admitido ou, por algum motivo, não for possível se comunicar através do sistema de cobrança reversa, você deverá se comunicar diretamente e, ao retornar ao Chile, solicitar o reembolso das despesas telefônicas, apresentando os respectivos comprovantes originais.

Para coordenar o fornecimento de cobertura, serão necessárias as seguintes informações: nome do paciente, Ruth, data de nascimento, endereço, número de telefone, email e sintomas ou problema. Depois que essas informações são obtidas, a coordenação começa e o paciente será notificado sobre como proceder.

Deve-se levar em consideração que há um período de 48 horas para notificar o centro de operações da ocorrência de sintomas ou da ocorrência de um acidente ou problema que exija assistência.

Sempre, em qualquer momento, qualquer decisão médica é avaliada e controlada pelo nosso departamento médico em conjunto com o (s) médico (s) responsável pelo tratamento.

No caso de reembolso por indicação do departamento de operações, você deve enviar as seguintes informações ao retornar ao Chile:

- Assistência médica: relatório médico original e completo, prova original das despesas incorridas de acordo com o plano contratado

- Atraso e / ou perda de bagagem: PIR e comprovante original de despesas incorridas de acordo com o plano contratado

- Vôo atrasado: prova da companhia aérea que certifica o atraso e prova original das despesas incorridas de acordo com o plano contratado

Lembre-se de que você deve sempre ligar para o centro de assistência se precisar de um serviço.

No caso de exigir reembolso da empresa. Para seguro, entre em contato com siniestrotravel.chile@chubb.com

Método de pagamento premium

O prêmio será único e o pagamento do prêmio cobrado no cartão de crédito ou débito bancário do segurado ou outro emissor do cartão de crédito indicado no momento da contratação.

A empresa não será responsável por omissões ou falta de diligência que resultem em atraso no pagamento do prêmio, mesmo que seja efetuado através da taxa acordada.

Validade da política coletiva

Esta política coletiva entrará em vigor a partir das 00:01 horas de 01 de março de 2019 e terminará às 00:01 horas de 01 de março de 2022 a partir da data de rescisão. Nenhum novo segurado poderá ser incorporado ao política coletiva, a menos que exista acordo entre a parte contratante e a companhia de seguros para renovar sua validade

Validade individual

A cobertura para cada indivíduo segurado começará a partir da data e hora indicadas no bilhete de viagem e permanecerá válida até a data de chegada ao país de origem, exceto no caso de uma viagem de ida, onde a cobertura Terminará assim que chegar ao seu destino. O seguro pode ser rescindido antecipadamente, de acordo com as disposições da POL 320180032.

Direito à retirada do seguro

O segurado pode, sem expressar qualquer causa ou penalidade, retirar o seguro contratado até antes do início do prazo individual. A referida retratação deve ser comunicada à empresa, por qualquer meio que permita a expressão confiável da referida vontade, se a retratação ocorrer após a cobrança do respectivo prêmio, devendo o seu valor total ser devolvido à pessoa responsável pelo pagamento, independentemente do meio de pagamento respectivo.

Sem prejuízo do acima exposto, após decorrido esse período, o segurado / proponente poderá rescindir o seguro a qualquer momento e sem expressar causa, por qualquer meio que permita a expressão confiável da vontade diante da companhia de seguros.

Comunicações e envio de comunicações

Qualquer comunicação, declaração ou notificação que a seguradora deva fazer à parte contratante ou segurada devido a esta apólice deve ser feita no endereço de e-mail indicado na gravação telefônica ou no pedido de incorporação, a menos que o segurado não tenha um e-mail ou providenciar outra forma de notificação no momento da contratação do seguro.

Da mesma forma, a cópia da apólice será enviada para os mesmos meios indicados, se o segurado o tiver autorizado na gravação ou no pedido de incorporação.

Se o seu email for desconhecido ou se você receber uma prova de que o email não foi enviado ou recebido com êxito, as comunicações devem ser feitas enviando uma carta endereçada ao endereço da parte contratante ou do segurado.

Endereço residencial

Para os fins deste contrato, a cidade e a comuna de Santiago são estabelecidas como domicílio.

Serviço de Atendimento ao Cliente Chubb

Se você tiver alguma dúvida, o segurado pode ligar para o centro de atendimento ao cliente Chubb no número 56 (2) 2756 1010, onde um executivo especializado o auxiliará de segunda a sexta-feira, das 9:00 às 17:30.

Para consultas ou pedidos de modificação, cancelamento, emissão de certificado ou outros relacionados a alterações na compra inicial do seu seguro de viagem, entre em contato com o nosso Chubb central em +56 2 23987022, das 09:00 às 17:45

Notas:

- A empresa sempre terá o direito de solicitar, ao segurado, qualquer outro histórico ou documento necessário, ou que considere necessário, além e sem prejuízo dos já mencionados, para a avaliação do incidente e o ajuste correspondente, se for o caso.
- Este contrato não possui o selo de arte Sernac . 55 da lei 19.496.

- O anexo relacionado ao procedimento de liquidação de sinistros está incluído.

Anexo
Informações sobre atendimento ao cliente e apresentação de consultas e Reivindicações

De acordo com a Circular nº 2131, de 28 de novembro de 2013, as seguradoras, corretores de seguros e liquidantes de sinistros devem receber, registrar e responder a todos os pedidos, consultas ou reclamações enviadas diretamente pela parte contratante, segurados, beneficiários ou partes interessadas legítimas ou seus agentes.

As apresentações podem ser feitas em todos os escritórios das entidades em que são atendidas publicamente, pessoalmente, por correio, meios eletrônicos ou por telefone, sem formalidades, durante o horário comercial.

Depois que uma apresentação, consulta ou reclamação for recebida, ela deverá ser respondida no menor tempo possível, que não poderá exceder 20 dias úteis a partir do recebimento.

O interessado, em caso de desacordo em relação às informações, ou quando houver atraso injustificado da resposta, poderá recorrer à superintendência de valores mobiliários e seguros, área de proteção para o investidor e o segurado, cujos escritórios estão localizados em av. Libertador Bernardo O'Higgins n° 1449, 1º andar, Santiago, ou através do site www.svs.cl.

Chubb Insurance Chile S.A. Adere voluntariamente ao código de auto-regulação e ao compêndio de boas práticas das companhias de seguros, cujo objetivo é promover o desenvolvimento do mercado de seguros, em conformidade com os princípios de livre concorrência e boa fé que devem existir entre empresas e entre elas e seus clientes.

Cópia do compêndio de boas práticas corporativas das companhias de seguros está disponível para os interessados em qualquer dos escritórios da Chubb Seguros Chile SA e www.aach.cl.

Da mesma forma, a Chubb Seguros Chile SA é aderida voluntariamente à instituição do defensor segurado do segurado no âmbito do conselho de autorregulação das seguradoras, quando os clientes apresentam reclamações em relação aos contratos celebrados com ela. Os clientes podem enviar suas reclamações ao defensor do segurado usando os formulários disponíveis nos escritórios da Chubb Chile S.A. ou através do site www.ddachile.cl.

(CIRCULAR Nº 2106 SUPERINTENDÊNCIA DE VALORES MOBILIÁRIOS E SEGUROS)
PROCEDIMENTO DE SOLUÇÃO DE RECLAMAÇÃO

1) Objetivo da liquidação

O objetivo do acordo é estabelecer a ocorrência de um acidente, determinar se o incidente é coberto pela apólice contratada em uma determinada companhia de seguros e quantificar o valor da perda e a compensação a ser paga. O procedimento de liquidação está sujeito aos princípios de rapidez e economia processual, de objetividade e caráter técnico e de transparência e acesso.

2) Método de liquidação

A liquidação pode ser realizada diretamente pela empresa ou confiada a um liquidante de seguros. A decisão deve ser comunicada ao segurado dentro de três dias úteis a partir da data da reclamação do acidente.

3) Direito de se opor à liquidação direta

No caso de liquidação direta pela empresa, o segurado ou beneficiário pode se opor a ela, solicitando por escrito que designe um liquidante de seguro, dentro de um período de cinco dias úteis a partir da notificação da comunicação da empresa. A empresa deve designar o liquidante dentro de dois dias úteis a partir da referida oposição.

4) Informações ao segurado sobre os procedimentos a serem executados e solicitação de informações básicas

O liquidatário ou a empresa deve informar o segurado, por escrito, de maneira suficiente e oportuna, por e-mail (informado na reclamação do acidente) ou por carta certificada (no endereço indicado na reclamação do acidente), das etapas que ele é necessário realizar, solicitando ao mesmo tempo, quando as circunstâncias o permitirem, todo o histórico necessário para resolver o incidente.

5) Relatório de pré-liquidação

Nas reclamações em que surjam problemas e diferenças de critérios em relação às suas causas, avaliação de riscos ou extensão da cobertura, o liquidante, agindo oficiosamente ou a pedido do segurado, poderá emitir um relatório de pré-liquidação sobre a cobertura da reclamação e o quantidade de danos causados, que devem ser levados ao conhecimento das partes interessadas. O segurado ou a empresa podem fazer observações por escrito ao pré-relatório no prazo de cinco dias úteis a partir de seu conhecimento.

6) Termo de liquidação

Dentro do menor tempo possível, não superior a **45 dias corridos** a partir da data da denúncia, exceto;

- a) Reclamações correspondentes a seguros individuais sobre riscos do primeiro grupo cujo prêmio anual seja superior a 100 uf: **90 dias corridos** a partir da data da denúncia;
- b) Acidentes marítimos que afetam os cascos ou em caso de avaria bruta: **180 dias corridos** a partir da data da denúncia;

7) Prorrogação do prazo de liquidação

Os prazos mencionados podem, excepcionalmente, desde que as circunstâncias o justifiquem, ser prorrogados sucessivamente pelos mesmos períodos, informando os motivos que o sustentam e indicando os procedimentos específicos e específicos a serem realizados, que devem ser comunicados ao segurado e à superintendência, podendo Por fim, para estender a extensão, em casos qualificados, e definir um prazo para a entrega do relatório de liquidação. Pode não ser um motivo para a prorrogação da solicitação de novos registros cujo requisito possa ter sido antecipado antes, a menos que os motivos que justifiquem a falta do requisito sejam indicados, nem as reivindicações possam ser estendidas nas quais não houve gerenciamento do liquidatário, registrado ou direto.

8) Relatório final de liquidação

o relatório final de liquidação deve ser enviado ao segurado e, simultaneamente, à seguradora, quando aplicável, e deve conter necessariamente a transcrição completa dos artigos 26 e 27 do regulamento de auxiliares do comércio de seguros (DS OF FINANCE nº 1.055, 2012, REVISTA OFICIAL DE 29 DE DEZEMBRO DE 2012),

9) Relatório de solução de problemas

Após o recebimento do relatório de liquidação, a empresa e o segurado terão um período de dez dias úteis para contestá-lo. Em caso de liquidação direta pela empresa, esse direito terá apenas o segurado. Quando o relatório é contestado, o liquidante ou a empresa terão um período de 6 dias úteis para responder ao desafio.

Plano de Condições Particulares da América Latina

Essas condições particulares são parte integrante desta apólice de seguro, juntamente com suas condições gerais registradas no registro de apólices CMS sob os códigos POL 320180032.

Plano Online da América do Sul **Política nº 7635210**

Companhia de seguros

Chubb Seguros Chile sa

Rute: 99.225.000-3

Endereço: Miraflores 222, 17º andar, Santiago

Segurado

Indivíduos que desejam este seguro e cumprir os requisitos de segurabilidade .

Requisitos para insurability

- Idade mínima de admissão: 0 anos.
- Idade máxima de admissão: 99 anos e 364 dias.
- Idade de permanência: 99 anos e 364 dias.

Validade da política principal

- 01/03/2019 até 01/03/2022

Gráfico de cobertura de acordo com o plano da América do Sul

Plano 1: Somente ida

	Montante máximo a compensar
Seção A - Acidentes Pessoais:	
AI: Morte acidental	US\$ 25.000
AI e A5: AI Morte Acidental e Desmembramento Acidental	US\$ 25.000
Seção E - Cancelamento, interrupção, retorno antecipado e retorno de menores:	
EI: Cancelamento de viagem	Bilhete aéreo de ida até US \$ 400
Seção G - perda de bagagem e reembolso de despesas com bagagem em atraso:	
G1: Bagagem perdida	US\$ 600
G2: Reembolso de despesas com malas atrasadas	US\$ 100

Plano 2: Ida e volta

	Montante máximo a compensar
Seção A - Acidentes Pessoais:	
AI: Morte acidental	US\$ 25.000
Seção B - Reembolso de despesas médicas, odontológicas, de medicamentos e de evacuação médica de emergência:	
B1: Reembolso de despesas médicas e hospitalares necessárias para acidentados e / ou doenças	US \$ 10.000
B1: Despesas médicas para COVID-19 durante a viagem	US \$ 30.000
B1: Compensação em caso de hospitalização por COVID 19	US\$ 150 por noite
B2: Reembolso de despesas odontológicas	US\$ 1.000
B3: Reembolso de medicamentos	US\$ 1.000
Seção C - Despesas de recuperação de hotel e despesas de acompanhante:	

C1: Recuperação do hotel	US\$ 500
C2: Custo do passageiro para acompanhante em caso de hospitalização prolongada	Passagem aérea de ida e volta até US \$ 500
C3: Custo do alojamento associado	US \$ 1.500 (US \$ 150 por dia)
Seção D - Repatriamento:	
D1: Repatriação fúnebre	US\$ 5.000
D1: Repatriamento de funeral para COVID-19	US\$ 30.000
D2 Repatriação na vida - transferência médica de emergência	US\$ 5.000
Seção E - Cancelamento, interrupção, retorno antecipado e retorno de menores:	
E1: Cancelamento de viagem	Passagem aérea de ida e volta até US \$ 400
E2: Interrupção de viagem e retorno antecipado - ampla cobertura	Câmbio de até US \$ 400
E5: Retorno de menores	Passagem aérea de ida e volta até US \$ 500
Seção G - Perda de bagagem e reembolso de despesas com bagagem em atraso:	
G1: Bagagem perdida	US\$ 600
G2: Reembolso de despesas com malas atrasadas	US\$ 100

Beneficiários

Para cobertura de morte acidental, a empresa pagará uma indenização aos beneficiários indicados pelo segurado no momento da contratação, na ausência de designação, eles serão os herdeiros legais do segurado, que teriam sido declarados como tal no certificado correspondente de posse efetiva. No restante da cobertura, o beneficiário será o próprio segurado.

Assunto segurado

Pessoas singulares que podem ser afetadas pelos riscos cobertos nesta política.

Coberturas

Ele é coberto de acordo com as condições gerais da política de acidentes pessoais, de acordo com POL320180032 da CMF.

Para os fins desta política, será entendida como morte como consequência direta e imediata de um acidente, o que ocorrerá o mais tardar dentro de noventa (90) dias após o acidente.

Seção A: Acidentes pessoais.

A1: Morte acidental por acidente ocorrida durante a viagem do segurado

A empresa pagará aos beneficiários o valor especificado na tabela de cobertura do segurado, imediatamente após receber e aprovar as evidências de que a morte do segurado ocorreu como consequência **direta e imediata** de um acidente, ocorrido durante a viagem do segurado especificada no momento da contratação do seguro.

SEÇÃO B - Reembolso de despesas médicas, odontológicas, de medicamentos e de evacuação médica de emergência incorridas como resultado de um acidente ocorrido durante a viagem ou doença diagnosticada pela primeira vez ou contraída durante a viagem do segurado:

Todas as despesas da cobertura indicadas nesta apólice na seção b serão consideradas como uma única despesa combinável, nunca podendo, na soma de todas elas, exceder o valor estabelecido na tabela de cobertura por segurado b cobertura de alho b1 despesas médicas por acidente e / ou doença.

As despesas que serão reconhecidas sob esta cobertura serão razoáveis e costumeiras, conforme definido na POL 320180032.

Para os fins desta política, as despesas médicas e hospitalares são necessárias apenas às indicadas na POL 320180032.

A empresa concederá a cobertura desta seção, na medida em que as despesas pelas quais o reembolso for solicitado tenham sido incorridas como resultado de um acidente ocorrido durante a viagem do segurado ou como resultado de uma doença contratada ou cujo diagnóstico ser feita pela primeira vez durante essa viagem.

B1 Reembolso das despesas médicas e hospitalares necessárias incorridas como resultado de um acidente que ocorreu durante a viagem ou doença diagnosticada pela primeira vez ou contraída durante a viagem do segurado:

A empresa procederá ao reembolso ou pagamento das despesas médicas e hospitalares necessárias incorridas pelo segurado, na medida em que resultem de um acidente ocorrido durante a viagem ou doença súbita que foi diagnosticada ou contraída pela primeira vez durante a viagem do segurado, até o limite estabelecido na tabela de benefícios especificados nas condições particulares e / ou no certificado de cobertura, tudo de acordo com o plano contratado, menos qualquer outro valor pago ao segurado pelo mesmo acidente ou doença de natureza repentina sob as coberturas definidas nas seções B2, B3 e B4.

Será uma condição necessária para prosseguir com o reembolso, a apresentação pelo segurado dos recibos ou faturas originais das despesas médicas e hospitalares incorridas.

Caso o segurado tenha benefícios de qualquer instituição de saúde estatal, privada ou assistencial, ele deve usá-los anteriormente. Nessa circunstância, a apresentação das cédulas ou faturas originais não será necessária se, em vez delas, houver documentos comprovativos dos benefícios já recebidos e das despesas reais incorridas pelo segurado. Nesses casos, apenas as despesas efetivamente suportadas pelo segurado serão reembolsadas.

Condições:

-A empresa responsável terá o direito de submeter o segurado a exames médicos, conforme razoavelmente necessário, enquanto o pedido correspondente ao pagamento de um benefício estiver pendente.

-No único caso em que a gravidade do acidente ou doença impeça o segurado de ligar para o centro de assistência, ele poderá solicitar reembolso de despesas médicas, para as quais o segurado deve enviar:

A) diagnóstico médico;

B) Carta com uma breve descrição do que aconteceu, incluindo os dados específicos da apólice de seguro contratada e de acordo com o que está especificado nas condições particulares;

C) comprovante original de pagamento.

- Se não for definido de outra forma nas condições particulares, todas as despesas da cobertura oferecida nesta apólice na seção b serão consideradas como uma única despesa combinável e nunca poderão, na soma de todas elas, exceder o valor estabelecido nas condições particulares sob cobertura B1 despesas médicas por acidente e / ou doença.

- As despesas médicas devido a um acidente ou doença coberta por esta política são limitadas ao tratamento de emergência de sintomas agudos e visam cobrir eventos repentinos e imprevisíveis em que uma doença ou produto de um acidente claro, verificável e agudo foi diagnosticado por um médico. impedir a continuação normal da viagem especificada nas condições particulares ou no momento da contratação do seguro e, pelo mesmo motivo, não são fornecidas para procedimentos de longo prazo, mas para garantir a recuperação inicial e as condições físicas que permitam a continuação normal do seguro. viagem do segurado.

Compensação em caso de hospitalização por COVID 19:

Em caso de internação devido a COVID 19 durante a viagem, a empresa indenizará com o pagamento da diária até o limite estabelecido na tabela de coberturas por segurado.

Termos:

- Franquia para 2 noites
- Tempo máximo de cobertura 15 noites
- O segurado deve se submeter à empresa. Documentos de seguro que comprovem a internação do segurado.

B2 Reembolso de despesas odontológicas necessárias como resultado de emergência odontológica devido a acidente e / ou doença incorrida como resultado de um acidente ocorrido durante a viagem ou doença que foi diagnosticada ou contraída pela primeira vez durante a viagem do segurado:

A empresa reembolsará, até o limite estabelecido na tabela de benefícios especificados nas condições particulares e / ou no respectivo certificado de cobertura, as despesas correspondentes aos serviços odontológicos de emergência clinicamente necessários recebidos pelo segurado durante sua viagem, como resultado de dor aguda, súbita e repentina nos dentes, produto de um acidente ocorrido na viagem ou doença diagnosticada pela primeira vez ou contraída durante a viagem do segurado.

O primeiro tratamento deve ser realizado no exterior e iniciar dentro de 24 (vinte e quatro) horas após a emergência ou no momento em que a dor aguda, súbita e súbita ocorreu pela primeira vez.

Esta cobertura inclui reembolso ou pagamento de despesas em arranjos ou substituições de próteses dentárias, desde que surjam de trauma. O fato de ocorrer uma emergência odontológica não significa que, apenas por esse motivo, seja o objeto do benefício, que será devidamente qualificado de acordo com o histórico fornecido pelo médico assistente.

Será uma condição necessária para prosseguir com o reembolso, a apresentação pelo segurado das faturas ou faturas originais, verificando as despesas dentárias incorridas.

Caso o segurado tenha benefícios de qualquer instituição de saúde estatal, privada ou assistencial, ele deve usá-los anteriormente. Nessa circunstância, a apresentação das cédulas ou faturas originais não será necessária se, em vez delas, houver documentos comprovativos dos benefícios já recebidos e das despesas reais incorridas pelo segurado. Nesses casos, apenas as despesas efetivamente suportadas pelo segurado serão reembolsadas.

Condições:

-no único caso em que a gravidade do acidente ou doença impeça o segurado de ligar para o centro de assistência, ele poderá solicitar reembolso de despesas médicas, para as quais o segurado deve apresentar:

- A) diagnóstico médico;
- B) Carta com uma breve descrição do que aconteceu, incluindo os dados específicos da apólice de seguro contratada e de acordo com o que está especificado nas condições particulares;
- C) Comprovante de pagamentos originais.

- A empresa responsável terá o direito de submeter o segurado a exames médicos, sempre que necessário, enquanto estiver pendente o pedido correspondente ao pagamento de um benefício.

- Se não definido de outra forma nas condições particulares, todas as despesas da cobertura indicada nesta apólice na seção B2 serão consideradas como uma única despesa combinável e nunca poderão, na soma de todas elas, exceder o valor estabelecido nas condições particulares sob cobertura b1 despesas médicas por acidente e / ou doença.

Reembolso B3 de medicamentos prescritos como resultado das circunstâncias descritas acima

A empresa reembolsará, até o limite estabelecido na tabela de benefícios especificados nas condições particulares e / ou no respectivo certificado de cobertura, as despesas com a compra dos medicamentos necessários prescritos ao segurado como resultado dos cuidados médicos ou odontológicos indicados no cobertura B1 e B2, sujeita ao limite estabelecido na tabela de benefícios especificada nas condições particulares e / ou no respectivo certificado de cobertura, desde que as despesas tenham ocorrido durante a viagem do segurado e tenham sido prescritas por um médico que Você participou durante a viagem especificada nas condições particulares ou no momento da contratação do seguro.

No caso de ser medicamento necessário, se o segurado não puder ter acesso a medicamentos específicos por não estarem disponíveis nos países onde ele está durante a viagem, eles podem ser enviados diretamente do Chile. Isso se aplica desde que a descontinuidade do uso do medicamento ponha em risco a vida do segurado e eles tenham sido prescritos por um médico local.

Será uma condição necessária para proceder com o reembolso, a apresentação pelo segurado das faturas ou faturas originais, verificando as despesas com os medicamentos feitos.

Caso o segurado tenha benefícios de qualquer instituição de saúde estatal, privada ou assistencial, ele deve usá-los anteriormente. Nessa circunstância, a apresentação das cédulas ou faturas originais não será necessária se, em vez delas, houver documentos comprovativos dos benefícios já recebidos e das despesas reais incorridas pelo segurado. Nesses casos, apenas as despesas efetivamente suportadas pelo segurado serão reembolsadas.

Condições:

- No caso de solicitar reembolso de medicamentos, o segurado deve enviar:

A) diagnóstico médico;

B) Carta com uma breve descrição do ocorrido, incluindo os dados específicos da apólice de seguro contratada;

C) Comprovante original de pagamento.

- A empresa responsável terá o direito de submeter o segurado a exames médicos, sempre que necessário, enquanto estiver pendente o pedido correspondente ao pagamento de um benefício.

- Todas as despesas da cobertura indicada nesta apólice na seção b3 serão consideradas como uma única despesa combinável e nunca poderão, na soma de todas elas, exceder o valor estabelecido nas condições particulares da cobertura b1 despesas médicas para acidente e / ou doença.

Seção C - Despesas de recuperação de hotel e despesas de acompanhante.

Recuperação do hotel C1:

No caso de a equipe médica do estabelecimento onde o segurado estiver localizado e a equipe médica indicada pela empresa, determinar a necessidade de prolongar o período de permanência do segurado por convalescença, após sua alta do hospital, devido a acidente ou a doença que ocorreu na viagem ou foi diagnosticada ou contraída pela primeira vez durante a viagem do segurado, será compensada ou reembolsada, conforme especificado na tabela de benefícios especificada nas condições particulares e / ou no respectivo certificado de cobertura, o custo das estadias diárias no hotel, limitado ao valor por dia e ao número de dias indicados na tabela de benefícios. Essas despesas devem ser previamente autorizadas pela empresa e em coordenação com o centro de assistência.

A empresa não será responsável pelo pagamento ou reembolso de despesas que são de responsabilidade de terceiros ou que já estão incluídas no custo da viagem.

Condições:

Essa cobertura começa a ser aplicada desde que o segurado tenha sido hospitalizado por pelo menos o número de dias indicado nas condições particulares.

C2 Custo do bilhete de passageiro em caso de hospitalização prolongada:

A empresa assumirá o custo da compra de uma passagem aérea de ida e volta na classe econômica, a quem o segurado indica, quando estiver viajando sozinho e os médicos do serviço de assistência considerarem sua internação necessária por um período superior a 5 (cinco) dias, desde que previamente solicitado e aprovado pelo centro de assistência da empresa.

No caso em que o segurado não possa indicar um acompanhante, o cônjuge ou qualquer parente em primeiro grau será considerado e ele ou ela é maior de idade. Este benefício está sujeito ao limite indicado na tabela de benefícios especificada na tabela de cobertura segurada.

Custo da acomodação do companheiro C3:

A empresa indenizará o segurado ou reembolsará as despesas diárias no hotel por A acomodação do acompanhante do segurado, que, de acordo com as disposições desta cláusula, será limitada conforme indicado na tabela de benefícios especificados na tabela de cobertura pelo segurado e / ou no respectivo certificado de cobertura desde que solicitado através de do centro de assistência e previamente aprovado pela empresa, com um máximo de dias por evento, conforme especificado na tabela de cobertura. Essa cobertura se aplica apenas como uma continuação da cobertura descrita na seção c2, ou seja, deve ser contratada em conjunto com ela.

Seção D - Repatriamento

D1 Repatriamento fúnebre:

No caso de morte do segurado durante a viagem, a empresa assumirá o pagamento da transferência dos restos mortais para o país de residência habitual, além de fornecer um caixão comum ou uma urna funerária.

Este serviço inclui todo o processo burocrático para libertar a restos, passagem aérea e embalsamento para limitar mostrado na os caixa fixada coberturas; ou enterro local, a pedido dos enlutados, até o equivalente ao custo no caso de ter sido repatriado ou movido.

D2 Repatriação na vida - transferência médica de emergência:

A empresa assumirá o pagamento das despesas de transferência médica do segurado, até o valor máximo que aparece na tabela de benefícios especificada nas condições particulares e / ou no respectivo certificado de cobertura, no caso de sofrer uma lesão devido a acidente ocorrido ou doença de natureza súbita, diagnosticada pela primeira vez durante a viagem do segurado e quando for necessária sua evacuação de emergência.

A evacuação de emergência deve ser feita a pedido da empresa ou de um médico, certificando que a gravidade ou natureza da lesão ou doença do segurado torna essa evacuação necessária.

As despesas cobertas correspondem às de transporte e tratamento médico, incluindo serviços e suprimentos médicos, que foram necessariamente incorridos devido à evacuação de emergência do segurado, aplicando-se nos seguintes casos:

- A) Que a condição médica do segurado exige transporte imediato do local onde ele está ferido ou doente, até o hospital mais próximo onde o tratamento médico apropriado pode ser obtido;
- B) que, após tratamento em um hospital local, a condição médica do segurado faz com que seja necessário transportar para seu país a partir da residência habitual para receber tratamento médico adicional ou se recuperar.

Condições:

- O serviço de evacuação médica deve ser realizado da maneira mais direta e razoável possível, utilizando transporte compatível com o estado de saúde do segurado. De qualquer forma, os custos de transporte devem ser:
- Recomendado pelo médico assistente do segurado;
- Exigido pelas normas regulamentares dos meios de transporte que transferem para o segurado;
- Acordado e autorizado previamente pela empresa e em coordenação com o centro de assistência.

Seção E - Cancelamento, interrupção, retorno antecipado e retorno de menores.

Cancelamento da viagem E1:

A empresa reembolsará ou coordenará o pagamento ao segurado, até o limite indicado na tabela de cobertura do segurado, das despesas com serviços de viagem, passagens não devolvidas, acomodação em hotel e / ou encargos pelo cancelamento do uso transporte público autorizado, caso o segurado seja impedido de iniciar a viagem devido a doença súbita, acidente ou morte do próprio segurado ou companheiro de viagem segurado ou morte de um membro da família, sempre e quando o segurado tiver reservado e pago ou devido esses custos antes que ocorra tal doença, acidente ou morte.

A empresa se reserva o direito de realizar um exame médico.

Essa cobertura também será estendida nos seguintes eventos:

- A) Que a casa do segurado se torne inabitável após um incêndio, uma tempestade ou uma enchente de magnitude que exija sua presença nas dependências durante o período de seguro.
- B) Que um desastre natural ocorreu recentemente ou é razoavelmente esperado que ocorra no local de destino ou em sua casa e o impeça de iniciar sua viagem.
- C) Que a administração aeronáutica e / ou alguma outra entidade governamental emitiu um aviso de “não viaje” para o destino de sua viagem ao exterior
- D) Que um ato de terrorismo ocorre no destino de sua viagem

Condições:

- No caso de cancelamento da viagem, a empresa deve ser notificada dentro de um período máximo de 72 horas a partir da ocorrência da doença, acidente ou morte.
- Após esse prazo, a empresa não se responsabilizará por multas adicionais, independentemente da sua natureza.
- Para fins deste benefício, doenças de natureza repentina devem ser manifestadas ou contraídas a partir da data de contratação do seguro.
- O segurado deve entregar à empresa os originais estendidos em nome do segurado dos recibos, passagens e faturas, quando aplicável, uma cópia dos contratos de viagem, passagens, vouchers de hotéis ou outros documentos que credenciam as despesas incorridas e seu cancelamento; como também, quando apropriado, aqueles que credenciam o pagamento ou reembolso de uma parte deles, pelas instituições ou entidades mencionadas acima.
- Qualquer solicitação de cobertura desse benefício deve ser acompanhada de uma carta explicativa com os motivos do cancelamento e o resultado obtido junto à empresa com a qual o segurado firmou contrato de viagem, na devolução dos valores pagos ou devidos.
- O segurado deve apresentar os documentos médicos que comprovem a identidade do segurado, companheiro de viagem ou familiar de qualquer um deles, onde é demonstrada a veracidade da doença ou acidente.
- Em caso de morte de um parente, a certidão de óbito correspondente e, em caso de morte do segurado ou acompanhante, serão regidas pelo procedimento para solicitação de reembolso e indenização por morte acidental.

E2 Interrupção de viagem e retorno antecipado - ampla cobertura

A empresa reembolsará ou coordenará o pagamento de despesas por serviços não reembolsáveis e não reembolsáveis pagos antecipadamente ao hotel e / ou à passagem de transporte público autorizada, menos o valor do crédito aplicado à passagem de ida e volta não utilizada, caso O segurado não pode concluir a viagem devido a qualquer uma das seguintes circunstâncias:

- morte ou doença grave do segurado, de natureza urgente e que motiva a hospitalização ou inibe a deambulação, gerando um estado de prostração no segurado e, portanto, impossibilita iniciar e / ou continuar a viagem do segurado.
- morte ou hospitalização por mais de cinco (5) dias devido a um acidente ou doença súbita de um membro da família.
- quando o segurado recebeu notificação confiável para comparecer perante os tribunais e deve ter recebido a notificação após o início da viagem.
- quando o segurado tiver sido declarado em quarentena pela autoridade sanitária competente após o início da viagem.
- por incêndio ou roubo na residência habitual do segurado, ocorrido enquanto o segurado estiver em viagem.

As situações descritas devem ser credenciadas por certificados ou documentos legais, onde a veracidade da reivindicação é demonstrada. Pagamento sujeito ao limite na cobertura de caixa por segurado.

Caso o segurado não possa alterar suas passagens de transporte público autorizadas, a empresa entregará uma passagem aérea da mesma classe que originalmente viajou para o retorno do segurado ao país de origem, caso ele próprio esteja desativado Para continuar a jornada. Este bilhete será entregue apenas se não for possível usar o meio de transporte público autorizado originalmente autorizado.

Condições:

- A empresa não será responsável por qualquer multa ou penalidade adicional incorrida que não teria sido imposta se o segurado tivesse notificado a empresa dentro de 72 horas após a ocorrência da reclamação.
- Para fins deste benefício, doenças de natureza repentina devem se manifestar ou ser contraídas a partir da data de início da viagem. Nos casos em que exista uma condição preexistente, o benefício da interrupção da viagem e do retorno antecipado será apenas nos casos em que o médico atestar uma deterioração grave, repentina e imprevista, em que a continuação da viagem coloca a vida do segurado em sério perigo. , seu companheiro de viagem, familiar ou familiar de seu companheiro de viagem.
- o segurado deve entregar à empresa os originais estendidos em nome do segurado dos recibos, passagens e faturas, quando aplicável, uma cópia dos contratos de viagem, passagens, comprovantes de hotel ou outros documentos que credenciam as despesas incorridas e seu cancelamento ou interrupção; como também, quando apropriado, aqueles que credenciam o pagamento ou reembolso de uma parte deles, pelas instituições ou entidades mencionadas acima.
- Qualquer solicitação de cobertura desse benefício deve ser acompanhada de uma carta explicativa com os motivos da interrupção e o resultado obtido junto à empresa com a qual o segurado celebrou o contrato de viagem, na devolução dos valores pagos ou devidos.
- o segurado deve apresentar os documentos médicos comprovativos da identidade do segurado, Ou membro da família, onde a veracidade da doença ou acidente é demonstrada. Em caso de morte do segurado ou membro da família; a certidão de óbito correspondente deve ser apresentada.
- denúncia à polícia por roubo do local de residência ou domicílio e / ou denúncia de bombeiros em caso de incêndio.

E5 Retorno de menores:

Quando, como resultado de um acidente sofrido pelo segurado durante uma viagem, ele não puder acompanhar o menor (s) que o acompanhou nessa viagem, a empresa pagará pela concessão de uma passagem aérea, classe econômica, ida e volta para que um adulto, designado pela família do segurado, possa acompanhar o menor (s) de volta para casa, desde que tenha sido previamente solicitado ao centro de assistência e autorizado pela empresa.

Esta cobertura se aplica somente quando o segurado é acompanhado por menores de 16 anos e devido a acidente, doença grave ou morte do segurado, e os menores permanecem sem companhia. Uma pessoa adulta.

Seção G - Perda de bagagem e reembolso de despesas por atraso de bagagem.

G1 Bagagem perdida:

Em caso de perda, roubo ou furto de bagagem, uma vez sob responsabilidade de uma empresa de transporte público autorizada, credenciada mediante a apresentação do correspondente relatório de perda (PIR- relatório de irregularidade de propriedade) ou equivalente, a empresa pagará um montante calculado pelo peso da bagagem, limitado a do indicado no relatório de perda (PIR- montante propriedade irregularidade relatório) ou seu equivalente.

A quantidade é sujeito a uma compensação, tal como indicado na cobertura de caixa por segurado, menos qualquer quantidade pago para o segurado por baixo da tampa definido na seção G2.

No caso de a empresa de transporte público autorizado não fazer o peso da bagagem do segurado, o segurado deve fazer uma lista por item contido em sua bagagem e com isso a seguradora estimará de acordo com a lista os quilos aproximados contidos na bagagem.

A empresa concederá esse benefício, por evento, quando a bagagem não chegar até 72 horas após a hora de chegada do segurado no destino indicado no seu bilhete de transporte público autorizado.

Condições:

- Em caso de extravio de bagagem, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos:
- prova da perda emitida pelo transporte público autorizado responsável (relatório de irregularidades da propriedade PIR) ou seu equivalente, indicando o peso, em quilogramas de bagagem perdida, ou a declaração por item contida na bagagem, para a estimativa da conteúdo aproximado de quilos.
- bilhete de bagagem original;

Reembolso G2 de despesas com malas atrasadas:

O segurado pode solicitar o reembolso de despesas com compras de objetos pessoais, não fornecidas por transporte público autorizado, devido ao atraso ou perda da bagagem do segurado, uma vez que esteja sob a responsabilidade de uma empresa de transporte público autorizada. Para o reembolso ao segurado deve provar o atraso, apresentando o relatório correspondente perda (PIR - propriedade irregularmente relatório) ou equivalente. A empresa concederá esse benefício, por evento, quando a bagagem não chegar até 36 horas após a hora de chegada do segurado no destino indicado no seu bilhete de transporte público autorizado. Este benefício não será concedido se o destino do segurado for o de sua residência ou domicílio. Esse benefício reconhece como limite o indicado na tabela de benefícios especificada na tabela de cobertura do segurado, pagável à taxa de um quarto do referido máximo por cada 24 horas adicionais que a bagagem do segurado está atrasada.

Condições:

- Em caso de reembolso de despesas por atraso de bagagem, o segurado deve apresentar os seguintes documentos:
- cópia do cartão de embarque ou bilhete de transporte público autorizado;
- prova original de despesas com compras de objetos pessoais;
- prova da perda emitida pelo transporte público autorizado responsável (relatório de irregularidade de propriedade PIR), indicando o peso, em quilogramas de bagagem perdida;
- bilhete de bagagem original.

Para prosseguir com esse reembolso, em todos os casos, será necessária a apresentação de toda a documentação que comprova a ocorrência do evento (boletim de ocorrência, declaração aduaneira, comprovante de aluguel, etc.).

Exclusões

A cobertura deste seguro não funcionará quando o acidente ou evento ocorrer por efeito direto, total ou parcialmente das situações indicadas no art. 05 das condições gerais da POL320180032.

Afirma-se que no Ponto 7 das Exclusões o seguinte rege: Doenças epidêmicas e suas consequências, direta ou indiretamente decorrentes de uma pandemia, quer tenha sido declarada pela Organização Mundial de Saúde ou pelo órgão que a substitui, ou bem, pela autoridade correspondente de qualquer um dos países afetados, localidades ou regiões. No entanto, esta exclusão não será aplicável no caso de diagnóstico COVID 19, o anterior em caso de necessidade de atendimento médico para a cobertura BI e apenas se o atendimento médico ocorrer durante a viagem do segurado, e em caso de repatriação de restos mortais por COVID-19 na cobertura D1

Procedimento para usar este seguro

Para usar a cobertura desta apólice ou relatar uma reclamação, o segurado deve entrar em contato com os seguintes números, dependendo de onde eles estão:

CHILE

+ 56-2-2560 6609

FORA DO PAÍS

+ 56-2- 2560 6609 (CHAMADA PARA REVERTE CARREGADO)

Se no local onde você não for admitido ou, por algum motivo, não for possível se comunicar através do sistema de cobrança reversa, você deverá se comunicar diretamente e, ao retornar ao Chile, solicitar o reembolso das despesas telefônicas, apresentando os respectivos comprovantes originais.

Para coordenar o fornecimento de cobertura, serão necessárias as seguintes informações: nome do paciente, Ruth, data de nascimento, endereço, número de telefone, email e sintomas ou problema. Depois que essas informações são obtidas, a coordenação começa e o paciente será notificado sobre como proceder.

Deve-se levar em consideração que há um período de 48 horas para notificar o centro de operações da ocorrência de sintomas ou da ocorrência de um acidente ou problema que exija assistência.

Sempre, em qualquer momento, qualquer decisão médica é avaliada e controlada pelo nosso departamento médico em conjunto com o (s) médico (s) responsável pelo tratamento.

No caso de reembolso por indicação do departamento de operações, você deve enviar as seguintes informações ao retornar ao Chile:

- assistência médica: relatório médico original e completo, prova original de despesas incorridas de acordo com o plano contratado

- atraso e / ou perda de bagagem: PIR e prova original de despesas incorridas de acordo com o plano contratado

- voo atrasado: prova da companhia aérea que certifica o atraso e prova original das despesas incorridas de acordo com o plano contratado

Lembre-se de que você deve sempre ligar para o centro de assistência se precisar de um serviço.

No caso de exigir reembolso da empresa. Para seguro, entre em contato com siniestrotravel.chile@chubb.com

Método de pagamento premium

O prêmio será único e o pagamento do prêmio cobrado no cartão de crédito ou débito bancário do segurado ou outro emissor do cartão de crédito indicado no momento da contratação.

A empresa não será responsável por omissões ou falta de diligência que resultem em atraso no pagamento do prêmio, mesmo que seja efetuado através da taxa acordada.

Validade da política coletiva

Esta política coletiva entrará em vigor a partir das 00:01 horas de 1º de março de 2019 e terminará às 00:01 horas de 01 de março de 2021 a partir da data de término. Nenhum novo segurado poderá ser incorporado ao política coletiva, a menos que exista acordo entre a parte contratante e a companhia de seguros para renovar sua validade

Validade individual

A cobertura para cada indivíduo segurado começará a partir da data e hora indicadas no bilhete de viagem e permanecerá válida até a data de chegada ao país de origem, exceto no caso de uma viagem de ida, onde a cobertura Terminará assim que chegar ao seu destino. O seguro pode ser rescindido antecipadamente, de acordo com as disposições da POL 320180032.

Direito à retirada do seguro

O segurado pode, sem expressar qualquer causa ou penalidade, retirar o seguro contratado até antes do início do prazo individual. A referida retratação deve ser comunicada à empresa, por qualquer meio que permita a expressão confiável da referida vontade, se a retratação ocorrer após a cobrança do respectivo prêmio, devendo o seu valor total ser devolvido à pessoa responsável pelo pagamento, independentemente do meio de pagamento respectivo.

Sem prejuízo do acima exposto, após decorrido esse período, o segurado / proponente poderá rescindir o seguro a qualquer momento e sem expressar causa, por qualquer meio que permita a expressão confiável da vontade diante da companhia de seguros.

Comunicações e envio de comunicações

Qualquer comunicação, declaração ou notificação que a seguradora deva fazer à parte contratante ou segurada devido a esta apólice deve ser feita no endereço de e-mail indicado na gravação telefônica ou no pedido de incorporação, a menos que o segurado não tenha um e-mail ou providenciar outra forma de notificação no momento da contratação do seguro.

Da mesma forma, a cópia da apólice será enviada para os mesmos meios indicados, se o segurado o tiver autorizado na gravação ou no pedido de incorporação.

Se o seu email for desconhecido ou se você receber uma prova de que o email não foi enviado ou recebido com êxito, as comunicações devem ser feitas enviando uma carta endereçada ao endereço da parte contratante ou do segurado.

Endereço residencial

Para os fins deste contrato, a cidade e a comuna de Santiago são estabelecidas como domicílio.

Atendimento ao cliente Chubb

Se você tiver alguma dúvida, o segurado pode ligar para o centro de atendimento ao cliente Chubb no número 56 (2) 2756 1010, onde um executivo especializado o auxiliará de segunda a sexta-feira, das 9:00 às 17:30.

Para consultas ou pedidos de modificação, cancelamento, emissão de certificado ou outros relacionados a alterações na compra inicial do seu seguro de viagem, entre em contato com o nosso Chubb central em +56 2 23987022, das 09:00 às 17:45

Notas:

- A empresa sempre terá o direito de solicitar, ao segurado, qualquer outro histórico ou documento necessário, ou que considere necessário, além e sem prejuízo dos já mencionados, para a avaliação do incidente e o ajuste correspondente, se for o caso.

- Este contrato não possui o selo de arte Sernac . 55 da lei 19.496.
- O anexo relacionado ao procedimento de liquidação de sinistros está incluído.

Anexo **Informações sobre atendimento ao cliente e apresentação de consultas e Reivindicações**

De acordo com a Circular nº 2131, de 28 de novembro de 2013, as seguradoras, corretores de seguros e liquidantes de sinistros devem receber, registrar e responder a todos os pedidos, consultas ou reclamações enviadas diretamente pela parte contratante, segurados, beneficiários ou partes interessadas legítimas ou seus agentes.

As apresentações podem ser feitas em todos os escritórios das entidades em que são atendidas publicamente, pessoalmente, por correio, meios eletrônicos ou por telefone, sem formalidades, durante o horário comercial.

Depois que uma apresentação, consulta ou reclamação for recebida, ela deverá ser respondida no menor tempo possível, que não poderá exceder 20 dias úteis a partir do recebimento.

O interessado, em caso de desacordo em relação às informações, ou quando houver atraso injustificado da resposta, poderá recorrer à superintendência de valores mobiliários e seguros, área de proteção para o investidor e o segurado, cujos escritórios estão localizados em av. Libertador Bernardo O'Higgins n ° 1449, 1º andar, Santiago, ou através do site www.svs.cl.

Chubb Insurance Chile S.A. Adere voluntariamente ao código de auto-regulação e ao compêndio de boas práticas das companhias de seguros, cujo objetivo é promover o desenvolvimento do mercado de seguros, em conformidade com os princípios de livre concorrência e boa fé que devem existir entre empresas e entre elas e seus clientes.

Cópia do compêndio de boas práticas corporativas das companhias de seguros está disponível para os interessados em qualquer dos escritórios da Chubb Seguros Chile SA e www.aach.cl.

Da mesma forma, a Chubb Seguros Chile SA é aderida voluntariamente à instituição do defensor segurado do segurado no âmbito do conselho de autorregulação das seguradoras, quando os clientes apresentam reclamações em relação aos contratos celebrados com ela. Os clientes podem enviar suas reclamações ao defensor do segurado usando os formulários disponíveis nos escritórios da Chubb Chile S.A. O através do site www.ddachile.cl.

(CIRCULAR Nº 2106 SUPERINTENDÊNCIA DE VALORES MOBILIÁRIOS E SEGUROS) **PROCEDIMENTO DE SOLUÇÃO DE RECLAMAÇÃO**

1) Objetivo da liquidação

O objetivo do acordo é estabelecer a ocorrência de um acidente, determinar se o incidente é coberto pela apólice contratada em uma determinada companhia de seguros e quantificar o valor da perda e a compensação a ser paga. O procedimento de liquidação está sujeito aos princípios de rapidez e economia processual, de objetividade e caráter técnico e de transparência e acesso.

2) Método de liquidação

A liquidação pode ser realizada diretamente pela empresa ou confiada a um liquidante de seguros. A decisão deve ser comunicada ao segurado dentro de três dias úteis a partir da data da reclamação do acidente.

3) Direito de se opor à liquidação direta

No caso de liquidação direta pela empresa, o segurado ou beneficiário pode se opor a ela, solicitando por escrito que designe um liquidante de seguro, dentro de um período de cinco dias úteis a partir da notificação da comunicação da empresa. A empresa deve designar o liquidante dentro de dois dias úteis a partir da referida oposição.

4) Informações ao segurado sobre os procedimentos a serem executados e solicitação de informações básicas

O liquidatário ou a empresa deve informar o segurado, por escrito, de maneira suficiente e oportuna, por e-mail (informado na reclamação do acidente) ou por carta certificada (no endereço indicado na reclamação do acidente), das etapas que ele é necessário realizar, solicitando ao mesmo tempo, quando as circunstâncias o permitirem, todo o histórico necessário para resolver o incidente.

5) Relatório de pré-liquidação

Nas reclamações em que surjam problemas e diferenças de critérios em relação às suas causas, avaliação de riscos ou extensão da cobertura, o liquidante, agindo oficiosamente ou a pedido do segurado, poderá emitir um relatório de pré-liquidação sobre a cobertura da reclamação e o quantidade de danos causados, que devem ser levados ao conhecimento das partes interessadas. O segurado ou a empresa podem fazer observações por escrito ao pré-relatório no prazo de cinco dias úteis a partir de seu conhecimento.

6) Termo de liquidação

Dentro do menor tempo possível, não superior a **45 dias corridos** a partir da data da denúncia, exceto;

- a) Reclamações correspondentes a seguros individuais sobre riscos do primeiro grupo cujo prêmio anual seja superior a 100 uf: **90 dias corridos** a partir da data da denúncia;
- b) Acidentes marítimos que afetam os cascos ou em caso de avaria bruta: **180 dias corridos** a partir da data da denúncia;

7) Prorrogação do prazo de liquidação

Os prazos mencionados podem, excepcionalmente, desde que as circunstâncias o justifiquem, ser prorrogados sucessivamente pelos mesmos períodos, informando os motivos que o sustentam e indicando os procedimentos específicos e específicos a serem realizados, que devem ser comunicados ao segurado e à superintendência, podendo Por fim, para estender a extensão, em casos qualificados, e definir um prazo para a entrega do relatório de liquidação. Pode não ser um motivo para a prorrogação da solicitação de novos registros cujo requisito possa ter sido antecipado antes, a menos que os motivos que justifiquem a falta do requisito sejam indicados, nem as reivindicações possam ser estendidas nas quais não houve gerenciamento do liquidatário, registrado ou direto.

8) Relatório final de liquidação

o relatório final de liquidação deve ser enviado ao segurado e simultaneamente à seguradora, quando aplicável, e deve conter necessariamente a transcrição completa dos artigos 26 e 27 do regulamento auxiliar das empresas seguradoras (DS OF FINANCE nº 1.055, 2012, REVISTA OFICIAL DE 29 DE DEZEMBRO DE 2012),

9) Relatório de solução de problemas

Após o recebimento do relatório de liquidação, a empresa e o segurado terão um período de dez dias úteis para contestá-lo. Em caso de liquidação direta pela empresa, esse direito terá apenas o segurado. Quando o relatório é contestado, o liquidante ou a empresa terão um período de 6 dias úteis para responder ao desafio.

**Esta é uma tradução para o português do texto original em espanhol.
Para muitas leis será válido apenas o texto original em espanhol.**