

**ASEGURADO** :FED DEP NACIONAL DE TRIATLON DE CHILE  
**R.U.T.** : 650201906  
**DOMICILIO** :RAMON CRUZ Nro. 001176 Depto. 408  
**CIUDAD** :#U#OA / SANTIAGO

**RAMO** :12 ACCIDENTES PERSONALES  
**DOCUMENTO** :POLIZA  
**MONEDA** :UNIDAD DE FOMENTO REAJ.  
**CORREDOR** :  
 10217 CASTELLANO BAHAMONDES JOSE IGNACIO

<b>PÓLIZA</b> 7.640.932	<b>ENDOSO</b> 0	<b>RENUEVA</b> 7.635.894
<b>VIGENCIA</b> 1 Año	<b>DESDE 12hrs</b> 17/04/2019	<b>HASTA 12hrs</b> 17/04/2020
<b>EMITIDA EL</b> 22/04/2019	<b>DOCUMENTAR HASTA</b> 17/05/2019	

**ESTA PÓLIZA SE EMITE EN CONSIDERACIÓN AL PAGO O DOCUMENTACIÓN DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE Y A LAS DECLARACIONES FORMULADAS POR EL CONTRATANTE EN LA PROPUESTA RESPECTIVA, LA QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO EN CONJUNTO CON LAS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES ADJUNTAS. LA PRESENTE PÓLIZA SE ENTENDERÁ ACEPTADA PARA TODOS LOS EFECTOS POR EL ASEGURADO, A MENOS QUE EL ASEGURADO LAS OBJETE DENTRO DE LOS 5 DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE EMISIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA.**

<b>COMISIÓN CORREDOR</b> 20,00 % S/P.Neta	<b>PRIMA EXENTA</b>	113.92
20,00 % CASTELLANO UF 31,96	<b>PRIMA AFECTA</b>	45.92
	<b>IMPUESTO</b>	8.72
	<b>PRIMA TOTAL</b>	168.56

**REFERENCIA:**

**DESCRIP. :** PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES  
 CONDICION GENERAL APROBADA BAJO EL CODIGO  
 POL 320130570 DE LA C.M.F.

CLAUS. ANEXOS QUE FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO, SIENDO NULOS LOS QUE NO SE CITAN



CHUBB SEGUROS CHILE S.A.  
 Mario Romanelli  
 Gerente General

EKJUAR

**MATERIA ASEGURADA**

SE OTORGA COBERTURA A **250 DEPORTISTAS AFILIADOS** A LA FEDERACIÓN, LAS 24 HORAS DEL DÍA SIEMPRE QUE SE ENCUENTREN PARTICIPANDO EN CAMPEONATOS Y ENTRENAMIENTOS EN EL PERIODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

ACTIVIDADES: NATACIÓN, CORRER Y BICICLETA.

EL SEGURO ES DE CARÁCTER MANDATORIO PARA EL SEGMENTO DE DEPORTISTAS A ASEGURAR.

**RENUEVA PÓLIZA 7635894**

**MONTO ASEGURADO POR PERSONA**

PLAN	COBERTURA	LÍMITE ASEGURADO POR PERSONA UF
PLAN A	MUERTE ACCIDENTAL	500
PLAN B	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	500
PLAN C	DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL	500
PLAN D	REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	50

**PRIMA POR EL PERIODO : UF 159,84 NETO + IVA**

COBERTURA	PRIMA NETA UF	IVA	PRIMA TOTAL UF
MUERTE ACCIDENTAL	113,92		113,92
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	5,00	0,95	5,95
DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL	5,00	0,95	5,95
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	35,92	6,82	42,74
<b>TOTALES</b>	<b>159,84</b>	<b>8,72</b>	<b>168,56</b>

**LÍMITES DE INDEMNIZACION**

SE ESTABLECE UN LÍMITE MÁXIMO GENERAL DE INDEMNIZACIÓN DE UF 5.000 POR EVENTO Y AGREGADO VIGENCIA POLIZA.

**COBERTURAS**

SE CUBRE DE ACUERDO A CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES SEGÚN POL 320130570 DE LA S.V.S.

PLAN A	MUERTE ACCIDENTAL
PLAN B	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE
PLAN C	DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL
PLAN D	REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

**PLAN A.- MUERTE ACCIDENTAL.**

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL MONTO ASEGURADO, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RECIBIDAS Y APROBADAS LAS PRUEBAS EN CUANTO A QUE EL FALLECIMIENTO INMEDIATO DEL ASEGURADO SE PRODUJO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA, COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN ACCIDENTE.

SE ENTENDERÁ COMO FALLECIMIENTO INMEDIATO AQUEL QUE OCURRA, A MÁS TARDAR, DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

SI EL ASEGURADO FALLECIERA COMO CONSECUENCIA DE ALGÚN ACCIDENTE, LA COMPAÑÍA DEDUCIRÁ DE LA SUMA A PAGAR BAJO ESTA COBERTURA, EL IMPORTE TOTAL QUE HUBIERE YA PAGADO AL ASEGURADO POR EL MISMO ACCIDENTE BAJO LAS COBERTURAS DEFINIDAS EN LAS ALTERNATIVAS B.-, C.-, Y D.- EN CASO DE HABER SIDO CONTRATADAS.

PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL EL MONTO ASEGURADO SE ENCUENTRA LIMITADO DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TRAMOS DE EDAD:

HASTA LOS 69 AÑOS Y 364 DÍAS, SE OTORGA EL 100% DEL MONTO ASEGURADO.  
 DESDE LOS 70 AÑOS HASTA LOS 74 AÑOS Y 364 DÍAS, SE OTORGA UN 50% DEL MONTO ASEGURADO.  
 DESDE LOS 75 AÑOS HASTA LOS 84 AÑOS Y 364 DÍAS, SE OTORGA UN 25% DEL MONTO ASEGURADO.

**PLAN B.- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.**

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA Y CUANDO COMO RESULTADO DE LESIONES PRODUCTO DE UN ACCIDENTE, EL ASEGURADO SE ENCONTRARE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE, EN ESTADO DE INCAPACIDAD PERMANENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ MEDIANTE UN PAGO ÚNICO Y TOTAL, LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DEL MONTO ASEGURADO, MENOS CUALQUIER OTRO MONTO PAGADO AL ASEGURADO POR EL MISMO ACCIDENTE BAJO LA COBERTURA DEFINIDA EN EL PLAN C:

EL **30%** PARA INCAPACIDAD : MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA 35% - 49%  
 EL **50%** PARA INCAPACIDAD : MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA 50% - 66%  
 EL **100%** PARA INCAPACIDAD : MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA 67% O MÁS

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD PERMANENTE, LA PÉRDIDA IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA, A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE, **DE AL MENOS EL 35% DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO**, EVALUADO CONFORME A LAS "NORMAS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ DE LOS TRABAJADORES AFILIADOS AL NUEVO SISTEMA DE PENSIONES", REGULADO POR EL D.L. N° 3.500, DE 1980.

PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DE 2/3 POR ACCIDENTE EL MONTO ASEGURADO SE ENCUENTRA LIMITADO DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TRAMOS DE EDAD:

HASTA LOS 69 AÑOS Y 364 DÍAS, SE OTORGA EL 100% DEL MONTO ASEGURADO.  
 DESDE LOS 70 AÑOS HASTA LOS 74 AÑOS Y 364 DÍAS, SE OTORGA UN 50% DEL MONTO ASEGURADO.  
 DESDE LOS 75 AÑOS HASTA LOS 84 AÑOS Y 364 DÍAS, SE OTORGA UN 25% DEL MONTO ASEGURADO.

**PLAN C.- DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL.**

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA Y CUANDO LA LESIÓN NO OCASIONE LA PÉRDIDA DE LA VIDA DEL ASEGURADO PRODUCTO DE UN ACCIDENTE, SINO QUE PRODUZCA CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN, SIEMPRE QUE LAS CONSECUENCIAS DE LAS LESIONES SE MANIFIESTEN ANTES DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESDE SU OCURRENCIA, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DEL MONTO ASEGURADO:

100% EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL DE LOS DOS OJOS, O DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZOS), O DE LAS DOS MANOS, O DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNAS), O DE LOS DOS PIES, O DE UN MIEMBRO INFERIOR (PIERNA) CON UNA MANO O UN BRAZO;

50% POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UNO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZOS), O UNO DE LOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNA), O DE UNA MANO;

40% POR PÉRDIDA TOTAL DE UN PIE;

50% POR LA SORDERA COMPLETA DE AMBOS OÍDOS;

25% POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OÍDO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERA TENIDO SORDERA COMPLETA DEL OTRO, ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO;

13% POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OÍDO;

50% POR LA CEGUERA TOTAL DE UN OJO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERE TENIDO CEGUERA TOTAL DEL OTRO ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO;

35% POR LA CEGUERA TOTAL DE UN OJO;

20% POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UN PULGAR;

15% POR LA PÉRDIDA TOTAL DEL ÍNDICE DERECHO O IZQUIERDO;

5% POR LA PÉRDIDA TOTAL DE CUALQUIERA DE LOS DEMÁS DEDOS DE LA MANO;

3% POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UN DEDO DEL PIE;

LA PÉRDIDA TOTAL DE CADA FALANGE, SE CALCULARÁ EN FORMA PROPORCIONAL A LA PÉRDIDA TOTAL DEL DEDO COMPLETO CORRESPONDIENTE. LA INDEMNIZACIÓN POR LA PÉRDIDA TOTAL O PARCIAL DE VARIOS DEDOS, SE DETERMINARÁ SUMANDO EL PORCENTAJE ASIGNADO A CADA UNO DE LOS DEDOS Y FALANGES PERDIDOS. LA PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL DE CUALQUIER MIEMBRO, SE CONSIDERARÁ COMO PÉRDIDA EFECTIVA DEL MISMO.

EN EL CASO DE OCURRIR MÁS DE UN SINIESTRO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LOS PORCENTAJES A INDEMNIZAR SE CALCULARÁN EN BASE AL MONTO ASEGURADO Y NO AL SALDO DE ÉSTE, DESPUÉS DE HABER EFECTUADO OTROS PAGOS. SIN EMBARGO, EL TOTAL DE INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE DESMEMBRAMIENTOS POR UNO O MÁS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL PERÍODO DE COBERTURA DE ESTA PÓLIZA, NO PODRÁ, EN NINGÚN CASO, EXCEDER DEL 100% DEL MONTO ASEGURADO PARA ESTA ALTERNATIVA.

PARA LOS EFECTOS DE LA CORRECTA INTERPRETACIÓN DE LA TERMINOLOGÍA EMPLEADA EN ESTE PLAN, SE ESTABLECE EL SIGNIFICADO DE LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

**PÉRDIDA TOTAL:** SE ENTIENDE POR "PÉRDIDA TOTAL" REFERIDA A UN MIEMBRO U ÓRGANO, SU ELIMINACIÓN DEL ORGANISMO AL CUAL PERTENECE, EN FORMA DEFINITIVA Y EN SU TOTAL INTEGRACIÓN ANATÓMICA Y FUNCIONAL.

**PÉRDIDA PARCIAL:** SE ENTIENDE POR "PÉRDIDA PARCIAL" LA ELIMINACIÓN DE PARTE DE UN ÓRGANO O MIEMBRO AL CUAL PERTENECE EN FORMA DEFINITIVA.

**PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL:** SE ENTIENDE POR "PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL" LA AUSENCIA DEFINITIVA Y TOTAL DE TODA CAPACIDAD DE FUNCIÓN O FISIOLOGÍA DEL O LOS ÓRGANOS AFECTADOS, PUDIENDO O NO ESTAR IMPLICADO EL ASPECTO ANATÓMICO DEL MIEMBRO COMPROMETIDO.

**MIEMBRO:** SE ENTIENDE POR "MIEMBRO", CUALQUIER EXTREMIDAD ARTICULADA CON EL TRONCO, DESTINADA A EJECUTAR LOS GRANDES MOVIMIENTOS DE LA LOCOMOCIÓN Y PRESIÓN, TALES COMO BRAZOS Y PIERNAS

PARA LA COBERTURA DE DESMEMBRAMIENTO EL MONTO ASEGURADO SE ENCUENTRA LIMITADO DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TRAMOS DE EDAD:

HASTA LOS 69 AÑOS Y 364 DÍAS, SE OTORGA EL 100% DEL MONTO ASEGURADO.  
DESDE LOS 70 AÑOS HASTA LOS 74 AÑOS Y 364 DÍAS, SE OTORGA UN 50% DEL MONTO ASEGURADO.  
DESDE LOS 75 AÑOS HASTA LOS 84 AÑOS Y 364 DÍAS, SE OTORGA UN 25% DEL MONTO ASEGURADO.

**PLAN D.-REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO, HASTA EL MONTO MÁXIMO SEÑALADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO POR LOS GASTOS MÉDICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS, INCURRIDOS POR EL ASEGURADO QUE SEAN CONSECUENCIA INMEDIATA Y DIRECTA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, SIEMPRE QUE TALES GASTOS SEAN PRODUCTO DE ATENCIONES PRESTADAS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS DENTRO DE UN PLAZO DE CIENTO OCHENTA (180) DÍAS, CONTADO DESDE LA FECHA DE OCURRENCIA DE CADA ACCIDENTE.

PARA TODO EFECTO, POR CADA ACCIDENTE OCURRIDO, CUALQUIER REEMBOLSO SERÁ POSTERIOR AL PAGO DEL MONTO DEL DEDUCIBLE QUE SE INDICA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES. SERÁ CONDICIÓN NECESARIA PARA PROCEDER AL REEMBOLSO, LA PRESENTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE LAS BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES, COMPROBATORIAS DE LOS GASTOS EFECTUADOS. EN CASO QUE EL ASEGURADO TUVIESE BENEFICIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD ESTATAL, PRIVADA Y/O BIENESTAR, DEBERÁ HACER USO DE ELLOS PREVIAMENTE; DE NO HACER USO DE SU SISTEMA DE SALUD, SE REEMBOLSARA EL 50% DE LO SOLICITADO, HASTA EL TOPE DE LA COBERTURA INDICADA.

EN ESE EVENTO, 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.

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES ANTES MENCIONADAS, LA PRESENTE COBERTURA NO REEMBOLSARÁ LOS GASTOS ANTERIORMENTE INDICADOS, CUANDO ELLOS PROVENGAN O SE ORIGINEN POR:

1. LESIÓN CAUSADA POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS Y DEMÁS SUSTANCIAS DE EFECTOS ANÁLOGOS O SIMILARES.
2. APARATOS AUDITIVOS, LENTES O ANTEOJOS ÓPTICOS, PRÓTESIS, ÓRTESIS, MIEMBROS ARTIFICIALES Y SUMINISTRO DE APARATOS O EQUIPOS ORTOPÉDICOS.
3. LA ATENCIÓN OTORGADA POR UNA CLÍNICA PRIVADA EN EL DOMICILIO DEL ASEGURADO.
4. LA ATENCIÓN PARTICULAR DE ENFERMERÍA FUERA DEL RECINTO HOSPITALARIO.
5. GASTOS POR ACOMPAÑANTES, MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO, INCLUYENDO ALOJAMIENTO, COMIDA Y SIMILARES.

PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS EL MONTO ASEGURADO SE ENCUENTRA LIMITADO DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TRAMOS DE EDAD:

HASTA LOS 69 AÑOS Y 364 DÍAS, SE OTORGA EL 100% DEL MONTO ASEGURADO.  
DESDE LOS 70 AÑOS HASTA LOS 74 AÑOS Y 364 DÍAS, SE OTORGA UN 50% DEL MONTO ASEGURADO.  
DESDE LOS 75 AÑOS HASTA LOS 84 AÑOS Y 364 DÍAS, SE OTORGA UN 25% DEL MONTO ASEGURADO.

LOS TRASLADOS POR VÍA AÉREA DEL ASEGURADO O AQUELLOS POR UNA DISTANCIA MAYOR A 50 KILÓMETROS DESDE EL LUGAR DEL ACCIDENTE HASTA ALGÚN HOSPITAL O CLÍNICA, CUALQUIERA SEA EL MEDIO DE TRASLADO.

**EXCLUSIONES:**

LA COBERTURA DE ESTE SEGURO NO OPERARÁ CUANDO EL ACCIDENTE SE PRODUZCA POR EFECTO DIRECTO, YA SEA TOTAL O PARCIALMENTE, DE LAS SITUACIONES SEÑALADAS EN EL ARTÍCULO 3° DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POL 3 2013 0570.

**SIN PERJUICIO DE LOS DETALLES QUE ESTABLEZCAN LAS CONDICIONES GENERALES, SE DEJA CONSTANCIA QUE ESTARÁN CUBIERTOS POR LA PÓLIZA LOS ACCIDENTES QUE SON CONSECUENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:**

**COBERTURAS ADICIONALES:**

1. MOTINES Y TUMULTOS
2. TERRORISMO
3. AVALANCHA DE NIEVE Y RODADOS
4. CONGELAMIENTO E INSOLACIÓN
5. PRACTICA DE DEPORTES AMATEURS CON EXCEPCIÓN DE ALAS DELTA, PARACAIDISMO Y PARAPENTE
6. ASALTO Y HOMICIDIO
7. VIAJES AÉREOS EN VUELOS NO REGULARES
8. SISMO SIN LÍMITE DE GRADOS INCLUYE TERREMOTO
9. TSUNAMI
10. MAL DE ALTURA

**PRACTICA DE DEPORTES AMATEURS:**

CONSISTE EN LA PRÁCTICA DE ALGUNA Y/O VARIAS ACTIVIDADES INDIVIDUALES O GRUPALES, SIN UN CARÁCTER PROFESIONAL, O SEA POR PLACER, GUSTO Y/O SATISFACCIÓN PERSONAL. **ESTA ACTIVIDAD PUEDE SER DE CARÁCTER FEDERADO.**

**CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD**

- LOS DEPENDIENTES DEL CONTRATANTE DEBEN ENCONTRARSE CON CONTRATO VIGENTE O TENER ALGÚN DOCUMENTO QUE RESPALDE EL VÍNCULO QUE TIENE CON LA EMPRESA CONTRATANTE.

**REQUISITOS ADICIONALES, NOTAS GENERALES Y FORMA DE PAGO**

1. EN CASO DE SINIESTRO SE DEBERÁ DEMOSTRAR RELACIÓN LABORAL ENTRE LA PERSONA AFECTADA Y LA EMPRESA CONTRATANTE.
2. CUANDO EXISTA CONTRATACIÓN DE LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL, EN CASO QUE SEA DISTINTA LA PERSONA DEL CONTRATANTE O TOMADOR DEL SEGURO Y DEL ASEGURADO, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE REQUERIR DE LOS ASEGURADOS EL CONSENTIMIENTO ESCRITO, CON INDICACIÓN DEL MONTO ASEGURADO Y BENEFICIARIO. DICHA INFORMACIÓN SERÁ MANTENIDA POR EL CONTRATANTE Y PODRÁ SER REQUERIDA POR LA COMPAÑÍA CUANDO SE ESTIME CONVENIENTE.
3. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE; EL CONTRATANTE ASUME LAS RESPONSABILIDADES QUE EMANEN DE SU ACTUACIÓN COMO CONTRATANTE DEL PRESENTE SEGURO COLECTIVO.
4. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA DE PARTE DE UN ASEGURADO NO DARÁ DERECHO, EN NINGÚN CASO, AL PAGO DE ALGÚN SINIESTRO CUBIERTO POR ESTE CONTRATO.

**RESOLUCIÓN DE CONTRATO POR NO PAGO DE PRIMA**

LA COMPAÑÍA PODRÁ, EN EL EVENTO DE MORA O SIMPLE RETARDO EN EL PAGO DE TODO O PARTE DE LA PRIMA, REAJUSTES O INTERÉS, DECLARAR RESUELTO EL CONTRATO MEDIANTE CARTA DIRIGIDA AL DOMICILIO QUE EL CONTRATANTE HAYA SEÑALADO EN LA PÓLIZA.

LA RESOLUCIÓN DEL CONTRATO OPERARÁ AL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE QUINCE DÍAS CORRIDOS, CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ENVÍO DE LA CARTA, A MENOS QUE ANTES DE PRODUCIRSE EL VENCIMIENTO DE ESE PLAZO SEA PAGADA TODA LA PARTE DE LA PRIMA, REAJUSTES E INTERESES QUE ESTÉN ATRASADOS, INCLUYENDO LOS CORRESPONDIENTES PARA EL CASO DE MORA O SIMPLE RETARDO. SI EL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE QUINCE DÍAS, RECIÉN SEÑALADO, RECAYERE EN DÍA SÁBADO, DOMINGO O FESTIVO, SE ENTENDERÁ PRORROGADO PARA EL PRIMER DÍA HÁBIL INMEDIATAMENTE SIGUIENTE QUE NO SEA SÁBADO.

MIENTRAS LA RESOLUCIÓN NO HAYA OPERADO, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PODRÁ DESISTIRSE DE ELLA MEDIANTE UNA NUEVA CARTA EN QUE ASÍ LO COMUNIQUE A LA PERSONA QUE CONTRATÓ EL SEGURO Y DIRIGIDA AL DOMICILIO ANTES ALUDIDO EN ESTA CLÁUSULA.

LA CIRCUNSTANCIA DE HABER RECIBIDO PAGO DE TODO O PARTE DE LA PRIMA ATRASADA, Y DE SUS REAJUSTES O INTERESES, O DE HABER DESISTIDO DE LA RESOLUCIÓN, NO SIGNIFICARÁ QUE LA COMPAÑÍA RENUNCIA A SU DERECHO A PONER NUEVAMENTE EN PRÁCTICA EL MECANISMO DE LA RESOLUCIÓN PACTADO EN ESTA CLÁUSULA, CADA VEZ QUE SE PRODUZCA UN NUEVO ATRASO EN EL PAGO DE TODO O PARTE DE LA PRIMA.

---

**CLAUSULAS ESPECIALES:**

- SE INCLUYE ANEXO RELATIVO A PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS.
-

**ANEXO N°1**

**INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

---

EN VIRTUD DE LA CIRCULAR NRO. 2.131 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 ATIENDA PÚBLICO, PRESENCIALMENTE, POR CORREO POSTAL, MEDIOS ELECTRÓNICOS, O TELEFÓNICAMENTE, SIN FORMALIDADES, EN EL HORARIO NORMAL DE ATENCIÓN.

RECIBIDA UNA PRESENTACIÓN, CONSULTA O RECLAMO, ÉSTA DEBERÁ SER RESPONDIDA EN EL PLAZO MÁS BREVE POSIBLE, EL QUE NO PODRÁ EXCEDER DE 20 DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE SU RECEPCIÓN.

EL INTERESADO, EN CASO DE DISCONFORMIDAD RESPECTO DE LO INFORMADO, O BIEN CUANDO EXISTA DEMORA INJUSTIFICADA DE LA RESPUESTA, PODRÁ RECURRIR A LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO, ÁREA DE PROTECCIÓN AL INVERSIONISTA Y ASEGURADO, CUYAS OFICINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS #1449, PISO 1º, SANTIAGO, O A TRAVÉS DEL SITIO WEB [WWW.CMFCHILE.CL](http://WWW.CMFCHILE.CL).

---



**ANEXO N°2**  
**CIRCULAR N° 2106**  
**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) INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION 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 DENUNCIO, 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 DENUNCIO;

B) SINIESTROS MARÍTIMOS QUE AFECTEN A LOS CASCOS O EN CASO DE AVERÍA GRUESA: 180 DÍAS CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO;

7) PRORROGA 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 COMISION PARA EL MERCADO FINANCIERO,

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.

---