

1) DETALLE COBERTURA MUERTE ACCIDENTAL

A) Capital Asegurado

Monto a indemnizar en caso de fallecimiento por muerte accidental del asegurado titular y/o cualquier miembro del grupo familiar asegurado: UF 200 por cada asegurado definido en las condiciones particulares de la póliza.

B) Exclusiones

1. Enfermedades o accidentes preexistentes que hayan ocurrido con anterioridad a la vigencia inicial de la Póliza.
2. Las indicadas en las condiciones generales de la POL 292015.
3. Actos calificados como delito, suicidio, peleas o riñas prestación de servicios del asegurado, como guardia de seguridad, en las fuerzas armadas o funciones policiales de cualquier tipo, participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado, estar en estado de ebriedad o bajo los efectos de cualquier narcótico al momento del siniestro, participación en actividades riesgosas como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, actividades mineras subterráneas, actividades relacionadas con la pesca, profesionales del deporte, federaciones deportivas, entre otras descritas en la POL 292015.

C) Requisitos de Asegurabilidad

Para el asegurado titular y su cónyuge: la edad máxima de ingreso y permanencia es de 70 años y 364 días.

Para los hijos: la edad máxima de ingreso y permanencia es de 24 años y 364 días.

2) Detalle Asistencia en Viaje:

Ante la súbita aparición de una enfermedad, lesión o accidente, retraso o cancelación de vuelos, demora de equipaje, o cualquier otro hecho contemplado en las coberturas de esta asistencia, que afecte o imposibilite la normal continuación del viaje, **es obligación del titular**, en todos los casos **solicitar los servicios asistenciales por teléfono a la Central de Asistencia**, las 24 horas y los 365 días del año. **Este no es una asistencia de reembolso o indemnización.**

Para hacer uso de esta Asistencia llame:

Desde cualquier parte del mundo (excepto Cuba), solicitando cobro revertido a través de operadora (*)	(56 – 2) 495 6050 Teléfono en Chile (54-11) 43237777 Operador en Argentina
Desde Cuba	La Habana: 866 85 27 – 866 89 20 Fuera de La Habana: 7 – 866 85 27

(*)Nota: Usted podrá acceder al servicio de Asistencia llamando a cualquiera de los números antes mencionados.

Lea atentamente estas instrucciones para activar el servicio de asistencia en caso de cualquier necesidad.

Ante cualquier consulta con respecto al servicio de asistencia, previa a su viaje, le rogamos se comunique con nuestras oficinas, en horarios hábiles:

En Santiago: Teléfono: (56-2) 333 8080 Fax: (56-2) 333 8181

Desde Provincia uso exclusivo: 800 48 7500

A) Generalidades

1.- Generalidades y Definiciones:

a) Las presentes Condiciones Generales rigen la prestación del servicio de asistencia al viajero que brinda la prestadora durante los viajes que realice su Titular y asegurados del grupo familiar, con el alcance, límite y características que se definen en esta póliza.

b) Se deja expresa constancia, y así lo acepta el Titular, que la prestación que se otorga no constituye un seguro médico ni de cualquier otro tipo, ni una extensión o sustituto de programas de seguridad social ni de medicina prepaga. Los servicios y prestaciones aquí instrumentados están exclusivamente orientados a la asistencia en viaje en caso de eventos súbitos e imprevisibles que impidan la normal continuación del mismo.

c) Estas condiciones generales, sus alcances y límites informados en esta póliza, se considerarán conocidas y aceptadas en su totalidad por el Titular a partir de la contratación y efectivo pago de los servicios.

d) A todos los efectos de esta asistencia, se establecen las siguientes definiciones:

1. **PRESTADORA:** Institución de asistencia que actúa por mandato de la aseguradora, en adelante “La Prestadora”.

2. **TITULAR:** es la persona o personas que contratan los servicios de la prestadora y se beneficiarán con el Servicio de Atención al Viajero.

3. **DOMICILIO REAL DEL TITULAR:** es el que conste declarado en la presente póliza. Toda comunicación que deba hacerse al Titular, será válida si se la dirige a este domicilio. La prestadora podrá requerir al Titular toda la documentación necesaria para corroborar el lugar del domicilio real. La negativa por parte del Titular a presentar dicha documentación, libera a la prestadora de prestar servicio alguno.

4. ACCIDENTE

Se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

5. PRE-EXISTENTE

Todo proceso fisiopatológico que reconozca un origen o etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia del seguro o del viaje (la que sea posterior) y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico de uso habitual, cotidiano, accesible y frecuente. A los efectos de la presente póliza, se entiende como enfermedad o afección preexistente tanto aquellas padecidas o diagnosticadas con anterioridad a la iniciación de la vigencia del seguro.

2.- Características:

La asistencia asociada a este seguro es personal e intransferible y beneficia a su Titular, quien para recibir los servicios asistenciales aquí incluidos deberá, en todos los casos, exhibir el certificado de cobertura del seguro, el Pasaporte Oficial o los documentos que lo hayan habilitado a ingresar al país donde los servicios serán utilizados, los pasajes y/o toda otra documentación que acredite su identidad y las fechas de inicio y finalización de su viaje.

No habrá derecho a utilización de los servicios indicados en esta póliza en caso de ingreso y/o estadía ilegal del Titular en el país en que los servicios deben prestarse.

3.- Viaje:

a) Para efectos de esta asistencia, deberá entenderse por viaje a la salida del Titular al exterior del país de su domicilio real y el posterior regreso al mismo.

b) En todos los casos el Titular deberá acreditar fehacientemente la fecha de salida y la duración del viaje, pudiendo la prestadora requerir la presentación de toda la documentación que le sea necesaria para efectuar dicha acreditación. La negativa por parte del Titular a presentar dicha documentación, libera a la prestadora de prestar servicio alguno.

c) Será condición esencial para la validez de la asistencia que su Titular haya contratado el seguro con anterioridad al comienzo de su viaje. La prestadora podrá requerir al Titular toda la documentación necesaria para corroborar este hecho. La negativa por parte del Titular a presentar dicha documentación, libera a la prestadora de prestar servicio alguno.

d) La asistencia podrá ser utilizada por su Titular para un viaje solamente, según se lo define en el punto a) de la presente cláusula.

4.- Ámbito territorial:

Los servicios asistenciales se prestarán únicamente fuera del país del domicilio real del Titular.

5.- Vigencia de los servicios:

a) La vigencia de la asistencia comenzará a partir de las 00:00 hrs de la fecha de contratación del seguro y se extenderá por los días en él indicados en la medida que se encuentren efectivamente abonados.

b) Será condición de validez de la asistencia que el agente emisor (Banchile Seguros de Vida S.A.) haya comunicado fehacientemente a la prestadora su contratación al momento de la entrada en vigencia del mismo. Por otra parte no podrán hacerse cambios de vigencia ni se procederá a la cancelación del asistencia por ninguna razón, ni bajo ninguna circunstancia, una vez iniciada su vigencia, excepto en caso de que el cliente no haya viajado.

c) La finalización de la vigencia implicará automáticamente el cese de todos los servicios incluyendo aquellos casos iniciados y en curso al momento del fin de vigencia. Cuando el Titular interrumpa imprevistamente su viaje, cualquiera sea la razón, y regrese al país de su residencia, la asistencia dejará de tener validez a partir de ese instante. En tal caso, su Titular no podrá reclamar reembolso alguno por el período de tiempo no transcurrido ni utilizado.

6.- Procedimiento:

Los servicios asistenciales deberán ser, en todos los casos, solicitados a la prestadora por teléfono y previamente autorizados por la misma. Para solicitar dichos servicios el Titular deberá:

a) Comunicarse con la Central Operativa de la prestadora, a los números identificados en el punto

b) 1 y 2 siguientes, entregando la siguiente información:

- Apellido y nombre del Titular.,

- Rut del Titular y del afectado.

- Fecha de salida y regreso de viaje.

- Lugar donde se encuentra, con dirección y números telefónicos exactos.

- Motivo del llamado.

b) Para comunicarse telefónicamente con la Central Operativa:

1. Desde cualquier parte del mundo (excepto Cuba), llame al (56 – 2) 495 6050 así como también al (54 – 11) 4323 7777, solicitando cobro revertido a través de operadora;

2. Desde Cuba: desde La Habana: 866 85 27 – 866 89 20; fuera de La Habana: 7 – 866 85 27. En este caso, infórmese del procedimiento necesario para realizar llamadas internacionales. Marque el número telefónico indicado, anteponiendo los números necesarios para realizar llamadas internacionales. A su regreso el importe correspondiente a la llamada será reembolsado, de acuerdo a la cláusula 7.- b).

c) Si el Titular se encontrara fehacientemente imposibilitado de comunicarse con la prestadora, deberá proceder según lo indicado en la cláusula 7.- b).

d) Todas las comunicaciones que reciba la Central Operativa, por razones de seguridad y de calidad, podrán ser grabadas y registradas. Si el titular no deseara que su voz quedara registrada deberá hacérselo saber al operador que reciba su llamado. La negativa quedará asentada. Las grabaciones de los llamados servirán como medio de prueba en caso de posibles desavenencias y/o conflictos entre partes.

7.- Obligaciones del Titular:

En todos los casos y para todos los servicios el Titular se obliga a:

a) Recibir la previa autorización de la prestadora antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto, de acuerdo al procedimiento arriba indicado en la cláusula 6.-.

b) Reintegros: la prestadora procederá al reintegro de los gastos efectuados en los siguientes casos y situaciones, siempre dentro de los límites establecidos para cada tipo de gasto y del cumplimiento de las condiciones definidas en la presente póliza:

1. Cuando exista autorización concedida previamente por la Central Operativa de la prestadora.

2. Presentando facturas originales, u otra documentación original fehaciente del gasto incurrido, y la documentación de profesionales o centros médicos, y la documentación de profesionales o centros médicos con clara indicación de diagnóstico, historia clínica, formulario de ingreso en caso de internación emitido por el establecimiento asistencial, detalle de prestaciones y facturas de farmacias con descripción de medicamentos adquiridos, que deberán ser coincidentes en calidad y cantidad con los prescriptos (recetados) por el profesional actuante en la ocasión.

3. Presentación del Pasaporte con los sellos de las autoridades de Migraciones correspondientes a las fechas de salida y entrada al país de origen, como documentación complementaria o las constancias de salida y entrada al país de origen si no fuera requerido pasaporte por las autoridades migratorias.

4. En el supuesto caso que el Titular, por razones de fuerza mayor, no hubiera podido cumplimentar la solicitud de autorización previa para contratar servicios por su cuenta, deberá comunicar el hecho ocurrido indefectiblemente dentro de las 24 (veinticuatro) horas a la Central Operativa y proporcionar todos los datos que le sean solicitados a los efectos de poder constatar el servicio obtenido, lo genuino de la emergencia que lo motivara y la imposibilidad de comunicación previa. Lo anteriormente expuesto es condición sine qua non para poder obtener una autorización o efectivización de reintegro de los gastos afrontados. Omitido por cualquier circunstancia el cumplimiento de este requisito, la prestadora quedará facultada para denegar el reintegro conforme a la evaluación que resultare de auditar el gasto.

5. En todos los casos se deberá hacer mención expresa de la autorización concedida por la prestadora durante la emergencia. Toda documentación referida a solicitud de reintegro de gastos deberá ser presentada dentro de los 30 (treinta) días corridos inmediatos a la finalización de la vigencia del seguro y/o viaje, lo que ocurra antes.

Las presentaciones fuera de este término, no serán atendidas y la prestadora quedará liberada de toda responsabilidad.

6. En caso de accidente se deberá acompañar para el reconocimiento de gastos la denuncia policial correspondiente, ello sin perjuicio de obtener la previa autorización por parte de la prestadora.

7. Para el reintegro de llamados telefónicos a la Central Operativa de la prestadora, el Titular deberá presentar la factura original, en la cual debe constar el número telefónico al que ha realizado el llamado. Serán reintegrados exclusivamente los importes de comunicaciones a la Central Operativa de la prestadora.

GRUPOS: En caso que se realicen viajes compuestos por varios integrantes (grupos de estudiantes escolares y/o universitarios, pasajeros de Instituciones, asistentes a congresos u otros viajes colectivos) y durante el mismo se produzca más de una asistencia, se deberá informar a la Central Operativa de la prestadora sobre cada una de ellas y en el caso de solicitud de reintegro por asistencia y/o gastos de medicamentos autorizados, se deberán presentar los comprobantes de cada pasajero asistido con el nombre y número de póliza de seguro escrito en las recetas médicas indicadas por el profesional actuante, además de adjuntar a la documentación el listado completo de los integrantes del grupo que hubiera solicitado asistencia. La prestadora podrá denegar la solicitud de no cumplirse con estos requisitos.

c) Aceptar las soluciones propuestas por la prestadora.

d) 1.- Autorizar a los profesionales o instituciones médicas intervinientes a revelar a la prestadora, o a cualquiera de sus representantes acreditados, la Historia Clínica así como toda información que le sea necesaria para efectivizar el pago de la hospitalización y/o tratamiento, así como también examinar todos los elementos relativos a los mismos.

2.- Toda documentación requerida al Titular (informes de auditoría médica de la prestadora, Historia Clínica, estudios, etc.), realizados en relación al Titular, no podrán ser entregados a terceros que lo soliciten, salvo autorización fehaciente del Titular o requerimiento judicial.

e) Proveer la documentación que permita establecer la procedencia del caso, además de todos los comprobantes originales de gastos reembolsables por la prestadora y toda la información médica, inclusive la anterior al viaje, o de cualquier índole que le sea necesaria a la prestadora para la prestación de sus servicios.

f) Entregar a la prestadora o a su agente local todos los billetes de pasaje que posea, en aquellos casos en que se solicite que la prestadora se haga cargo de cualquier diferencia sobre el o los billetes de pasaje originales. La prestadora responderá solamente por la diferencia mayor que pudiera existir cuando correspondiese.

El incumplimiento de cualquiera de estas obligaciones liberará a la prestadora de toda responsabilidad bajo este contrato.

8.- Alcances de la prestación:

a) Las obligaciones asumidas por la prestadora sólo regirán para accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia del seguro o a la fecha de inicio del viaje, la que sea posterior.

Quedan expresamente excluidas todas las enfermedades o síntomas pre-existentes o congénitas, crónicas o no, conocidas o no por el Titular, las enfermedades en curso de tratamiento así como sus consecuencias y agudizaciones, aún cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje. En estos casos la prestadora sólo reconocerá, si a su exclusivo juicio correspondiese, la primera atención por la que se determine la preexistencia de la enfermedad.

B) Prestaciones

1) Asistencia Sanitaria por Lesión o Enfermedad:

Los servicios de asistencia médica ofrecidos por la prestadora comprenden exclusivamente el tratamiento de urgencia del cuadro agudo que impida la continuación del viaje, e incluyen:

a) Consultas médicas.

b) Atención por especialista: cuando sea indicada por los equipos médicos de urgencia y autorizada previamente por la Central Operativa de la prestadora.

c) Exámenes médicos complementarios: cualquier estudio que sea ordenado por los profesionales indicados por la prestadora y autorizados por la Central Operativa correspondiente.

d) Terapia de recuperación física: en los casos de traumatismos si el Departamento Médico de la prestadora lo autorizara y habiendo sido prescrito por el médico tratante, la prestadora tomará a

cargo hasta 10 (diez) sesiones de fisio - kinesioterapia, según prescripción médica, hasta un importe máximo de US\$ 150 (dólares estadounidenses ciento cincuenta) por sesión.

e) Medicamentos: la prestadora se hará cargo de los gastos de medicamentos suministrados durante la internación para la afección que diera lugar a la asistencia, hasta el límite máximo que por viaje sea establecido. Los gastos por ésta prestación serán imputados a cuenta del Límite de Gastos de Asistencia Médica indicado en el punto j).

f) Odontología: la prestadora se hará cargo de los gastos por atención odontológica de urgencia limitada al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria, hasta el límite máximo que por viaje establecido. El límite máximo mencionado incluye los medicamentos relacionados con la atención odontológica. Se encuentran excluidos de esta prestación los gastos de prótesis de cualquier tipo así como tratamientos de endodoncia (ej.: tratamientos de conducto).

g) Internaciones: cuando los médicos designados por la prestadora así lo prescriban, se procederá a la internación en el Centro Asistencial más próximo y adecuado según el exclusivo criterio de la prestadora. Dicha internación estará a cargo de la prestadora durante todo el tiempo de vigencia del seguro y siempre dentro del gasto de asistencia médica, hasta el límite máximo por viaje establecido, definido en el punto j). Asimismo cuando el Titular requiera internación y no obtenga el alta médica brindada por el equipo médico de la prestadora y la vigencia de su seguro hubiera finalizado, la prestación de hotelería hospitalaria se extenderá por el plazo complementario de 5 (cinco) días corridos, siempre y cuando el límite de gastos de asistencia médica no se haya agotado.

h) Intervenciones quirúrgicas: cuando sean autorizadas por el Departamento Médico y la Central Operativa de la prestadora en los casos de emergencia que requieran urgentemente este tratamiento.

i) Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: cuando la naturaleza de la enfermedad o lesiones lo requieran, y siempre con autorización del Departamento Médico y de la Central Operativa de la prestadora, se proveerá este tipo de tratamiento.

j) Límites de gastos:

1. Límite de gastos de asistencia médica: el monto de gastos por todos los servicios detallados en la presente cláusula tiene un límite máximo por viaje de UF 1.400, ó EUROS 30.000, en caso de que la prestación sea realizada en alguno de los países participantes del Acuerdo de Schengen.
2. Límite de gastos de asistencia médica por accidentes: cuando el tratamiento médico se efectúa como consecuencia de un accidente según lo establecido en el apartado A), cláusula 1)d)4., el límite máximo por viaje será de UF 1.400, ó EUROS 30.000, en caso de que la prestación sea realizada en alguno de los países participantes del Acuerdo de Schengen.
3. En caso de accidente que involucre y afecte a más de un Titular del seguro, la responsabilidad máxima de la prestadora y el límite de gastos detallado en la presente no excederá en conjunto y para todos los Titulares que se vean involucrados la cantidad de US\$250.000 (dólares estadounidenses doscientos cincuenta mil) por viaje, importe que se distribuirá entre todos los Titulares a prorrata, manteniéndose el límite máximo por Titular de UF 1.400, ó EUROS 30.000, en caso de que la prestación sea realizada en alguno de los países participantes del Acuerdo de Schengen.

k) Queda establecido que todos los gastos incurridos en un mismo viaje serán incluidos dentro del límite máximo establecido de UF 1.400, ó EUROS 30.000, en caso de que la prestación sea realizada en alguno de los países participantes del Acuerdo de Schengen, independientemente de que el Titular tuviera eventualmente contratados más de un seguro con asistencia o servicio de asistencia. Una vez agotado el límite correspondiente, cesará toda responsabilidad por parte de la prestadora, no teniendo derecho el Titular a ninguna prestación ni reintegro relacionados con los servicios cuyo límite de gastos se ha agotado, con prescindencia del lapso pendiente de vigencia del/los servicios de asistencia/s que pudiera/n corresponder y de otras asistencias o seguros con asistencia emitidos a su nombre para el mismo viaje.

2) Traslados sanitarios:

En casos de emergencia, la prestadora organizará el traslado al centro asistencial más próximo para que el Titular herido o enfermo reciba atención médica. En caso que el médico tratante aconseje el traslado a otro centro asistencial más adecuado, previa autorización del Departamento Médico de la prestadora, se procederá a la organización del mismo, según las posibilidades del caso, en las condiciones y medios autorizados por la Central Operativa.

Únicamente razones de índole médica, evaluadas a criterio exclusivo del Departamento Médico de la prestadora, serán tenidas en cuenta para decidir la procedencia y/o urgencia del traslado del Titular. Siempre que el médico tratante aconsejara el traslado sanitario del Titular, éste deberá ser médica y científicamente justificado por escrito.

Si el Titular o sus acompañantes decidieran efectuar el traslado dejando de lado la opinión del Departamento Médico de la prestadora, ninguna responsabilidad recaerá sobre la prestadora por dicha actitud, siendo el traslado, sus costos y consecuencias por cuenta y riesgo del Titular y/o sus acompañantes, sin derecho a repetición contra la prestadora. Los gastos por ésta prestación serán imputados a cuenta del Límite de Gastos de Asistencia Médica.

3) Repatriaciones Sanitarias:

Cuando el Departamento Médico de la prestadora estime necesario efectuar la repatriación sanitaria del Titular, como consecuencia de enfermedad o accidente grave, la repatriación del herido o enfermo será efectuada, previa autorización del Departamento Médico de la prestadora, según las posibilidades del caso, en las condiciones y medios autorizados por la Central Operativa interviniente, hasta el aeropuerto del país de domicilio real del Titular. Esta repatriación asimismo deberá ser autorizada y justificada médica y científicamente por el médico tratante. La prestadora coordinará con la familia, ISAPRE o sistema de salud que tenga el beneficiario, el traslado desde el aeropuerto hasta el centro asistencial que le corresponda, siendo este traslado de cargo del Titular.

Si el Titular o sus acompañantes decidieran efectuar la repatriación dejando de lado la opinión del Departamento Médico de la prestadora, ninguna responsabilidad recaerá sobre la prestadora por dicha actitud, siendo la repatriación, sus costos y consecuencias por cuenta y riesgo del Titular y/o sus acompañantes, sin derecho a repetición contra la prestadora. Los gastos por ésta prestación serán imputados a cuenta del Límite de Gastos de Asistencia Médica.

4) Traslado de un familiar:

En caso de que la hospitalización de un Titular, autorizada por la prestadora, sea superior a 10 (diez) días corridos, la prestadora se hará cargo de un billete aéreo, clase económica, sujeto a disponibilidad de lugar, para que un familiar del Titular lo acompañe, siempre que el mismo haya viajado sin acompañantes y se encuentre solo en el extranjero al tiempo de la hospitalización.

5) Gastos de Hotel por convalecencia: del asegurado (y sus acompañantes asegurados) solo en el extranjero por lesión o enfermedad

a) La prestadora reintegrará gastos de hotel (sin extras, es decir solamente alojamiento) cuando el médico tratante prescriba reposo forzoso luego de una internación, con autorización del Departamento Médico de la prestadora. Para obtener este beneficio el Titular deberá haber estado internado por un período mínimo de 5 (cinco) días corridos, y siempre que dicha internación haya sido organizada y a cargo de la prestadora. Dichos gastos tendrán un límite por día de UF 3 y un límite máximo total por viaje de UF 30.

b) Asimismo, la prestadora cubrirá los gastos de hotel (sin extras, es decir solamente alojamiento) de/l acompañante/s de viaje del Titular, también asegurado/s en la misma póliza, cuando por lesión o enfermedad y por prescripción médica dispuesta por el Departamento Médico de la prestadora el

Titular necesite prolongar su estancia por convalecencia. Dichos gastos tendrán un límite por día de UF 3 y un límite máximo de UF 30.

6) Acompañamiento de Menores:

Si un titular viajara como única compañía de un menor de 15 (quince) años, también éste titular del seguro, y se encontrara imposibilitado para ocuparse del menor por causa de enfermedad o accidente que requiera que el adulto deba ser hospitalizado por un período de más de 5 (cinco) días corridos, o en caso de fallecimiento del adulto, la prestadora pondrá a disposición un billete aéreo, clase económica, sujeto a disponibilidad de lugar, para el desplazamiento sin cargo de un acompañante, para que el menor realice el viaje de regreso a su domicilio real.

7) Transmisión de mensajes urgentes:

La prestadora se encargará de transmitir los mensajes urgentes y justificados de los beneficiarios relativos a cualquiera de los eventos objeto de las prestaciones de esta modalidad.

8) Repatriación de restos:

En caso de fallecimiento del Titular de un seguro durante el viaje, la prestadora organizará y tomará a su cargo, por el medio que considere más conveniente, los gastos de fétetro, de traslado o cremación en el lugar del hecho, trámites administrativos (en lo que esté a su alcance) y transporte hasta el lugar de ingreso al país del domicilio real del Titular (aeropuerto de ingreso al país). Los gastos de fétetro definitivo, trámites funerarios, traslados dentro del país de residencia del Titular fallecido e inhumación no estarán a cargo de la prestadora.

Se incluyen dentro de los gastos el costo que deban pagar los acompañantes para cambiar la fecha de viaje de sus pasajes, siempre que los acompañantes se encuentren incluidos en la cobertura.

La prestadora no será responsable por el traslado de los restos ni efectuará reintegro alguno por este concepto en caso de que empresas funerarias u otros terceros tomen intervención antes que la prestadora. Este servicio se brindará únicamente si la intervención de la prestadora es solicitada en forma inmediata al fallecimiento.

Se encuentran excluidos de la prestación asistencial los traslados cuando la muerte esté relacionada o se produzca a causa de cualquier patología mencionada en las exclusiones de la presente.

Los gastos por ésta prestación serán imputados a cuenta del Límite de Gastos de Asistencia Médica.

9) Localización de equipaje

La prestadora asistirá al Titular en el exterior con todos los medios a su alcance para localizar equipajes extraviados que hayan sido despachados en la bodega del mismo vuelo o embarque internacional en el que viaja el Titular del seguro, sin que esto implique ninguna responsabilidad por parte de la prestadora.

10) Compensación por pérdida de equipaje (tramos aéreos):

a) Extravío de bulto completo: Si al arribo de un vuelo internacional o de la conexión inmediata del mismo, la línea aérea no le entregara al Titular de un seguro alguno de los bultos componentes de su equipaje registrado y debidamente despachado, y dicho bulto tampoco hubiera podido ser localizado por nuestro servicio conforme a lo establecido en la cláusula anterior, la prestadora abonará al Titular una compensación que será suplementaria a la abonada por la línea aérea de UF

0,50 por cada kilogramo del bulto extraviado e indemnizado por la aerolínea, hasta un límite máximo por viaje de UF 5. La sumatoria de compensación de la línea aérea más la de la prestadora no superará el monto denunciado como pérdida por le titular.

b) Moneda de pago: Los pagos se harán en pesos chilenos.

c) Tipo de cambio: Los pagos se harán según tipo de cambio y cotización vigente a la fecha de contratación del seguro.

d) Conexión Inmediata: Se entiende por conexión inmediata al tramo aéreo de cabotaje que se efectúa como parte integrante de un viaje internacional, embarcando este segundo vuelo dentro de las 24 horas de arribado el primero y sin que el Titular del seguro haya abandonado el aeropuerto.

11) Requisitos para la procedencia de la compensación por pérdida de equipaje (tramos aéreos):

a) Que la prestadora haya sido notificada del hecho por el Titular dentro de las 48 horas de emitido el P.I.R. o formulario de denuncia ante la compañía aérea.

b) Que el Titular haya despachado su equipaje en la bodega del mismo vuelo en que viaja, constando en su billete aéreo y efectúe la denuncia por falta de entrega a la línea aérea responsable, a su llegada a destino.

c) Que la pérdida del equipaje ocurra entre el momento en que el mismo es entregado al personal autorizado de la compañía aérea para ser embarcado y el momento en que deba ser entregado al pasajero al finalizar el vuelo.

d) Que el equipaje se haya extraviado fuera del territorio del país en que se emitió el seguro, salvo pérdidas producidas en vuelos internacionales que arriben al mismo.

e) En el caso de que el bulto faltante estuviera a nombre de varios Titulares del seguro, la compensación será prorrateada entre los mismos, siempre que figuren como damnificados en la denuncia por falta de entrega a la línea aérea, que incluya los correspondientes números de billetes de pasaje (nombre y número de billete de pasaje) de cada damnificado.

f) Será condición sine qua non para el pago de la indemnización la presentación de la constancia original extendida por la línea aérea responsable, que acredite haber abonado al Titular damnificado la correspondiente indemnización, así como copia de la denuncia a la línea aérea (Formulario P.I.R.), emitida a nombre del Titular y consignado el número de billete de pasaje correspondiente al Titular y la cantidad de kilos faltantes, el/los billetes de pasaje, el/los tickets de equipaje consignados en la documentación y el certificado de cobertura del seguro.

g) Exclusiones del beneficio:

1. En ningún caso, la prestadora responderá por faltantes y/o daños totales o parciales producidos en el contenido del equipaje, ni en la/s valija/s o cualquier otro elemento donde se transporte el mismo.
2. El Titular tendrá derecho a una sola compensación por viaje, independientemente de la cantidad de seguros con asistencia o servicios de asistencia que tenga emitidos a su nombre y/o del número de pérdidas sufridas, en el mismo viaje.
3. Si el reclamo efectuado por el Titular del seguro a la línea aérea fuera indemnizado totalmente por la misma, el Titular no será acreedor a ningún beneficio suplementario por parte de la prestadora.
4. Las pérdidas verificadas en vuelos domésticos o de cabotaje.
5. Las personas que no tengan derecho al transporte de equipaje.
6. Cuando la compañía aérea pague con una orden de servicios (M.C.O) por pasajes aéreos, alojamientos u otros, la prestadora procederá a indemnizar al Titular una vez que se hayan utilizado los mismos. El criterio a aplicar para la indemnización en estos casos, será el de las convenciones de La Haya, Varsovia y/o Montreal, según lo descrito en los tickets de las compañías aéreas adheridas a [I.A.T.A.](#), US\$ 20 (dólares estadounidenses veinte) por kilogramo declarado.

12) Regreso anticipado por siniestro en el domicilio:

En caso de ocurrencia de robo con violencia de puertas o ventanas, incendio o explosión en el domicilio real del Titular, con riesgo a producirse mayores daños, la prestadora tomará a cargo los gastos de regreso correspondientes del Titular del seguro hasta el domicilio siniestrado. Si la vivienda perteneciera a dos ó más Titulares del seguro, la prestadora tomará a su cargo solamente el regreso de uno sólo de los Titulares. Se entiende por gastos de regreso el costo de un pasaje de vuelta desde el lugar donde se encuentre el Titular del seguro hasta el domicilio siniestrado. La prestadora exigirá al Titular el reintegro del pasaje no utilizado por él, a efectos de su devolución a favor de la prestadora.

13) Desplazamiento del asegurado por interrupción del viaje debido al fallecimiento de un familiar directo

a) Prestación: la prestadora se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del Titular, cuando este sea de ida y vuelta y de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso y no se pueda respetar dicha fecha y la interrupción se produzca en forma necesaria e inevitable como consecuencia de:

1. Muerte de un familiar directo (cónyuge, padre(s) y/o hijo(s)), no permitiendo la prosecución del viaje. La enumeración es taxativa y no enunciativa.
2. La prestación contenida en el último punto recién indicado se aplicará al cónyuge e hijos del Titular, siempre que los mismos viajen con éste y estén amparados por el seguro contratado.

b) Vigencia: La presente garantía rige durante el período de cobertura que figura en el seguro, el cuál incluye la asistencia. La presente prestación es de aplicación exclusiva e indefectiblemente en los casos de viajes internacionales.

c) Monto de la prestación: La indemnización máxima a cargo de la prestadora será hasta los valores establecidos en esta asistencia. En caso de pluralidad de siniestros producidos por un mismo hecho, la prestadora no quedará obligada a abonar en conjunto una suma mayor a US\$ 10.000 (dólares estadounidenses diez mil), cualquiera sea el número de personas afectadas.

d) Exclusiones: No corresponderá el resarcimiento de la presente prestación cuando la interrupción del viaje se produzca como consecuencia de cualquiera de las exclusiones detalladas en la clausula C) a continuación en estas condiciones particulares, como así también si el titular y/o familiares del mismo, causantes de la interrupción, hayan cumplido setenta y un años de edad (71 años) a la fecha de contratación del seguro.

e) Subrogación: El Titular cede a la prestadora todos los derechos y acciones que le pudieren corresponder contra las personas físicas o jurídicas por los daños y perjuicios que se le hayan causado, hasta la concurrencia de las sumas que la prestadora abone en concepto de reintegro de la presente prestación. Asimismo se compromete y obliga a formalizar la subrogación o cesión a favor de la prestadora dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas corridas de intimado el Titular/es al efecto.

f) Obligaciones del Titular: Es condición necesaria para acceder a este resarcimiento que el Titular comunique a la prestadora de manera fehaciente la interrupción del viaje, en forma inmediata y dentro de las 48 horas de ocurrido el hecho que lo motiva, pudiendo ésta verificar el hecho denunciado. Para esto se deben adjuntar los siguientes documentos:

1. Pasajes de ida y vuelta completos.
2. El certificado de cobertura del seguro.
3. Facturas y recibos originales y de curso legal de los pagos efectuados a la agencia de viajes donde se contrataron los servicios.
4. Copia autenticada del certificado de defunción del familiar directo.
5. Documentación que avale el vínculo familiar.

En todos los casos el Titular o sus familiares deberán autorizar a la prestadora o a quien ésta designe, por el medio que sea necesario, a revelar la Historia Clínica del Titular o de quien motive la interrupción.

Agentes directos: Las personals y/o profesionales designados por la prestadora son asignados como agentes directos para el titular del seguro sin recurso de naturaleza alguna prestadora en razón de tal designación.

C) Exclusiones

1.- Se encuentran excluidos de la prestación asistencial, tanto para los supuestos de Enfermedad como de Accidente, los tratamientos de los eventos que se detallan a continuación:

- a) Enfermedades benignas o heridas leves que no imposibiliten el normal desarrollo del viaje.
- b) Tratamientos homeopáticos y quiroprácticos; acupuntura; fisio-kinesioterapia fuera de lo expresamente indicado en la cláusula, mesoterapia; curas termales; podología; de medicinas no convencionales o alternativas; cirugías plásticas estéticas o reparadoras.
- c) Tratamientos de trastornos psíquicos, de enfermedades mentales, del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, de enfermedades o accidentes producidos por la ingestión de drogas en cualquiera de sus variantes, narcóticos, barbitúricos así como cualquier automedicación sin receta médica que la avale, bebidas alcohólicas, medicinas sin prescripción médica, psicofármacos; del alcoholismo; de la drogadicción.
- d) Partos y estados de embarazo, a menos que se trate de una complicación clara e imprevisible; y de estados de embarazo posteriores a la semana 25 de gestación, cualquiera sea la naturaleza de la causa que motiva el tratamiento;
- e) Aborto cualquiera sea su etiología (por ejemplo embarazo ectópico).
- f) De las recaídas y convalecencias de toda afección contraída antes de la fecha de inicio de la vigencia del seguro o de la iniciación del viaje, la que sea posterior.
- g) De las enfermedades o lesiones derivadas de acciones riesgosas, de grave imprudencia o criminales del Titular, sean en forma directa o indirecta; intento de suicidio y sus consecuencias; del suicidio del Titular; imprudencia, negligencia, impericia y/o acciones temerarias en la conducción de cualquier tipo de vehículos, contraviniendo normas de tránsito y/o seguridad internacional o del país del que se trate, tanto conducidos por el Titular como por un tercero, incluso excursiones contratadas internacional o del país del que se trate, tanto conducidos por el Titular como por un tercero, incluso excursiones contratadas.
- h) De enfermedades o lesiones resultantes de tratamientos hechos por profesionales no pertenecientes a equipos médicos indicados por la prestadora y/o de tratamientos médicos o farmacéuticos que, habiéndose iniciado con anterioridad al inicio del viaje, produzcan consecuencias durante el mismo.
- i) De consecuencias derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte o de la práctica (aunque no sea profesional) de deportes peligrosos tales como automovilismo, motociclismo, boxeo, polo, aladeltismo, parapente, jet-ski, ski acuático y el uso de motos de agua, surf, navegación en corrientes rápidas (balsas, gomones, etc.), buceo, trekking, rafting, alpinismo, paracaidismo, bungee-jumping, aviación, voley, basquet, baseball, rugby, hockey sobre césped, hockey sobre hielo, hockey sobre patines, patinaje artístico sobre pista o sobre hielo, competencias aeróbicas y/o deportivas de todo tipo, tanto profesionales como amateur, deportes invernales como ski, snowboard, etc. practicados fuera de pistas reglamentarias.
- j) Quedan asimismo excluidos el uso de trineos y medios de deslizamiento afines, equitación, carreras de caballos, de bicicletas, cualquier clase de carrera de automóvil y exhibiciones, cualquier tipo de ejercicio o juego atlético de acrobacia o que tenga por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas; artes marciales, actividades artísticas como el ballet, etc., sin que la enumeración tenga carácter taxativo.
- k) No se otorgarán prestaciones a ningún evento originado en la realización de cursos, capacitación y/o entrenamiento para el desarrollo de deportes considerados riesgosos.
- l) Accidentes, enfermedades y todo hecho producido por catástrofes climáticas de cualquier tipo, actos masivos que impliquen alteración del orden público por cualquier causa; guerra civil o internacional declarada o no; rebelión; sedición; motín, tumulto popular; vandalismo; guerrilla o

terrorismo tanto en condición individual como general cualquiera sea su exteriorización: física, química o biológica; movilizaciones de carácter político o gremial, huelgas, lock out, secuestros, eventos climáticos fortuitos o hechos de fuerza mayor tales como sismos, inundaciones, huracanes, avalanchas y otros fenómenos atmosféricos.

- m) Enfermedades con compromiso inmunológico, tanto sea éste consecuencia de la misma enfermedad o de las drogas utilizadas para su tratamiento; oncológicas, diabetes, desordenes cardiovasculares incluyendo hipertensión, enfermedades respiratorias crónicas, infecciones renales crónicas, hepatitis; todo tipo de enfermedades endémicas, epidémicas y/o pandémicas; etc., sean conocidas o no por el beneficiario.
- n) Enfermedades crónicas y/o agudas contraídas antes del viaje, ya sea el control como sus consecuencias.
- o) Enfermedades ocurridas durante un viaje realizado contra prescripción médica.
- p) Tratamientos que se encuentren en cualquier fase de investigación o experimental, sin limitación alguna (por ejemplo: drogas, prótesis, procedimientos, etc.), por lo que el beneficiario deberá abstenerse de optar por la utilización de los mismos, aún en el caso de que el prestador que lo aplique fuera contratado por la prestadora.
- q) Todo tipo de accidentes, lesiones, complicaciones o secuelas que se hubieran producido antes, durante o después de la realización de tareas laborales que el Titular estuviera ejerciendo, aún con Delegaciones de Empresas y/o Instituciones de su país de origen (Accidentes laborales).
- r) Accidentes que el Titular, por acción u omisión, provoque dolosamente o con culpa grave, o el Titular los sufra en empresa criminal. A los efectos de esta cláusula, se entiende por “culpa grave” a la acción groseramente negligente cometida por el beneficiario, cuyo resultado, de obrar de esa manera, hubiera sido previsto por cualquier persona razonablemente diligente.

2.- Se encuentran excluidos de la prestación asistencial los gastos que se detallan a continuación:

- a) Los chequeos y tratamientos prolongados y las visitas médicas de control que no sean consecuencia de la patología que motivó la consulta y/o correspondan a dolencias pre-existentes o expresamente excluidas según lo dispuesto en estas cláusulas.
- b) Aquellas visitas que tengan por objeto la reposición de medicamentos, lentes, lentes de contacto, etc. por pérdida, robo u olvido de los mismos; exámenes médicos pre-escolares/universitarios, aplicación de vacunas, descartables, toda práctica de enfermería (acompañamientos, aplicaciones inyectables, nebulizaciones, drenajes, vendajes, curaciones, controles de glucosa, de presión, etc.).
- c) Los gastos de prótesis y órtesis de todo tipo, artículos de ortopedia; audífonos, anteojos, lentes de contacto, férulas, muletas, sillas de ruedas, nebulizadores, respiradores, etc.
- d) Los gastos de hotel y medios de transporte que no hayan sido expresamente autorizados por la prestadora así como los de restaurantes.
- e) En los casos de internación se encuentran excluidos los gastos extras y de acompañantes, salvo en los casos en que expresamente la cobertura indique que están cubiertos.
- f) Accesorios y/o elementos embarcados o no en bodega de aeronave o buque para prácticas deportivas (ej.: palos de golf, tablas de surf, esquíes, raquetas, cañas de pescar, etc.), elementos de transporte (bicicletas, carros de equipaje, carritos de bebé, etc.), así como cualquier tipo de vajilla, artículos electrónicos embalados o no en cajas que sean identificados como tales o no (ej.: video juegos, filmadoras, equipos médicos, computadoras, etc.).

3.- Se encuentran excluidos de la Asistencia Médica en caso de Accidente, las lesiones que padezca el Titular como consecuencia de los hechos que se detallan a continuación:

- a) Enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por picaduras de insectos.
- b) Lesiones causadas por las acción de los Rayos “X” y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; las lesiones imputadas a esfuerzo; insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.

- c) Psicopatías transitorias o permanentes y operaciones quirúrgicas o tratamientos.
- d) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental; o por estado de ebriedad o por estar el Titular bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- e) Accidentes que ocurran mientras el Titular tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- f) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.

4.- En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento de una enfermedad de base, y/o que el tratamiento actual tiene alguna vinculación directa o indirecta con una dolencia previa, la prestadora queda relevada de prestar sus servicios, de conformidad con lo previsto en las cláusulas de las presentes Condiciones Generales. A tal fin la prestadora se reserva el derecho de estudiar la conexión del hecho actual con la dolencia previa.

D) Otros

1) Servicios no acumulativos:

En ningún caso la prestadora prestará los servicios de asistencia al viajero establecido en la presente, ni efectuará reintegro de gastos de ningún tipo, en tanto y cuanto el Titular solicite o haya solicitado prestaciones por el mismo problema y/o afección a cualquier otra empresa, antes, durante o después de haberlas solicitado a la prestadora.

2) Subrogación:

El Titular se obliga a efectuar todas las gestiones y reclamos necesarios ante los terceros que corresponda (compañía de seguros, líneas aéreas, seguros de salud, etc.) para lograr que éstos respondan directamente y en primer término por el cumplimiento de las obligaciones correspondientes, funcionando los beneficios otorgados por esta asistencia en exceso de los pagos que el Titular reciba de dichos terceros. Asimismo la prestadora se subroga, contra cualquier tercero, en los derechos y acciones que hayan motivado su intervención, los cuales son cedidos irrevocablemente desde ya por el Titular o sus herederos, hasta el costo total de los servicios por ella suministrados. El Titular se compromete y obliga a formalizar la subrogación o cesión a favor de la prestadora dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas corridas de intimado el Titular al efecto.