

**TÉRMINOS Y CONDICIONES**

**CONTRATACIÓN DE SEGURO**

**CHUBB SEGUROS DE CHILE S.A.**

**¿Qué Cubre?**

Según sea el plan contratado para viajes Ida y Vuelta o Solo Ida, Nacionales e Internacionales, la póliza indemnizará por los daños que el asegurado sufra a consecuencia de un accidente, enfermedad o de algún otro hecho cubierto, que se produzca durante un viaje. Asimismo, indemnizará a los beneficiarios designados, en caso de fallecimiento accidental del asegurado a consecuencia de un accidente que se produzca durante un viaje del asegurado.

Los términos y condiciones aplicables al plan de seguro contratado y que el cliente acepta se detallan en este documento, del que se entenderán formar parte integrante las condiciones generales de la póliza depositada en la CMF, código POL 320180032, y las condiciones particulares del seguro aplicables a vuelos domésticos o a vuelos internacionales, según corresponda, las que se incorporan en Anexo A de este documento.

Para el Servicio de Asistencia en Viajes Chubb ha contratado los servicios de Europ Assistance.

**Planes:**

**Solo Ida:**

**Doméstico (Plan Domestic):**

	Monto máximo a indemnizar
<b>Sección a - Accidentes personales:</b>	
AI: Muerte Accidental	US\$ 10.000
AI & A5: AI Muerte accidental y Desmembramiento Accidental	US\$ 10.000
<b>Sección E - Cancelación, interrupción, regreso anticipado del viaje y retorno de menores:</b>	
EI: Cancelación del viaje	Ticket Aéreo ida/vuelta hasta US\$ 250
<b>Sección G- Pérdida de equipaje y reembolso de gastos por retraso del equipaje:</b>	
GI: Pérdida de equipaje	US\$ 200

**Internacional (Plan South America Online):**

	Monto máximo a indemnizar
<b>Sección A - Accidentes Personales:</b>	
AI: Muerte Accidental	US\$ 25.000
AI & A5: AI Muerte Accidental y Desmembramiento Accidental	US\$ 25.000
<b>Sección E - Cancelación, interrupción, regreso anticipado del viaje y retorno de menores:</b>	

E1: Cancelación del viaje	Ticket Aéreo ida hasta US\$ 400
<b>Sección G - Pérdida de equipaje y reembolso de gastos por retraso del equipaje:</b>	
G1: Pérdida de equipaje	US\$ 600
G2: Reembolso de gastos por demora de equipaje	US\$ 100

## Ida y Vuelta

### **Doméstico (Plan Domestic):**

	Monto máximo a indemnizar
<b>Sección A - Accidentes Personales:</b>	
A1: Muerte Accidental	US\$ 10.000
<b>Sección B - Reembolso de gastos médicos, odontológicos, medicamentos y evacuación médica de emergencia:</b>	
B1: Reembolso de gastos médicos y hospitalarios necesarios por accidente y/o enfermedad	US\$ 5.000
B1: Gastos médicos por COVID-19 durante el viaje	US\$ 5.000
B2: Reembolso de gastos odontológicos	US\$ 500
B3: Reembolso de medicamentos	US\$ 500
<b>Sección C - Gastos de recuperación en hotel y gastos de acompañante:</b>	
C1: Recuperación en hotel	US\$ 250
C2: Costo de pasaje para acompañante en caso de hospitalización prolongada	Ticket Aéreo ida/vuelta hasta US\$ 250
<b>Sección D - Repatriación:</b>	
D1: Repatriación funeraria	US\$ 2.500
D2: Repatriación en vida - traslado médico por emergencia	US\$ 2.500
<b>Sección E - Cancelación, interrupción, regreso anticipado del viaje y retorno de menores:</b>	
E1: Cancelación del viaje	Ticket Aéreo ida/vuelta hasta US\$ 250
E2: Interrupción del viaje y regreso anticipado - cobertura amplia	Costo de Cambio hasta US\$ 250
E5: Retorno de menores	Ticket Aéreo ida/vuelta hasta US\$ 250
<b>Sección G - Pérdida de equipaje y reembolso de gastos por retraso del equipaje:</b>	
G1: Pérdida de equipaje	US\$ 400

### **Internacional (Plan South America Online):**

	Monto máximo a indemnizar
<b>Sección A - Accidentes Personales:</b>	
A1: muerte accidental	US\$ 25.000
<b>Sección B - Reembolso de gastos médicos, odontológicos, medicamentos y evacuación médica de emergencia:</b>	
B1: Reembolso de gastos médicos y hospitalarios necesarios por accidente y/o enfermedad	US\$ 10.000
B1: Gastos médicos por COVID-19 durante el viaje	US\$ 30.000
B1: Indemnización en caso de hospitalización por COVID 19	US\$ 150 x noche
B2: Reembolso de gastos odontológicos	US\$ 1.000
B3: Reembolso de medicamentos	US\$ 1.000

Sección C - Gastos de recuperación en hotel y gastos de acompañante:	
C1: Recuperación en hotel	US\$ 500
C2: Costo de pasaje para acompañante en caso de hospitalización prolongada	Ticket Aéreo ida/vuelta hasta US\$ 500
C3: Costo del alojamiento del acompañante	US\$ 1.500 (US\$ 150 por día)
Sección D - Repatriación:	
D1: Repatriación funeraria	US\$ 5.000
D1: Repatriación funeraria por COVID-19	US\$ 30.000
D2: Repatriación en vida - traslado médico por emergencia	US\$ 5.000
Sección E - Cancelación, interrupción, regreso anticipado del viaje y retorno de menores:	
E1: Cancelación del viaje	Ticket Aéreo ida/vuelta hasta US\$ 400
E2: Interrupción del viaje y regreso anticipado - cobertura amplia	Costo de Cambio hasta US\$ 400
E5: Retorno de menores	Ticket Aéreo ida/vuelta hasta US\$ 500
Sección G - Pérdida de equipaje y reembolso de gastos por retraso del equipaje:	
G1: Pérdida de equipaje	US\$ 600
G2: Reembolso de gastos por demora de equipaje	US\$ 100

### ¿Qué no cubre?

La póliza no otorga ninguna de las coberturas o beneficios estipulados en ella, cuando se originen por, o sean una consecuencia:

- 1) Enfermedades o dolencias preexistentes al viaje del asegurado y cualquiera de sus consecuencias, incluyendo convalecencias y alteraciones durante tratamientos que no se encuentran todavía en una etapa consolidada y las secuelas de enfermedad es anteriores al viaje. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la compañía aseguradora deberá consultar al asegurable e acerca de todas aquellas enfermedades o dolencias preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. Deberá dejarse constancia en las condiciones particulares de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas.
- 2) Participación en las siguientes actividades o deportes: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las condiciones particulares de la póliza
- 3) Suicidio, intento de suicidio o lesión intencionalmente infringida por el asegurado a sí mismo.
- 4) Tratamientos de fertilidad, incluyendo servicios y suministros con relación al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad u otros problemas relacionados con la capacidad de concebir; control de natalidad, incluyendo intervenciones quirúrgicas y dispositivos a tal fin;
- 5) La asistencia por partos y estados de embarazo, a menos que se trate de una complicación súbita, clara e imprevisible y el tiempo de embarazo sea inferior a 24 semanas;
- 6) Prestación de servicios en las fuerzas armadas o unidades auxiliares de las mismas en casos de guerras civiles nacionales o extranjeras, motines, movimientos populares, represalias, restricciones a la libre circulación, huelgas, explosiones, misiones para la obtención o mantenimiento de la paz;
- 7) Las enfermedades epidémicas y sus consecuencias, que provengan directa o indirectamente de pandemia, ya sea que haya sido declarada por la organización mundial de la salud o el organismo que lo

reemplace, o bien, por la autoridad correspondiente de cualquiera de los países, localidades o regiones afectadas. Sin embargo, esta exclusión no será aplicable para el caso de diagnóstico de COVID 19, lo anterior en caso de requerir atención médica por la cobertura BI y solo si la atención médica se produce durante el viaje por parte del asegurado, y en caso de Repatriación de Restos Mortales por COVID-19 en cobertura DI.

8) Todo hecho que reconozca su origen o sea resultado de un viaje a, en o a través de cualquiera de los países o territorios especificados en las condiciones particulares de la póliza, como asimismo, el pago solicitado en dicho país, cualquiera sea la causa, aun cuando la permanencia en el país excluido pudiere ser considerada como fortuita para el asegurado.

9) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.

10) Encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

11) Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.

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

13) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.

14) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza. Por tanto, si el asegurado viajase al extranjero a someterse a algún tratamiento médico específico, estas prestaciones quedarán expresamente excluidas de las coberturas de la presente póliza.

15) Exámenes médicos de rutina.

16) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

17) Una infección oportunística, o un neoplasma maligno (cáncer), si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado padecía o era portador del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:

- (i) "Síndrome de inmunodeficiencia adquirida", lo definido para tal efecto por la organización mundial de la salud.
- (ii) Infección oportunística incluye, pero no debe limitarse a neumonía causada por pneumocystis carinii, organismo de enteritis crónica, infección vírica o infección micobacteriana diseminada.
- (iii) Neoplasma maligno incluye, pero no debe limitarse al sarcoma de kaposi, al linfoma del sistema nervioso central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.
- (iv) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida debe incluir encefalopatía (demencia) de V.I.H. (virus de inmunodeficiencia humano) y síndrome de desgaste por V.I.H. (virus de inmunodeficiencia humano).

18) Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.

- 19) Todo tipo de tratamientos por obesidad.
- 20) Diagnóstico y tratamiento de acné.
- 21) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- 22) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- 23) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.
- 24) La asistencia por servicios que el asegurado haya contratado sin previa autorización de la central de asistencia, salvo se acredite a satisfacción de la compañía que por causa de fuerza mayor ha sido imposible requerir la previa autorización.
- 25) Los gastos de asistencia médica, hospitalaria o sanitaria en que se haya incurrido fuera del territorio de cobertura según lo determinado en las condiciones particulares de la póliza.
- 26) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa, o la asistencia por enfermedades mentales o estados patológicos producidos durante el viaje por ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
- 27) La solicitud de las asistencias o coberturas que consistan en el suministro de prótesis, anteojos y lentes de contacto, aun cuando obedezcan a eventos ocurridos durante el viaje.
- 28) La solicitud de las asistencias o coberturas por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia directa o indirecta de un viaje en, a, o a través de cualquiera de los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista Ofac.
- 29) La solicitud de las asistencias o coberturas por cualquier pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que sufra directa o indirectamente una persona terrorista o miembro de una organización terrorista, traficante de drogas, o proveedor de armas nucleares, químicas o biológicas.
- 30) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- 31) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.

La compañía podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos recientemente descritos en la presente póliza, con un pago de prima adicional, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las condiciones particulares de la póliza, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

32) Exclusiones adicionales y específicas para la cobertura B1 reembolso de gastos médicos y Hospitalarios necesarios por accidente y/o enfermedad. De manera adicional a las exclusiones recién expuestas, no se realizará el reembolso solicitado cuando el gasto médico u hospitalario se origine en alguna de las siguientes situaciones:

32.1.- Servicios, suministros o tratamientos, incluyendo cualquier período de internación hospitalaria que no hayan sido recomendados, aprobados y certificados como medicamento necesarios por el médico.

32.2.- Exámenes físicos de rutina u otros exámenes donde no haya indicaciones objetivas o deterioro en la salud normal o diagnóstico de laboratorio o radiografías.

32.3.- Cirugía reparadora, plástica, excepto como resultado de una lesión ocurrida durante un viaje del asegurado.

32.4.- Tratamientos rejuvenecedores, o estéticos.

32.5.- Gastos en compras de prótesis que no sean originados como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.

32.6.- Anormalidades congénitas y condiciones que resulten de las mismas.

32.7.- Gastos incurridos con relación a pie frágil, deformado o plano, callos o uñas del pie.

32.8.- Diagnóstico y tratamiento de acné.

32.9.- Tabique desviado, incluyendo resección submucosa y/o cualquier corrección quirúrgica de los mismos.

32.10.- Cuidados de niños sanos, incluyendo exámenes e inmunizaciones (vacunas).

32.11.- Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción o ajuste de los mismos, a menos que la lesión o la enfermedad haya causado el deterioro de la visión o la audición.

32.12.- Trastornos mentales, nerviosos o emocionales o curas de sueño.

32.13.- Procedimientos electivos o adelantar tratamientos o procedimientos de larga duración.

33) Exclusiones adicionales y específicas para la cobertura B2 reembolso de gastos odontológicos, de manera adicional a las exclusiones recién expuestas, no se realizará el reembolso solicitado cuando el gasto odontológico se origine en alguna de las siguientes situaciones:

33.1.- Cualquier tratamiento rutinario y que no sea médicamente necesario.

33.2.- tratamientos rejuvenecedores, o estéticos, gastos en compras de prótesis (se excluyen los gastos en arreglos o reemplazos de prótesis odontológicas que sean producto de traumatismo).

34) Exclusiones adicionales y específicas para la cobertura G1 pérdida de equipaje. De manera adicional a las exclusiones recién expuestas, no se realizará el reembolso solicitado cuando el gasto se origine en alguna de las siguientes situaciones:

34.1.- Si el equipaje se confisca o retiene por parte de la aduana u otra autoridad gubernamental;

34.2.- Si el asegurado es miembro u operador de la tripulación en el medio de transporte público autorizado que dio origen al suceso;

34.3.- Si se ha omitido la notificación del robo, hurto o extravío la compañía de transporte público autorizado transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque;

34.4.- Si el asegurado no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el equipaje perdido.

35) Exclusiones adicionales y específicas para la cobertura G2 reembolso de gastos por demora de equipaje. De manera adicional a las exclusiones recién expuestas, no se realizará el reembolso solicitado cuando el gasto se origine en alguna de las siguientes situaciones:

35.1.- Si el equipaje se confisca o retiene por parte de la aduana u otra autoridad gubernamental;

35.2.- Si el asegurado es miembro u operador de la tripulación en el medio de transporte público autorizado que dio origen al suceso;

35.3.- Si se ha omitido la notificación del robo, hurto o extravío a la compañía transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque.

35.4.- Si el asegurado no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el equipaje perdido.

### **¿Quién cubre los riesgos?**

La Aseguradora que asume los riesgos y oferta los seguros es CHUBB Seguros Chile S.A.

JetSMART se limitará exclusivamente a dar acceso a su sitio Web a fin de que Chubb pueda comercializar los seguros y los terceros puedan adquirirlos de Chubb. JetSMART no detentará en caso alguno la calidad de compañía de seguros, agente de ventas y/o corredor de seguros.

### **Condiciones de Asegurabilidad:**

Para poder contratar este seguro, se debe cumplir con los siguientes requisitos:

- El límite de edad de ingreso a la póliza es de 99 años y 364 días. Esto significa que el asegurado no debe tener tal edad al momento de contratar el seguro, independientemente de la fecha efectiva de viaje posterior.
- Titular y Adicionales deben adquirir su seguro en Chile.

### **Vigencia del Seguro:**

- Las coberturas de muerte accidental y desmembramiento entrarán en vigencia, para cada asegurado individual desde el momento en que el asegurado inicie el trayecto desde su domicilio particular o laboral en su caso, hacia el aeropuerto para realizar su viaje hasta el momento de término del mismo. El viaje se entenderá terminado en casos de coberturas solo de ida (one way) cuando el pasajero haya arribado a su lugar de alojamiento en destino.
- En caso de coberturas de ida y regreso, la cobertura terminará igualmente al momento del retorno del asegurado a su domicilio laboral o particular, siempre y cuando ello ocurra a más tardar dentro de las 24 horas siguientes a la fecha del último día de cobertura contratado por el asegurado. En caso que el asegurado hubiere contratado cobertura por menos días que la estadía o duración completa de su viaje, solo se cubrirá hasta el último día calendario contratado. Se emitirá un certificado por pasajero (asegurado)
- Permite cambio de fecha hasta un día antes de la fecha de inicio del viaje original
- En caso de solicitud de devolución, esta se podrá realizar hasta un día antes de la fecha de inicio del viaje y será sin costo. La comunicación deberá ser remitida a la casilla de correo electrónico [clientes.chile@chubb.com](mailto:clientes.chile@chubb.com)
- No requiere Declaración Personal de Salud (DPS) y el seguro no considera Carencia.

### Forma de Pago de la Prima:

La prima será cargada al medio de pago que elija el asegurado al momento de contratar el seguro.

Chubb Seguros de Chile S.A., Rol Único Tributario N° 99.225.000-3, con domicilio en Miraflores 222, piso 17, comuna y ciudad de Santiago.

### Anexo A

## Condiciones Particulares Plan Domestic

Las presentes condiciones particulares forman parte integrante de esta póliza de seguros junto con sus condiciones generales inscritas en el registro de pólizas en la CMS bajo los códigos POL 320180032.

**Plan Domestic Online**  
**Póliza N° 7635209**

**Compañía aseguradora**  
Chubb Seguros Chile s.a.  
Rut: 99.225.000-3  
Dirección: Miraflores 222, piso 17, Santiago

### Asegurado

Personas naturales que deseen contratar este seguro y que cumplan con los requisitos de asegurabilidad.

### Requisitos de asegurabilidad

- Edad mínima de ingreso: 0 años.
- Edad máxima de ingreso: 99 años y 364 días.
- Edad de permanencia: 99 años y 364 días.

### Vigencia De Póliza Maestra

- 01/03/2019 hasta 01/03/2022

### Cuadro De Coberturas Según Plan Domestic

Plan 1: Ida

	Monto máximo a indemnizar
<b>Sección a - Accidentes personales:</b>	
A1: Muerte Accidental	US\$ 10.000
A1 & A5: A1 Muerte accidental y Desmembramiento Accidental	US\$ 10.000
<b>Sección E - Cancelación, interrupción, regreso anticipado del viaje y retorno de menores:</b>	
E1: Cancelación del viaje	Ticket Aéreo ida/vuelta hasta US\$ 250
<b>Sección G - Pérdida de equipaje y reembolso de gastos por retraso del equipaje:</b>	
G1: Pérdida de equipaje	US\$ 200

Plan 2: Ida y vuelta

	Monto máximo a indemnizar
<b>Sección A - Accidentes Personales:</b>	
A1: Muerte Accidental	US\$ 10.000
<b>Sección B - Reembolso de gastos médicos, odontológicos, medicamentos y evacuación médica de</b>	



<b>emergencia:</b>	
B1: Reembolso de gastos médicos y hospitalarios necesarios por accidente y/o enfermedad	US\$ 5.000
B1: Gastos médicos por COVID-19 durante el viaje	US\$ 5.000
B2: Reembolso de gastos odontológicos	US\$ 500
B3: Reembolso de medicamentos	US\$ 500
<b>Sección C - Gastos de recuperación en hotel y gastos de acompañante:</b>	
C1: Recuperación en hotel	US\$ 250
C2: Costo de pasaje para acompañante en caso de hospitalización prolongada	Ticket Aéreo ida/vuelta hasta US\$ 250
<b>Sección D - Repatriación:</b>	
D1: Repatriación funeraria	US\$ 2.500
D2: Repatriación en vida - traslado médico por emergencia	US\$ 2.500
<b>Sección E - Cancelación, interrupción, regreso anticipado del viaje y retorno de menores:</b>	
E1: Cancelación del viaje	Ticket Aéreo ida/vuelta hasta US\$ 250
E2: Interrupción del viaje y regreso anticipado - cobertura amplia	Costo de Cambio hasta US\$ 250
E5: Retorno de menores	Ticket Aéreo ida/vuelta hasta US\$ 250
<b>Sección G - Pérdida de equipaje y reembolso de gastos por retraso del equipaje:</b>	
G1: Pérdida de equipaje	US\$ 400

### **Beneficiarios**

Para la cobertura de muerte accidental, la compañía pagará la indemnización a los beneficiarios indicados por el asegurado al momento de la contratación, a falta de designación, serán los herederos legales del asegurado, que hubieran sido declarados como tales en el correspondiente certificado de posesión efectiva. Para el resto de las coberturas, el beneficiario será el propio asegurado.

### **Materia asegurada**

Personas naturales que se puedan ver afectados por los riesgos cubiertos en esta póliza.

### **Coberturas**

Se cubre de acuerdo a condiciones generales de la póliza de accidentes personales según POL 320180032 de la CMF.

A efectos de esta póliza, se entenderá como fallecimiento a consecuencia directa e inmediata de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

### **Sección A: accidentes personales.**

#### **A1: muerte accidental a causa de accidente ocurrido durante el viaje del asegurado**

La compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en el cuadro de coberturas por asegurado, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia **directa e inmediata** de un accidente, que haya ocurrido ya sea durante el viaje del asegurado que se especifique al momento de la contratación del seguro.

En el evento que se haga efectiva esta cobertura, la compañía deducirá de la suma a pagar, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en las alternativas a5 en caso de haber sido contratadas.

**Sección B- reembolso de gastos médicos, odontológicos, medicamentos y de evacuación médica de emergencia, incurridos a consecuencia de accidente ocurrido durante el viaje o enfermedad diagnosticada por primera vez o contraída durante el viaje del asegurado:**

Todos los gastos de las coberturas consignadas en esta póliza bajo la sección b, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo jamás, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en el cuadro de coberturas por asegurado bajo la cobertura b1 gastos médicos por accidente y/o enfermedad.

Los gastos que serán reconocidos bajo esta cobertura serán los razonables y acostumbrados, según se define en la POL 320180032.

Para fines de esta póliza se entenderá por gastos médicos y hospitalarios necesarios solamente a los indicados en la POL 320180032.

La compañía otorgará las coberturas de esta sección, en la medida que los gastos respecto de los cuales se solicite el reembolso, hayan sido incurridos a consecuencia de un accidente ocurrido durante el viaje del asegurado o a consecuencia de una enfermedad que haya sido contraída o cuyo diagnóstico sea efectuado por primera vez durante dicho viaje.

**B1 reembolso de gastos médicos y hospitalarios necesarios incurridos a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante el viaje o enfermedad diagnosticada por primera vez o contraída durante el viaje del asegurado:**

La compañía procederá al reembolso o pago de gastos médicos y hospitalarios necesarios incurridos por el asegurado, en la medida que hayan sido consecuencia de accidente que haya ocurrido durante el viaje o enfermedad de carácter súbito que haya sido diagnosticada por primera vez o contraída durante el viaje del asegurado, hasta el límite establecido en la tabla de beneficios especificada en las condiciones particulares y/o en el certificado de cobertura, todo de acuerdo con el plan contratado, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente o enfermedad de carácter súbito bajo las coberturas definidas en las secciones B2, B3 y B4.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos médicos y hospitalarios efectuados.

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

**Condiciones:**

-la compañía a su cargo, tendrá el derecho a someter al asegurado a exámenes médicos, con la frecuencia razonablemente necesaria, mientras el reclamo correspondiente al pago de un beneficio se halle pendiente.

-en el único caso en el que la gravedad del accidente o enfermedad le impida al asegurado llamar a la central de asistencia, podrá solicitar el reembolso de gastos médicos, para lo cual, el asegurado deberá presentar:

A) diagnóstico médico;

B) carta con breve relato de lo sucedido incluyendo los datos específicos de la póliza de seguro contratada y de acuerdo a lo especificado en las condiciones particulares;

C) comprobante original de pagos.

- de no estar definido de otra forma en las condiciones particulares, todos los gastos de las coberturas consignadas en esta póliza bajo la sección b, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo jamás, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en las condiciones particulares bajo la cobertura b1 gastos médicos por accidente y/o enfermedad.

- los gastos médicos por accidente o enfermedad cubiertos por esta póliza se limitan a tratamientos de urgencia de cuadros agudos y están orientados a cubrir eventos súbitos e imprevisibles donde se haya diagnosticado por un médico una enfermedad o producto de un accidente claro, comprobable y agudo que impida la normal continuación del viaje que se especifique en las condiciones particulares o al momento de la contratación del seguro y por la misma razón no se prestan para procedimientos de larga duración sino para garantizar la recuperación inicial y las condiciones físicas que permitan la normal continuación del viaje del asegurado.

**B2 reembolso de gastos odontológicos necesarios a consecuencia de emergencia odontológica por accidente y/o enfermedad incurridos a consecuencia de accidente que haya ocurrido durante el viaje o enfermedad que haya sido diagnosticada por primera vez o contraída durante el viaje del asegurado:**

La compañía reembolsará, hasta el límite establecido en la tabla de beneficios especificada en las condiciones particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, los gastos correspondientes a servicios odontológicos medicamente necesarios de emergencia recibidos por el asegurado durante su viaje, a consecuencia de dolor agudo, súbito y repentino en sus piezas dentarias, producto de un accidente ocurrido en el viaje o enfermedad diagnosticada por primera vez o contraída durante el viaje del asegurado.

El primer tratamiento deberá realizarse en el exterior y comenzar dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la emergencia o al momento en que se presentó por primera vez el dolor agudo, súbito y repentino.

Esta cobertura incluye el reembolso o pago de los gastos en arreglos o sustituciones de prótesis odontológicas siempre y cuando deriven de un traumatismo. El hecho que se produzca una emergencia odontológica no significa que por esta sola circunstancia sea objeto de beneficio, todo lo cual será debidamente calificado de acuerdo con los antecedentes que al efecto proporcione el médico tratante.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos odontológicos efectuados.

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

Condiciones:

-en el único caso en el que la gravedad del accidente o enfermedad le impida al asegurado llamar a la central de asistencia, podrá solicitar el reembolso de gastos médicos, para lo cual, el asegurado deberá presentar:

A) diagnóstico médico;

B) carta con breve relato de lo sucedido incluyendo los datos específicos de la póliza de seguro contratada y de acuerdo a lo especificado en las condiciones particulares;

C) comprobante original de pagos.

- la compañía a su cargo, tendrá el derecho a someter al asegurado a exámenes médicos, con la frecuencia que considere necesaria, mientras el reclamo correspondiente al pago de un beneficio se encuentre pendiente.

- de no estar definido de otra forma en las condiciones particulares, todos los gastos de las coberturas consignadas en esta póliza bajo la sección b2, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo jamás, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en las condiciones particulares bajo la cobertura b1 gastos médicos por accidente y/o enfermedad.

### **B3 reembolso de medicamentos recetados a consecuencia de las circunstancias descritas anteriormente**

La compañía reembolsará, hasta el límite establecido en la tabla de beneficios especificada en las condiciones particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, los gastos en la compra de medicamentos necesarios recetados al asegurado a consecuencia de la atención médica u odontológica señaladas en las coberturas b1 y b2, sujeto al límite dispuesto en la tabla de beneficios especificada en las condiciones particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, siempre que los gastos se hayan ocurrido durante el viaje del asegurado y hayan sido prescritos por un médico que lo haya asistido durante el viaje que se especifique en las condiciones particulares o al momento de la contratación del seguro.

En el caso de ser medicamento necesarios, si el asegurado no pudiera contar con acceso a medicamentos específicos por no encontrarse disponibles en los países donde se encuentra durante el viaje, estos podrán ser enviados directamente desde Chile. Esto aplica siempre y cuando la discontinuidad del uso del medicamento ponga en riesgo la vida del asegurado y éstos hayan sido prescritos por un médico local.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos en medicamentos efectuados.

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

Condiciones:

- en el caso de solicitar reembolso de medicamentos, el asegurado deberá presentar:

A) diagnóstico médico;

B) carta con breve relato de lo sucedido incluyendo los datos específicos de la póliza de seguro contratada;

C) comprobante original de pagos.

- la compañía a su cargo, tendrá el derecho a someter al asegurado a exámenes médicos, con la frecuencia que considere necesaria, mientras el reclamo correspondiente al pago de un beneficio se encuentre pendiente.

- todos los gastos de las coberturas consignadas en esta póliza bajo la sección b3, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo jamás, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en las condiciones particulares bajo la cobertura b1 gastos médicos por accidente y/o enfermedad.

### **Sección C - Gastos De Recuperación En Hotel Y Gastos De Acompañante.**

#### **C1 Recuperación en hotel:**

En caso de que el equipo médico del establecimiento donde se encuentre el asegurado y el equipo médico indicado por la compañía, determinen la necesidad de prorrogar el periodo de estadía del asegurado por convalecencia, después que fue dado de alta del hospital, debido a accidente o enfermedad que haya ocurrido en el viaje o haya sido diagnosticada por primera vez o contraída durante el viaje del asegurado, se indemnizará o reembolsará, según se especifique en la tabla de beneficios especificada en las

condiciones particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, el costo de las estadías diarias en el hotel, limitado al valor por día y al número de días indicados en la tabla de beneficios. Estos gastos deberán ser previamente autorizados por la compañía y en coordinación con la central de asistencia.

La compañía no será responsable del pago o reembolso de los gastos que sean responsabilidad de terceros o que estén ya incluidos en el costo del viaje.

Condiciones:

Esta cobertura comienza a regir siempre que el asegurado haya estado hospitalizado al menos el número de días indicados en las condiciones particulares.

## **C2 Costo de pasaje para acompañante en caso de hospitalización prolongada:**

La compañía asumirá el costo de compra de un pasaje aéreo de ida y regreso en clase económica, a quien indique el asegurado, cuando éste se encuentre viajando solo y los médicos del servicio de asistencia consideren necesaria su hospitalización por un periodo superior a 5 (cinco) días, desde que previamente haya sido solicitado y aprobado a través de la central de asistencia de la compañía.

En caso de que el asegurado no pueda indicar a un acompañante, se considerará al cónyuge o cualquier pariente en primer grado y que sea mayor de edad. Este beneficio está sujeto al límite indicado en la tabla de beneficios especificada en el cuadro de coberturas por asegurado

## **D1 Repatriación funeraria:**

En caso de fallecimiento del asegurado durante el viaje, la compañía asumirá el pago del traslado de los restos mortales hasta su país de residencia habitual, así como proveer un ataúd común o una urna funeraria.

Este servicio comprende todo el proceso burocrático para liberación de los restos mortales, pasaje aéreo y embalsamamiento, hasta el límite indicado en el cuadro de coberturas por asegurado; o a su vez inhumación local, a petición de los deudos, hasta por el equivalente del costo en caso de que se hubiese repatriado o trasladado.

## **D2 Repatriación en vida - traslado médico por emergencia:**

La compañía asumirá el pago de los gastos de traslado médico del asegurado, hasta el monto máximo que figura en la tabla de beneficios especificada en las condiciones particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, para el caso que sufra una lesión a causa de accidente que haya ocurrido o enfermedad de carácter súbito, que haya sido diagnosticada por primera vez durante el viaje del asegurado y en que resulte necesaria su evacuación de emergencia.

La evacuación de emergencia debe ser a pedido de la compañía o de un médico que certifique que la gravedad o la naturaleza de la lesión o enfermedad del asegurado hacen necesaria tal evacuación.

Los gastos cubiertos corresponden a los de transporte y tratamiento médico, incluyendo servicios y suministros médicos, en que necesariamente se incurrió con motivo de la evacuación de emergencia del asegurado, aplicándose en los siguientes casos:

A) Que La Condición Médica Del Asegurado Haga Necesario El Transporte Inmediato Desde El Lugar Donde Éste Se Encuentra Lesionado O Enfermo, Hasta El Hospital Más Cercano En Donde Se Podrá Obtener El Tratamiento Médico Apropiado;

B) Que Luego De Haber Sido Tratado En Un Hospital Local, La Condición Médica Del Asegurado Hace Necesario Su Transporte A Su País De La Residencia Habitual Para Recibir Tratamiento Médico Adicional O Para Recuperarse.

Condiciones:

- El servicio de evacuación médica deberá ser realizado por la vía más directa y razonable posible, utilizando el transporte compatible con el estado de salud del asegurado. En todo caso los gastos de transporte deberán ser:
- Recomendados por el médico que atiende al asegurado;
- Requeridos por las regulaciones estándar del medio de transporte que traslada al asegurado;
- Acordados y autorizados anticipadamente por la compañía y en coordinación con la central de asistencia.

### **Sección E - Cancelación, interrupción, regreso anticipado del viaje y retorno de menores.**

#### **El Cancelación del viaje:**

La compañía reembolsará o coordinará el pago al asegurado, hasta el límite indicado en el cuadro de coberturas por asegurado, de los gastos por servicios de viajes, pasajes no-devueltos, hospedaje en el hotel y/o de los cargos por cancelación de la utilización de un transporte público autorizado, en caso de que el asegurado se vea impedido de iniciar el viaje, debido a una enfermedad de carácter súbito, accidente, o fallecimiento del propio asegurado o compañero de viaje asegurado o fallecimiento de un miembro de la familia, siempre y cuando el asegurado haya reservado y pagado o adeudado estos costos antes que ocurriera tal enfermedad, accidente o fallecimiento.

La compañía se reserva el derecho de realizar una pericia médica comprobatoria.

Se extenderá además esta cobertura en los siguientes eventos:

- A) que el hogar del asegurado se vuelve inhabitable después de un incendio, una tormenta, o una inundación de tal magnitud que requiere su presencia en las instalaciones durante su período del seguro
- B) que un desastre natural haya ocurrido recientemente o se espere, de manera razonable, que ocurra en el lugar de destino o en su hogar y que le impida comenzar su viaje.
- C) que la dirección de aeronáutica y/o alguna otra entidad del gobierno haya emitido una advertencia de "no viajar" para el destino de su viaje al extranjero
- D) que ocurra un acto de terrorismo en el destino de su viaje

Condiciones:

- En el caso de cancelación del viaje, la compañía deberá ser notificada en un plazo máximo de 72 horas desde la ocurrencia de la enfermedad, accidente, o fallecimiento.
- Vencido este plazo, la compañía no se responsabilizará por multas adicionales, cualquiera sea su naturaleza.
- Para efectos de este beneficio las enfermedades de carácter súbito deberán manifestarse o ser contraídas a partir de la fecha de contratación del seguro.
- El asegurado debe entregar a la compañía los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de los contratos de viaje, pasajes, vouchers de hotelería u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidos anteriormente.
- Cualquier solicitud de cobertura de este beneficio debe ir acompañado de una carta explicativa con las razones de la cancelación y el resultado que obtuvo junto a la empresa con la cual el asegurado celebró el contrato de viaje, en la devolución de los valores pagados o adeudados.

- El asegurado deberá presentar los documentos médicos que acrediten la identidad del asegurado, compañero de viaje o familiar de alguno de los dos, en donde se demuestre la veracidad de la enfermedad o accidente.
- En caso de fallecimiento de un familiar, el certificado de defunción correspondiente, y en caso de fallecimiento del asegurado o compañero de viaje, se regirán por el procedimiento para la solicitud de reembolso y pago de indemnización de fallecimiento accidental.

## **E2 Interrupción del viaje y regreso anticipado - cobertura amplia**

La compañía reembolsará o coordinará el pago de los gastos por servicios no devueltos y no reembolsables pagados anticipadamente al hotel y/o el pasaje de transporte público autorizado, menos el valor del crédito aplicado por el pasaje de regreso no utilizado, en caso de que el asegurado quede imposibilitado de concluir el viaje debido a alguna de las siguientes circunstancias:

- Muerte o enfermedad grave del asegurado, que tenga carácter de urgencia y que motive la internación o inhiba la ambulación, generando un estado de postración en el asegurado y por lo tanto, imposibilite la iniciación y/o prosecución del viaje del asegurado.
- Muerte o internación hospitalaria por más de cinco (5) días por accidente o enfermedad repentina de un miembro de su familia.
- Cuando el asegurado recibiese notificación fehaciente para comparecer ante la justicia, debiendo haber recibido dicha notificación con posterioridad al inicio del viaje.
- Cuando el asegurado haya sido declarado en cuarentena por autoridad sanitaria competente con posterioridad al inicio del viaje.
- Por incendio o robo en la residencia habitual del asegurado, ocurrido mientras el asegurado se encuentre en el viaje.

Las situaciones descritas deberán ser acreditadas mediante certificados o documentos legales, en donde se demuestre la veracidad de la reclamación. Pago sujeto al límite establecido en el cuadro de coberturas por asegurado.

En el caso que el asegurado no pueda realizar cambio en sus pasajes transporte público autorizado, la compañía le entregará un pasaje aéreo en la misma clase que viajaba originalmente para el regreso del asegurado a su país de origen, en caso de que él mismo quede inhabilitado de continuar el viaje. Este pasaje será entregado sólo en caso de que no sea posible utilizar el medio de transporte público autorizado originalmente previsto.

Condiciones:

- La compañía no será responsable por ninguna multa o penalidad adicional incurrida que no hubiese sido impuesta si el asegurado hubiera notificado a la compañía durante las 72 horas siguientes de ocurrido el reclamo.
- Para efectos de este beneficio, las enfermedades de carácter súbito deberán manifestarse o ser contraídas a partir de la fecha de inicio del viaje. En los casos que exista una condición de preexistencia el beneficio de interrupción del viaje y regreso anticipado será sólo en los casos en que el médico certifique un deterioro severo, repentino e imprevisto, donde la continuación del viaje, coloque en peligro grave la vida del asegurado, su compañero de viaje, miembro de su familia o miembro de la familia de su compañero de viaje.
- El asegurado debe entregar a la compañía los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de los contratos de viaje, pasajes, vouchers de hotelería u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación o interrupción; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidos anteriormente.
- Cualquier solicitud de cobertura de este beneficio debe ir acompañado de una carta explicativa con las razones de la interrupción y el resultado que obtuvo junto a la empresa con la cual el asegurado celebró el contrato de viaje, en la devolución de los valores pagados o adeudados.

- El asegurado deberá presentar los documentos médicos que acrediten la identidad del asegurado, O miembro de su familia, en donde se demuestre la veracidad de la enfermedad o accidente. En caso de fallecimiento del asegurado o miembro de su familia; se deberá presentar el certificado de defunción correspondiente.
- denuncia ante carabineros del robo del lugar de residencia o domicilio y/o reporte de bomberos en caso de incendio.

#### **E5 Retorno de menores:**

Cuando a consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado durante un viaje, éste se vea imposibilitado de acompañar al (a los) menor (es) que lo acompañaba en dicho viaje, la compañía costeará el otorgamiento de un pasaje aéreo, clase económica, de ida y vuelta para que una persona adulta, designada por la familia del asegurado, pueda acompañar al (a los) menor (es) de regreso al domicilio, siempre que haya sido previamente solicitado a la central de asistencia y autorizado por la compañía. Esta cobertura se aplica solamente cuando el asegurado esté acompañado de menor(es) hasta 16 años de edad y debido a accidente, enfermedad grave, o fallecimiento del asegurado, y dicho(s) menor(es) se quede(n) sin compañía de una persona adulta.

#### **Sección G - Pérdida de equipaje y reembolso de gastos por retraso del equipaje.**

##### **G1 Pérdida de equipaje:**

En caso de extravío, hurto o robo de equipaje una vez que éste se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de transporte de público autorizado, acreditado mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida (PIR-property irregularity report) o su equivalente, la compañía pagará un monto calculado por el peso del equipaje, limitado al monto declarado en el informe de pérdida (PIR-property irregularity report) o su equivalente.

El monto a indemnizar queda sujeto a lo indicado en el cuadro de coberturas por asegurado, menos cualquier otro monto pagado al asegurado bajo la cobertura definidas en la sección g2

En la eventualidad de que la compañía de transporte público autorizado no haya efectuado el peso del equipaje del asegurado, éste deberá efectuar un listado por ítem contenidos en su equipaje y con eso la aseguradora estimará según el listado los kilos aproximados contenidos en el equipaje.

La compañía otorgará este beneficio, por evento, cuando el equipaje no haya llegado hasta 72 horas después del horario de llegada del asegurado al destino indicado en su ticket de transporte público autorizado.

Condiciones:

- En caso de pérdida de equipaje el asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:
- Informe comprobante de la pérdida emitido por el transporte público autorizado responsable (pir-property irregularity report) o su equivalente, que señale el peso, en kilogramos del equipaje extraviado, o la declaración por ítem contenidos en el equipaje, para la estimación de los kilos aproximados contenidos.
- Ticket original del equipaje;

#### **Exclusiones**

Las coberturas de este seguro no operaran cuando el accidente o hecho se produzca por efecto directo, ya sea total o parcialmente de las situaciones señaladas en el art. 05 de las condiciones generales de la pol320180032.

Se deja constancia que en el Punto 7 de Exclusiones rige lo siguiente: Las enfermedades epidémicas y sus consecuencias, que provengan directa o indirectamente de pandemia, ya sea que haya sido declarada por la Organización Mundial de la Salud o el organismo que lo reemplace, o bien, por la autoridad



correspondiente de cualquiera de los países, localidades o regiones afectadas. Sin embargo, esta exclusión no será aplicable para el caso de diagnóstico de COVID 19, lo anterior en caso de requerir atención médica por la cobertura BI y solo si la atención médica se produce durante el viaje por parte del asegurado.

### **PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACION DE ESTE SEGURO**

Para poder utilizar las coberturas de esta póliza o para denunciar algún siniestro, el asegurado deberá contactarse a los siguientes teléfonos, dependiendo de donde se encuentre:

#### **CHILE**

**+56-2- 2560 6609**

#### **FUERA DEL PAIS**

**+56-2- 2560 6609 (LLAMADA POR COBRO REVERTIDO)**

Si en el lugar donde se encuentra no es admitido o por algún motivo no es posible comunicarse mediante el sistema de cobro revertido, se debe comunicar de manera directa y luego al regreso a Chile solicitar el reintegro de los gastos telefónicos, presentando los respectivos comprobantes originales.

Para coordinar la prestación de las coberturas, se requerirá la siguiente información: nombre del paciente, Rut, fecha de nacimiento, dirección donde se encuentra, teléfono de contacto, email y síntomas o problema. Una vez obtenida esta información, se inicia la coordinación y se le avisará al paciente cómo proceder.

Se debe tener en consideración que hay un plazo de 48 horas para dar aviso a la central de operaciones desde la ocurrencia de los síntomas o desde que sucede algún accidente o problema que requiera asistencia.

Siempre en todo momento, cualquier decisión médica es evaluada y controlada por nuestro departamento médico en conjunto con el o los médicos tratantes.

En el caso de reembolsos por indicación del departamento de operaciones, debe presentar la siguiente información a su regreso a Chile:

- Asistencia médica: reporte médico original y completo, comprobantes originales de los gastos efectuados según el plan contratado
- Demora y/o pérdida de equipaje: PIR y comprobantes originales de los gastos efectuados según el plan contratado
- Vuelo demorado: constancia de la aerolínea certificando la demora y comprobantes originales de los gastos efectuados según el plan contratado

Se recuerda que siempre se debe llamar a la central de asistencia ante la necesidad de requerir algún servicio.

En caso de requerir reembolso de parte de la cía. De seguros, por favor comunicarse a **[siniestrotravel.chile@chubb.com](mailto:siniestrotravel.chile@chubb.com)**

#### **Forma de pago de prima**

La prima será única y el pago de la prima cargado a la tarjeta de crédito o débito bancaria del asegurado titular u otro emisor de tarjetas de crédito que indique al momento de la contratación.

La compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante el cargo convenido.

### **Vigencia de la póliza colectiva**

La presente póliza colectiva tendrá una vigencia a partir de las 00:01 horas del día 01 de marzo de 2019 y terminando a las 00:01 horas del día 01 de marzo de 2022 a partir de la fecha de término no podrán incorporarse nuevos asegurados a la póliza colectiva, salvo que exista acuerdo entre contratante y compañía aseguradora para renovar su vigencia

### **Vigencia individual**

La cobertura para cada asegurado individual comenzará a partir de la fecha y hora señalada en el ticket de viaje y se mantendrá vigente hasta la fecha de llegada al país de origen, salvo en el caso de que sea un viaje de solo ida, donde la cobertura finalizará una vez llegado a su destino. El seguro podrá terminarse de forma anticipada acuerdo a lo estipulado en la POL 320180032.

### **Derecho a retractación del seguro**

El asegurado podrá, sin expresión de causa ni penalización alguna, retractarse del seguro contratado hasta antes del inicio de la vigencia individual. Dicha retractación deberá comunicarse, a la compañía, por cualquier medio que permita la expresión fehaciente de dicha voluntad si la retractación se produce con posterioridad al cargo de la prima respectiva, deberá restituirse su importe íntegro al responsable de pago, con independencia del medio de pago respectivo.

Sin perjuicio de lo anterior, una vez transcurrido este plazo, el asegurado/proponente podrá poner término al seguro en cualquier momento y sin expresión de causa, mediante cualquier medio que permita la expresión fehaciente de voluntad ante la compañía aseguradora.

### **Comunicaciones y envío de comunicación**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar el asegurador al contratante o el asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en la grabación telefónica o solicitud de incorporación, salvo que el asegurado no dispusiere de correo electrónico o dispusiere otra forma de notificación al momento de la contratación del seguro.

Asimismo, la copia de la póliza se enviará al mismo medio indicado, si así lo ha autorizado el asegurado en la grabación o solicitud de incorporación.

En caso de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta dirigida al domicilio del contratante o el asegurado.

### **Domicilio**

Para los efectos de este contrato se fija como domicilio la ciudad y comuna de Santiago.

### **Servicio de atención al cliente Chubb**

Ante cualquier consulta, el asegurado podrá llamar al centro de atención al cliente de Chubb al teléfono 56 (2) 2756 1010, donde un ejecutivo especializado lo atenderá de lunes a viernes de 9:00 a 17:30 horas.

Para consultas o solicitudes de modificación, anulación, emisión de certificado u otro relacionado a cambios en la compra inicial de su seguro de viaje, favor comunicarse con nuestra central Chubb al +56 2 23987022, de 09:00 a 17:45

### **Notas:**

- La compañía tendrá siempre el derecho de solicitar, ya sea al asegurado, cualquier otro antecedente o documento que se necesite, o que estime necesario, además y sin perjuicio de los ya citados, para la evaluación del siniestro y el ajuste correspondiente si procediere.
- Este contrato no cuenta con el sello Sernac del art. 55 de la ley 19.496.
- Se incluye anexo relativo a procedimiento de liquidación de siniestros.

**Anexo**  
**Información sobre atención de clientes y presentación de consultas y**  
**Reclamos**

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

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

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

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la superintendencia de valores y seguros, área de protección al inversionista y asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en av. Libertador Bernardo O'Higgins n° 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web [www.svs.cl](http://www.svs.cl).

Chubb seguros chile s.a. Se encuentra adherida voluntariamente al código de autorregulación y al compendio de buenas prácticas de las compañías de seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes.

Copia del compendio de buenas prácticas corporativas de las compañías de seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de Chubb seguros chile s.a. Y en [www.aach.cl](http://www.aach.cl).

Asimismo, Chubb seguros chile s.a., se encuentra adherida voluntariamente a la institución del defensor del asegurado dependiente del consejo de autorregulación de las compañías de seguros, cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el defensor del asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Chubb seguros chile s.a. O a través de la página web [www.ddachile.cl](http://www.ddachile.cl).

**(CIRCULAR Nº 2106 SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS)**  
**PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS**

**1) Objeto de la liquidación**

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar. El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

**2) Forma de efectuar la liquidación**

La liquidación puede efectuarla directamente la compañía o encomendarla a un liquidador de seguros. la decisión debe comunicarse al asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

**3) Derecho de oposición a la liquidación directa**

En caso de liquidación directa por la compañía, el asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un liquidador de seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles

contados desde la notificación de la comunicación de la compañía. La compañía deberá designar al liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

#### **4) Información al asegurado de gestiones a realizar y petición de antecedentes**

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

#### **5) Pre-informe de liquidación**

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

#### **6) Plazo de liquidación**

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de **45 días** corridos desde fecha denuncia, a excepción de;

- a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del primer grupo cuya prima anual sea superior a 100 uf: **90 días** corridos desde fecha denuncia;
- b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de avería gruesa: **180 días** corridos desde fecha denuncia;

#### **7) Prórroga del plazo de liquidación**

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al asegurado y a la superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del informe de liquidación. no podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

#### **8) Informe final de liquidación**

el informe final de liquidación deberá remitirse al asegurado y simultáneamente al asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del reglamento de auxiliares del comercio de seguros (D.S. DE HACIENDA N° 1.055, DE 2012, DIARIO OFICIAL DE 29 DE DICIEMBRE DE 2012),

#### **9) Impugnación informe de liquidación**

Recibido el informe de liquidación, la compañía y el asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la compañía, este derecho sólo lo tendrá el asegurado. Impugnado el informe, el liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

## Condiciones Particulares Plan Latinoamérica

Las presentes condiciones particulares forman parte integrante de esta póliza de seguros junto con sus condiciones generales inscritas en el registro de pólizas en la CMS bajo los códigos POL 320180032.

### **Plan South America Online**

**Póliza N° 7635210**

### Compañía aseguradora

Chubb Seguros Chile s.a.

Rut: 99.225.000-3

Dirección: Miraflores 222, piso 17, Santiago

### Asegurado

Personas naturales que deseen contratar este seguro y que cumplan con los requisitos de asegurabilidad.

### Requisitos de asegurabilidad

- Edad mínima de ingreso: 0 años.
- Edad máxima de ingreso: 99 años y 364 días.
- Edad de permanencia: 99 años y 364 días.

### Vigencia De Póliza Maestra

- 01/03/2019 hasta 01/03/2022

### Cuadro De Coberturas Según Plan South America

Plan 1: Ida

	Monto máximo a indemnizar
<b>Sección A - Accidentes Personales:</b>	
A1: Muerte accidental	US\$ 25.000
A1 & A5: A1 Muerte Accidental y Desmembramiento Accidental	US\$ 25.000
<b>Sección E - Cancelación, interrupción, regreso anticipado del viaje y retorno de menores:</b>	
E1: Cancelación del viaje	Ticket Aéreo ida hasta US\$ 400
<b>Sección G - Pérdida de equipaje y reembolso de gastos por retraso del equipaje:</b>	
G1: Pérdida de equipaje	US\$ 600
G2: Reembolso de gastos por demora de equipaje	US\$ 100

Plan 2: Ida y vuelta

	Monto máximo a indemnizar
<b>Sección A - Accidentes Personales:</b>	
A1: Muerte accidental	US\$ 25.000
<b>Sección B - Reembolso de gastos médicos, odontológicos, medicamentos y evacuación médica de emergencia:</b>	
B1: Reembolso de gastos médicos y hospitalarios necesarios por accidente y/o enfermedad	US\$ 10.000
B1: Gastos médicos por COVID-19 durante el viaje	US\$ 30.000
B1: Indemnización en caso de hospitalización por COVID 19	US\$ 150 x noche
B2: Reembolso de gastos odontológicos	US\$ 1.000

B3: Reembolso de medicamentos	US\$ 1.000
<b>Sección C - Gastos de recuperación en hotel y gastos de acompañante:</b>	
C1: Recuperación en hotel	US\$ 500
C2: Costo de pasaje para acompañante en caso de hospitalización prolongada	Ticket Aéreo ida/vuelta hasta US\$ 500
C3: Costo del alojamiento del acompañante	US\$ 1.500 (US\$ 150 por día)
<b>Sección D - Repatriación:</b>	
D1: Repatriación funeraria	US\$ 5.000
D1: Repatriación funeraria por COVID-19	US\$ 30.000
D2: Repatriación en vida - traslado médico por emergencia	US\$ 5.000
<b>Sección E - Cancelación, interrupción, regreso anticipado del viaje y retorno de menores:</b>	
E1: Cancelación del viaje	Ticket Aéreo ida/vuelta hasta US\$ 400
E2: Interrupción del viaje y regreso anticipado - cobertura amplia	Costo de Cambio hasta US\$ 400
E5: Retorno de menores	Ticket Aéreo ida/vuelta hasta US\$ 500
<b>Sección G - Pérdida de equipaje y reembolso de gastos por retraso del equipaje:</b>	
G1: Pérdida de equipaje	US\$ 600
G2: Reembolso de gastos por demora de equipaje	US\$ 100

### **Beneficiarios**

Para la cobertura de muerte accidental, la compañía pagará la indemnización a los beneficiarios indicados por el asegurado al momento de la contratación, a falta de designación, serán los herederos legales del asegurado, que hubieran sido declarados como tales en el correspondiente certificado de posesión efectiva. Para el resto de las coberturas, el beneficiario será el propio asegurado.

### **Materia asegurada**

Personas naturales que se puedan ver afectados por los riesgos cubiertos en esta póliza.

### **Coberturas**

Se cubre de acuerdo a condiciones generales de la póliza de accidentes personales según POL 320180032 de la CMF.

A efectos de esta póliza, se entenderá como fallecimiento a consecuencia directa e inmediata de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

### **Sección A: Accidentes personales.**

#### **A1: Muerte accidental a causa de accidente ocurrido durante el viaje del asegurado**

La compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en el cuadro de coberturas por asegurado, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia **directa e inmediata** de un accidente, que haya ocurrido ya sea durante el viaje del asegurado que se especifique al momento de la contratación del seguro.

**SECCIÓN B - Reembolso de gastos médicos, odontológicos, medicamentos y de evacuación médica de emergencia, incurridos a consecuencia de accidente ocurrido durante el viaje o enfermedad diagnosticada por primera vez o contraída durante el viaje del asegurado:**

Todos los gastos de las coberturas consignadas en esta póliza bajo la sección b, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo jamás, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en el cuadro de coberturas por asegurado bajo la cobertura b1 gastos médicos por accidente y/o enfermedad.

Los gastos que serán reconocidos bajo esta cobertura serán los razonables y acostumbrados, según se define en la POL 320180032.

Para fines de esta póliza se entenderá por gastos médicos y hospitalarios necesarios solamente a los indicados en la POL 320180032.

La compañía otorgará las coberturas de esta sección, en la medida que los gastos respecto de los cuales se solicite el reembolso, hayan sido incurridos a consecuencia de un accidente ocurrido durante el viaje del asegurado o a consecuencia de una enfermedad que haya sido contraída o cuyo diagnóstico sea efectuado por primera vez durante dicho viaje.

**B1 Reembolso de gastos médicos y hospitalarios necesarios incurridos a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante el viaje o enfermedad diagnosticada por primera vez o contraída durante el viaje del asegurado:**

La compañía procederá al reembolso o pago de gastos médicos y hospitalarios necesarios incurridos por el asegurado, en la medida que hayan sido consecuencia de accidente que haya ocurrido durante el viaje o enfermedad de carácter súbito que haya sido diagnosticada por primera vez o contraída durante el viaje del asegurado, hasta el límite establecido en la tabla de beneficios especificada en las condiciones particulares y/o en el certificado de cobertura, todo de acuerdo con el plan contratado, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente o enfermedad de carácter súbito bajo las coberturas definidas en las secciones B2, B3 y B4.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos médicos y hospitalarios efectuados.

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

Condiciones:

-La compañía a su cargo, tendrá el derecho a someter al asegurado a exámenes médicos, con la frecuencia razonablemente necesaria, mientras el reclamo correspondiente al pago de un beneficio se halle pendiente.

-En el único caso en el que la gravedad del accidente o enfermedad le impida al asegurado llamar a la central de asistencia, podrá solicitar el reembolso de gastos médicos, para lo cual, el asegurado deberá presentar:

A) diagnóstico médico;

B) Carta con breve relato de lo sucedido incluyendo los datos específicos de la póliza de seguro contratada y de acuerdo a lo especificado en las condiciones particulares;

C) comprobante original de pagos.

- De no estar definido de otra forma en las condiciones particulares, todos los gastos de las coberturas consignadas en esta póliza bajo la sección b, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo jamás, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en las condiciones particulares bajo la cobertura b1 gastos médicos por accidente y/o enfermedad.

- Los gastos médicos por accidente o enfermedad cubiertos por esta póliza se limitan a tratamientos de urgencia de cuadros agudos y están orientados a cubrir eventos súbitos e imprevisibles donde se haya diagnosticado por un médico una enfermedad o producto de un accidente claro, comprobable y agudo que impida la normal continuación del viaje que se especifique en las condiciones particulares o al momento de la contratación del seguro y por la misma razón no se prestan para procedimientos de larga duración sino para garantizar la recuperación inicial y las condiciones físicas que permitan la normal continuación del viaje del asegurado.

#### **Indemnización en caso de hospitalización por COVID 19:**

En caso de ser hospitalizado a causa de COVID 19 durante el viaje, la compañía indemnizará con el pago diario hasta el límite establecido en el cuadro de coberturas por asegurado.

Condiciones:

- Deducible de 2 noches
- Tiempo máximo de cobertura 15 noches
- El asegurado deberá presentar a la cía. De seguros los documentos que acrediten la hospitalización del asegurado.

#### **B2 Reembolso de gastos odontológicos necesarios a consecuencia de emergencia odontológica por accidente y/o enfermedad incurridos a consecuencia de accidente que haya ocurrido durante el viaje o enfermedad que haya sido diagnosticada por primera vez o contraída durante el viaje del asegurado:**

La compañía reembolsará, hasta el límite establecido en la tabla de beneficios especificada en las condiciones particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, los gastos correspondientes a servicios odontológicos medicamente necesarios de emergencia recibidos por el asegurado durante su viaje, a consecuencia de dolor agudo, súbito y repentino en sus piezas dentarias, producto de un accidente ocurrido en el viaje o enfermedad diagnosticada por primera vez o contraída durante el viaje del asegurado.

El primer tratamiento deberá realizarse en el exterior y comenzar dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la emergencia o al momento en que se presentó por primera vez el dolor agudo, súbito y repentino.

Esta cobertura incluye el reembolso o pago de los gastos en arreglos o sustituciones de prótesis odontológicas siempre y cuando deriven de un traumatismo. El hecho que se produzca una emergencia odontológica no significa que por esta sola circunstancia sea objeto de beneficio, todo lo cual será debidamente calificado de acuerdo con los antecedentes que al efecto proporcione el médico tratante.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos odontológicos efectuados.

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

Condiciones:

-en el único caso en el que la gravedad del accidente o enfermedad le impida al asegurado llamar a la central de asistencia, podrá solicitar el reembolso de gastos médicos, para lo cual, el asegurado deberá presentar:

A) Diagnóstico médico;



B) carta con breve relato de lo sucedido incluyendo los datos específicos de la póliza de seguro contratada y de acuerdo a lo especificado en las condiciones particulares;

C) Comprobante originales de pagos.

- La compañía a su cargo, tendrá el derecho a someter al asegurado a exámenes médicos, con la frecuencia que considere necesaria, mientras el reclamo correspondiente al pago de un beneficio se encuentre pendiente.

- De no estar definido de otra forma en las condiciones particulares, todos los gastos de las coberturas consignadas en esta póliza bajo la sección b2, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo jamás, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en las condiciones particulares bajo la cobertura b1 gastos médicos por accidente y/o enfermedad.

### **B3 reembolso de medicamentos recetados a consecuencia de las circunstancias descritas anteriormente**

La compañía reembolsará, hasta el límite establecido en la tabla de beneficios especificada en las condiciones particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, los gastos en la compra de medicamentos necesarios recetados al asegurado a consecuencia de la atención médica u odontológica señaladas en las coberturas b1 y b2, sujeto al límite dispuesto en la tabla de beneficios especificada en las condiciones particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, siempre que los gastos se hayan ocurrido durante el viaje del asegurado y hayan sido prescritos por un médico que lo haya asistido durante el viaje que se especifique en las condiciones particulares o al momento de la contratación del seguro.

En el caso de ser medicamento necesarios, si el asegurado no pudiera contar con acceso a medicamentos específicos por no encontrarse disponibles en los países donde se encuentra durante el viaje, estos podrán ser enviados directamente desde Chile. Esto aplica siempre y cuando la discontinuidad del uso del medicamento ponga en riesgo la vida del asegurado y éstos hayan sido prescritos por un médico local.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos en medicamentos efectuados.

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

Condiciones:

- En el caso del solicitar reembolso de medicamentos, el asegurado deberá presentar:

A) Diagnóstico médico;

B) Carta con breve relato de lo sucedido incluyendo los datos específicos de la póliza de seguro contratada;

C) Comprobante original de pagos.

- La compañía a su cargo, tendrá el derecho a someter al asegurado a exámenes médicos, con la frecuencia que considere necesaria, mientras el reclamo correspondiente al pago de un beneficio se encuentre pendiente.

- Todos los gastos de las coberturas consignadas en esta póliza bajo la sección b3, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo jamás, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en las condiciones particulares bajo la cobertura b1 gastos médicos por accidente y/o enfermedad.

### **Sección C - Gastos de recuperación en hotel y gastos de acompañante.**

### **C1 Recuperación en hotel:**

En caso de que el equipo médico del establecimiento donde se encuentre el asegurado y el equipo médico indicado por la compañía, determinen la necesidad de prorrogar el periodo de estadía del asegurado por convalecencia, después que fue dado de alta del hospital, debido a accidente o enfermedad que haya ocurrido en el viaje o haya sido diagnosticada por primera vez o contraída durante el viaje del asegurado, se indemnizará o reembolsará, según se especifique en la tabla de beneficios especificada en las condiciones particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, el costo de las estadías diarias en el hotel, limitado al valor por día y al número de días indicados en la tabla de beneficios. Estos gastos deberán ser previamente autorizados por la compañía y en coordinación con la central de asistencia.

La compañía no será responsable del pago o reembolso de los gastos que sean responsabilidad de terceros o que estén ya incluidos en el costo del viaje.

Condiciones:

Esta cobertura comienza a regir siempre que el asegurado haya estado hospitalizado al menos el número de días indicados en las condiciones particulares.

### **C2 Costo de pasaje para acompañante en caso de hospitalización prolongada:**

La compañía asumirá el costo de compra de un pasaje aéreo de ida y regreso en clase económica, a quien indique el asegurado, cuando éste se encuentre viajando solo y los médicos del servicio de asistencia consideren necesaria su hospitalización por un periodo superior a 5 (cinco) días, desde que previamente haya sido solicitado y aprobado a través de la central de asistencia de la compañía.

En caso de que el asegurado no pueda indicar a un acompañante, se considerará al cónyuge o cualquier pariente en primer grado y que sea mayor de edad. Este beneficio está sujeto al límite indicado en la tabla de beneficios especificada en el cuadro de coberturas por asegurado

### **C3 Costo del alojamiento del acompañante:**

La compañía indemnizará al asegurado o efectuará el reembolso de los gastos diarios en hotel para Hospedaje del acompañante del asegurado, que, de acuerdo con lo establecido en esta cláusula, se limitará según se indique en la tabla de beneficios especificada en el cuadro de coberturas por asegurado y/o en el respectivo certificado de cobertura desde que fuera solicitado a través de la central de asistencia y previamente aprobado por la compañía, con un máximo de días por evento de acuerdo a lo especificado en el cuadro de coberturas. Esta cobertura aplica únicamente como continuación a la cobertura descrita en la sección c2, es decir, debe contratarse de manera conjunta con ésta.

## **Sección D - Repatriación**

### **D1 Repatriación funeraria:**

En caso de fallecimiento del asegurado durante el viaje, la compañía asumirá el pago del traslado de los restos mortales hasta su país de residencia habitual, así como proveer un ataúd común o una urna funeraria.

Este servicio comprende todo el proceso burocrático para liberación de los restos mortales, pasaje aéreo y embalsamamiento, hasta el límite indicado en el cuadro de coberturas por asegurado; o a su vez inhumación local, a petición de los deudos, hasta por el equivalente del costo en caso de que se hubiese repatriado o trasladado.

## **D2 Repatriación en vida - traslado médico por emergencia:**

La compañía asumirá el pago de los gastos de traslado médico del asegurado, hasta el monto máximo que figura en la tabla de beneficios especificada en las condiciones particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, para el caso que sufra una lesión a causa de accidente que haya ocurrido o enfermedad de carácter súbito, que haya sido diagnosticada por primera vez durante el viaje del asegurado y en que resulte necesaria su evacuación de emergencia.

La evacuación de emergencia debe ser a pedido de la compañía o de un médico que certifique que la gravedad o la naturaleza de la lesión o enfermedad del asegurado hacen necesaria tal evacuación.

Los gastos cubiertos corresponden a los de transporte y tratamiento médico, incluyendo servicios y suministros médicos, en que necesariamente se incurrió con motivo de la evacuación de emergencia del asegurado, aplicándose en los siguientes casos:

A) Que la condición médica del asegurado haga necesario el transporte inmediato desde el lugar donde éste se encuentra lesionado o enfermo, hasta el hospital más cercano en donde se podrá obtener el tratamiento médico apropiado;

B) que luego de haber sido tratado en un hospital local, la condición médica del asegurado hace necesario su transporte a su país de la residencia habitual para recibir tratamiento médico adicional o para recuperarse.

Condiciones:

- El servicio de evacuación médica deberá ser realizado por la vía más directa y razonable posible, utilizando el transporte compatible con el estado de salud del asegurado. En todo caso los gastos de transporte deberán ser:

- Recomendados por el médico que atienda al asegurado;

- Requeridos por las regulaciones estándar del medio de transporte que traslada al asegurado;

- Acordados y autorizados anticipadamente por la compañía y en coordinación con la central de asistencia.

## **Sección E - Cancelación, interrupción, regreso anticipado del viaje y retorno de menores.**

### **El cancelación del viaje:**

La compañía reembolsará o coordinará el pago al asegurado, hasta el límite indicado en el cuadro de coberturas por asegurado, de los gastos por servicios de viajes, pasajes no-devueltos, hospedaje en el hotel y/o de los cargos por cancelación de la utilización de un transporte público autorizado, en caso de que el asegurado se vea impedido de iniciar el viaje, debido a una enfermedad de carácter súbito, accidente, o fallecimiento del propio asegurado o compañero de viaje asegurado o fallecimiento de un miembro de la familia, siempre y cuando el asegurado haya reservado y pagado o adeudado estos costos antes que ocurriera tal enfermedad, accidente o fallecimiento.

La compañía se reserva el derecho de realizar una pericia médica comprobatoria.

Se extenderá además esta cobertura en los siguientes eventos:

A) Que el hogar del asegurado se vuelve inhabitable después de un incendio, una tormenta, o una inundación de tal magnitud que requiere su presencia en las instalaciones durante su período del seguro

B) Que un desastre natural haya ocurrido recientemente o se espere, de manera razonable, que ocurra en el lugar de destino o en su hogar y que le impida comenzar su viaje.

C) Que la dirección de aeronáutica y/o alguna otra entidad del gobierno haya emitido una advertencia de "no viajar" para el destino de su viaje al extranjero

D) Que ocurra un acto de terrorismo en el destino de su viaje

Condiciones:

- En el caso de cancelación del viaje, la compañía deberá ser notificada en un plazo máximo de 72 horas desde la ocurrencia de la enfermedad, accidente, o fallecimiento.
- Vencido este plazo, la compañía no se responsabilizará por multas adicionales, cualquiera sea su naturaleza.
- Para efectos de este beneficio las enfermedades de carácter súbito deberán manifestarse o ser contraídas a partir de la fecha de contratación del seguro.
- El asegurado debe entregar a la compañía los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de los contratos de viaje, pasajes, vouchers de hotelería u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como, asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidos anteriormente.
- Cualquier solicitud de cobertura de este beneficio debe ir acompañado de una carta explicativa con las razones de la cancelación y el resultado que obtuvo junto a la empresa con la cual el asegurado celebró el contrato de viaje, en la devolución de los valores pagados o adeudados.
- El asegurado deberá presentar los documentos médicos que acrediten la identidad del asegurado, compañero de viaje o familiar de alguno de los dos, en donde se demuestre la veracidad de la enfermedad o accidente.
- En caso de fallecimiento de un familiar, el certificado de defunción correspondiente, y en caso de fallecimiento del asegurado o compañero de viaje, se regirán por el procedimiento para la solicitud de reembolso y pago de indemnización de fallecimiento accidental.

## **E2 Interrupción del viaje y regreso anticipado - cobertura amplia**

La compañía reembolsará o coordinará el pago de los gastos por servicios no devueltos y no reembolsables pagados anticipadamente al hotel y/o el pasaje de transporte público autorizado, menos el valor del crédito aplicado por el pasaje de regreso no utilizado, en caso de que el asegurado quede imposibilitado de concluir el viaje debido a alguna de las siguientes circunstancias:

- muerte o enfermedad grave del asegurado, que tenga carácter de urgencia y que motive la internación o inhiba la ambulación, generando un estado de postración en el asegurado y por lo tanto, imposibilite la iniciación y/o prosecución del viaje del asegurado.
- muerte o internación hospitalaria por más de cinco (5) días por accidente o enfermedad repentina de un miembro de su familia.
- cuando el asegurado recibiese notificación fehaciente para comparecer ante la justicia, debiendo haber recibido dicha notificación con posterioridad al inicio del viaje.
- cuando el asegurado haya sido declarado en cuarentena por autoridad sanitaria competente con posterioridad al inicio del viaje.
- por incendio o robo en la residencia habitual del asegurado, ocurrido mientras el asegurado se encuentre en el viaje.

Las situaciones descritas deberán ser acreditadas mediante certificados o documentos legales, en donde se demuestre la veracidad de la reclamación. Pago sujeto al límite establecido en el cuadro de coberturas por asegurado.

En el caso que el asegurado no pueda realizar cambio en sus pasajes transporte público autorizado, la compañía le entregará un pasaje aéreo en la misma clase que viajaba originalmente para el regreso del asegurado a su país de origen, en caso de que él mismo quede inhabilitado de continuar el viaje. Este pasaje será entregado sólo en caso de que no sea posible utilizar el medio de transporte público autorizado originalmente previsto.

Condiciones:

- la compañía no será responsable por ninguna multa o penalidad adicional incurrida que no hubiese sido impuesta si el asegurado hubiera notificado a la compañía durante las 72 horas siguientes de ocurrido el reclamo.
- para efectos de este beneficio, las enfermedades de carácter súbito deberán manifestarse o ser contraídas a partir de la fecha de inicio del viaje. En los casos que exista una condición de preexistencia el beneficio de interrupción del viaje y regreso anticipado será sólo en los casos en que el médico certifique un deterioro severo, repentino e imprevisto, donde la continuación del viaje, coloque en peligro grave la vida del asegurado, su compañero de viaje, miembro de su familia o miembro de la familia de su compañero de viaje.
- el asegurado debe entregar a la compañía los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de los contratos de viaje, pasajes, vouchers de hotelería u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación o interrupción; como, asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidos anteriormente.
- cualquier solicitud de cobertura de este beneficio debe ir acompañado de una carta explicativa con las razones de la interrupción y el resultado que obtuvo junto a la empresa con la cual el asegurado celebró el contrato de viaje, en la devolución de los valores pagados o adeudados.
- el asegurado deberá presentar los documentos médicos que acrediten la identidad del asegurado, O miembro de su familia, en donde se demuestre la veracidad de la enfermedad o accidente. En caso de fallecimiento del asegurado o miembro de su familia; se deberá presentar el certificado de defunción correspondiente.
- denuncia ante carabineros del robo del lugar de residencia o domicilio y/o reporte de bomberos en caso de incendio.

#### **E5 Retorno de menores:**

Quando a consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado durante un viaje, éste se vea imposibilitado de acompañar al (a los) menor (es) que lo acompañaba en dicho viaje, la compañía costeará el otorgamiento de un pasaje aéreo, clase económica, de ida y vuelta para que una persona adulta, designada por la familia del asegurado, pueda acompañar al (a los) menor (es) de regreso al domicilio, siempre que haya sido previamente solicitado a la central de asistencia y autorizado por la compañía. Esta cobertura se aplica solamente cuando el asegurado esté acompañado de menor(es) hasta 16 años de edad y debido a accidente, enfermedad grave, o fallecimiento del asegurado, y dicho(s) menor(es) se quede(n) sin compañía de una persona adulta.

#### **Sección G - Pérdida de equipaje y reembolso de gastos por retraso del equipaje.**

##### **G1 Pérdida de equipaje:**

En caso de extravío, hurto o robo de equipaje una vez que éste se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de transporte de público autorizado, acreditado mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida (PIR-property irregularity report) o su equivalente, la compañía pagará un monto calculado por el peso del equipaje, limitado al monto declarado en el informe de pérdida (PIR-property irregularity report) o su equivalente.

El monto a indemnizar queda sujeto a lo indicado en el cuadro de coberturas por asegurado, menos cualquier otro monto pagado al asegurado bajo la cobertura definidas en la sección g2

En la eventualidad de que la compañía de transporte público autorizado no haya efectuado el peso del equipaje del asegurado, éste deberá efectuar un listado por ítem contenidos en su equipaje y con eso la aseguradora estimará según el listado los kilos aproximados contenidos en el equipaje.

La compañía otorgará este beneficio, por evento, cuando el equipaje no haya llegado hasta 72 horas después del horario de llegada del asegurado al destino indicado en su ticket de transporte público autorizado.

Condiciones:

- en caso de pérdida de equipaje el asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:
- informe comprobante de la pérdida emitido por el transporte público autorizado responsable (pir-property irregularity report) o su equivalente, que señale el peso, en kilogramos del equipaje extraviado, o la declaración por ítem contenidos en el equipaje, para la estimación de los kilos aproximados contenidos.
- ticket original del equipaje;

## **G2 reembolso de gastos por demora de equipaje:**

El asegurado podrá solicitar el reembolso de los gastos por compras de efectos personales, no provisto por el transporte público autorizado, a causa del retraso o extravío del equipaje del asegurado, una vez que este se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de transporte público autorizado. Para obtener el reembolso el asegurado deberá acreditar el retraso mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida (PIR- property irregularity report) o su equivalente. La compañía otorgará este beneficio, por evento, cuando el equipaje no haya llegado hasta 36 horas después del horario de llegada del asegurado al destino indicado en su ticket de transporte público autorizado. No se otorgará este beneficio en caso de que el destino del asegurado sea el de su residencia o domicilio. Este beneficio reconoce como límite el indicado en la tabla de beneficios especificada en el cuadro de coberturas por asegurado, pagadero a razón de un cuarto de dicho máximo por cada 24 horas adicionales que el equipaje del asegurado se atrase.

Condiciones:

- en caso de reembolso de gastos por demora de equipaje el asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:
- copia de la tarjeta de embarque o ticket del transporte público autorizado;
- comprobantes originales de gastos con compras de efectos personales;
- informe comprobante de la pérdida emitido por el transporte público autorizado responsable (pir-property irregularity report), que señale el peso, en kilogramos del equipaje extraviado;
- ticket original del equipaje.

Para proceder a este reembolso se exigirá en todos los casos la presentación de toda la documentación que acredite la ocurrencia del evento (denuncia policial, declaración de aduana, comprobante del alquiler, etc.)

## **Exclusiones**

Las coberturas de este seguro no operaran cuando el accidente o hecho se produzca por efecto directo, ya sea total o parcialmente de las situaciones señaladas en el art. 05 de las condiciones generales de la pol320180032.

Se deja constancia que en el Punto 7 de Exclusiones rige lo siguiente: Las enfermedades epidémicas y sus consecuencias, que provengan directa o indirectamente de pandemia, ya sea que haya sido declarada por la Organización Mundial de la Salud o el organismo que lo reemplace, o bien, por la autoridad correspondiente de cualquiera de los países, localidades o regiones afectadas. Sin embargo, esta exclusión no será aplicable para el caso de diagnóstico de COVID 19, lo anterior en caso de requerir atención médica por la cobertura B1 y solo si la atención médica se produce durante el viaje por parte del asegurado, y en caso de repatriación de restos mortales por COVID-19 en cobertura D1.

### **Procedimiento para la utilización de este seguro**

Para poder utilizar las coberturas de esta póliza o para denunciar algún siniestro, el asegurado deberá contactarse a los siguientes teléfonos, dependiendo de donde se encuentre:

#### **CHILE**

**+56-2- 2560 6609**

#### **FUERA DEL PAIS**

**+56-2- 2560 6609 (LLAMADA POR COBRO REVERTIDO)**

Si en el lugar donde se encuentra no es admitido o por algún motivo no es posible comunicarse mediante el sistema de cobro revertido, se debe comunicar de manera directa y luego al regreso a Chile solicitar el reintegro de los gastos telefónicos, presentando los respectivos comprobantes originales.

Para coordinar la prestación de las coberturas, se requerirá la siguiente información: nombre del paciente, Rut, fecha de nacimiento, dirección donde se encuentra, teléfono de contacto, email y síntomas o problema. Una vez obtenida esta información, se inicia la coordinación y se le avisará al paciente cómo proceder.

Se debe tener en consideración que hay un plazo de 48 horas para dar aviso a la central de operaciones desde la ocurrencia de los síntomas o desde que sucede algún accidente o problema que requiera asistencia.

Siempre en todo momento, cualquier decisión médica es evaluada y controlada por nuestro departamento médico en conjunto con el o los médicos tratantes.

En el caso de reembolsos por indicación del departamento de operaciones, debe presentar la siguiente información a su regreso a Chile:

- asistencia médica: reporte médico original y completo, comprobantes originales de los gastos efectuados según el plan contratado
- demora y/o pérdida de equipaje: pir y comprobantes originales de los gastos efectuados según el plan contratado
- vuelo demorado: constancia de la aerolínea certificando la demora y comprobantes originales de los gastos efectuados según el plan contratado

Se recuerda que siempre se debe llamar a la central de asistencia ante la necesidad de requerir algún servicio.

En caso de requerir reembolso de parte de la cía. De seguros, por favor comunicarse a [siniestrotravel.chile@chubb.com](mailto:siniestrotravel.chile@chubb.com)

#### **Forma de pago de prima**

La prima será única y el pago de la prima cargado a la tarjeta de crédito o débito bancaria del asegurado titular u otro emisor de tarjetas de crédito que indique al momento de la contratación.

La compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante el cargo convenido.

#### **Vigencia de la póliza colectiva**

La presente póliza colectiva tendrá una vigencia a partir de las 00:01 horas del día 01 de marzo de 2019 y terminando a las 00:01 horas del día 01 de marzo de 2021 a partir de la fecha de término no podrán incorporarse nuevos asegurados a la póliza colectiva, salvo que exista acuerdo entre contratante y compañía aseguradora para renovar su vigencia

### **Vigencia individual**

La cobertura para cada asegurado individual comenzará a partir de la fecha y hora señalada en el ticket de viaje y se mantendrá vigente hasta la fecha de llegada al país de origen, salvo en el caso de que sea un viaje de solo ida, donde la cobertura finalizará una vez llegado a su destino. El seguro podrá terminarse de forma anticipada acuerdo a lo estipulado en la POL320180032.

### **Derecho a retractación del seguro**

El asegurado podrá, sin expresión de causa ni penalización alguna, retractarse del seguro contratado hasta antes del inicio de la vigencia individual. Dicha retractación deberá comunicarse, a la compañía, por cualquier medio que permita la expresión fehaciente de dicha voluntad si la retractación se produce con posterioridad al cargo de la prima respectiva, deberá restituirse su importe íntegro al responsable de pago, con independencia del medio de pago respectivo.

Sin perjuicio de lo anterior, una vez transcurrido este plazo, el asegurado/proponente podrá poner término al seguro en cualquier momento y sin expresión de causa, mediante cualquier medio que permita la expresión fehaciente de voluntad ante la compañía aseguradora.

### **Comunicaciones y envío de comunicación**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar el asegurador al contratante o el asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en la grabación telefónica o solicitud de incorporación, salvo que el asegurado no dispusiere de correo electrónico o dispusiere otra forma de notificación al momento de la contratación del seguro.

Asimismo, la copia de la póliza se enviará al mismo medio indicado, si así lo ha autorizado el asegurado en la grabación o solicitud de incorporación.

En caso de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta dirigida al domicilio del contratante o el asegurado.

### **Domicilio**

Para los efectos de este contrato se fija como domicilio la ciudad y comuna de Santiago.

### **Servicio de atención al cliente Chubb**

Ante cualquier consulta, el asegurado podrá llamar al centro de atención al cliente de Chubb al teléfono 56 (2) 2756 1010, donde un ejecutivo especializado lo atenderá de lunes a viernes de 9:00 a 17:30 horas.

Para consultas o solicitudes de modificación, anulación, emisión de certificado u otro relacionado a cambios en la compra inicial de su seguro de viaje, favor comunicarse con nuestra central Chubb al +56 2 23987022, de 09:00 a 17:45

### **Notas:**

- La compañía tendrá siempre el derecho de solicitar, ya sea al asegurado, cualquier otro antecedente o documento que se necesite, o que estime necesario, además y sin perjuicio de los ya citados, para la evaluación del siniestro y el ajuste correspondiente si procediere.
- Este contrato no cuenta con el sello Sernac del art. 55 de la ley 19.496.
- Se incluye anexo relativo a procedimiento de liquidación de siniestros.

## **Anexo Información sobre atención de clientes y presentación de consultas y Reclamos**

En virtud de la circular n° 2131 de 28 de noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones,



consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

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

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

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la superintendencia de valores y seguros, área de protección al inversionista y asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en av. Libertador Bernardo O'Higgins n° 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web [www.svs.cl](http://www.svs.cl).

Chubb seguros chile s.a. Se encuentra adherida voluntariamente al código de autorregulación y al compendio de buenas prácticas de las compañías de seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes.

Copia del compendio de buenas prácticas corporativas de las compañías de seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de Chubb seguros chile s.a. Y en [www.aach.cl](http://www.aach.cl).

Asimismo, Chubb seguros chile s.a., se encuentra adherida voluntariamente a la institución del defensor del asegurado dependiente del consejo de autorregulación de las compañías de seguros, cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el defensor del asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de chubb seguros chile s.a. O a través de la página web [www.ddachile.cl](http://www.ddachile.cl)."

## **(CIRCULAR Nº 2106 SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS) PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS**

### **1) Objeto de la liquidación**

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar. El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

### **2) Forma de efectuar la liquidación**

La liquidación puede efectuarla directamente la compañía o encomendarla a un liquidador de seguros. la decisión debe comunicarse al asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

### **3) Derecho de oposición a la liquidación directa**

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

### **4) Información al asegurado de gestiones a realizar y petición de antecedentes**

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

#### **5) Pre-informe de liquidación**

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

#### **6) Plazo de liquidación**

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de **45 días** corridos desde fecha denuncia, a excepción de;

- a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del primer grupo cuya prima anual sea superior a 100 uf: **90 días** corridos desde fecha denuncia;
- b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de avería gruesa: **180 días** corridos desde fecha denuncia;

#### **7) Prórroga del plazo de liquidación**

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al asegurado y a la superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del informe de liquidación. no podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

#### **8) Informe final de liquidación**

el informe final de liquidación deberá remitirse al asegurado y simultáneamente al asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del reglamento de auxiliares del comercio de seguros (D.S. DE HACIENDA Nº 1.055, DE 2012, DIARIO OFICIAL DE 29 DE DICIEMBRE DE 2012),

#### **9) Impugnación informe de liquidación**

Recibido el informe de liquidación, la compañía y el asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la compañía, este derecho sólo lo tendrá el asegurado. Impugnado el informe, el liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.