

--

COBERTURAS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	MONEDA	SUMA	PRIMA
99191	MUERTE ACCIDENTAL ASEGURADO TITULAR	US\$	1000	87.468
99193	ASISTENCIA EN VIAJES	US\$	Incluido	0

--

PLAN DE PAGO EN US\$

PRIMA AFECTA	0	PRIMA	87,468	IVA 0	PRIMA POR CADA	87,468
FORMA DE PAGO	TARJETA CMR			TOTAL CUOTAS PACTADAS		1
Nº DE TARJETA	**** * 4075					

Es importante que conozcas los siguientes conceptos:

1. Asegurado: Es la persona natural o jurídica que se encuentra cubierta por este seguro y podrá hacer efectiva esta póliza.
2. Asegurador o Compañía: Es quien asume el riesgo y paga la indemnización convenida.
3. Proponente: La persona natural o jurídica que solicita la incorporación a la póliza de seguro colectivo.
4. Contratante: Es quien suscribe la póliza de seguros colectiva.
5. Corredor de seguros: Es el intermediador del seguro, y quien asesora a los asegurados y futuros asegurados, respecto de las coberturas y condiciones del contrato.

Copia de las condiciones generales y particulares están disponibles en las oficinas de Seguros Falabella Corredores Ltda., y pueden ser solicitadas también a la Compañía de Seguros.

Intermedia Seguros Falabella Corredores Ltda. y la compañía que cubre los riesgos es Seguros Generales Suramericana S.A. Contratado en forma colectiva por Servicios e Inversiones Falabella Ltda.

IMPORTANTE: Usted ha solicitado su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por Servicios e Inversiones Falabella Ltda. directamente con Seguros Generales Suramericana S.A.

Comisión de Intermediación a favor de Seguros Falabella Corredores de Seguros Ltda.: 30% + IVA

El asegurado titular está conforme con los términos del seguro propuesto y con la intervención de Servicios e Inversiones Falabella Ltda. como contratante de esta póliza colectiva, además declara que ha sido debidamente informado sobre las características de este seguro y está conforme con la asesoría que ha recibido de Seguros Falabella Corredores Ltda.

El corredor ha proporcionado información veraz, completa, adecuada y oportuna al cliente, que le ha permitido tomar una decisión informada antes de la formalización o incorporación al contrato.

ASEGURADOS

Se entiende por asegurado, a aquella persona natural que se establezca como titular de la póliza y que haya contratado este seguro mediante el pago de la prima correspondiente, a través de los medios de pago bancarios aceptados por la Falabella Corredora de Seguros.

BENEFICIARIO

La compañía aseguradora pagará al beneficiario el capital asegurado, correspondiente al plan de cobertura contratado, una vez acreditado el fallecimiento del asegurado/proponente titular, previa deducción de cualquiera obligación a favor de la compañía, como consecuencia directa de un accidente.

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

Edad mínima de ingreso: 18 años cumplidos.

Edad máxima de ingreso: 65 años con 364 días.

Edad límite de permanencia: 69 años con 364 días.

ASISTENCIA EN VIAJES:

Los servicios de asistencia comprendidos en la presente Póliza se realizarán por cuenta de AXA ASSISTANCE Chile quien fue designada por la Compañía para tales efectos.

Queda expresamente establecido que la asistencia en viaje prestada bajo esta Póliza se realizará a través de AXA ASSISTANCE Chile, RUT N° 96.828.860-1, que para estos efectos será denominada Central de Asistencia.

Se otorgarán las indemnizaciones únicamente si la cobertura se especifica expresamente en el cuadro de Beneficios del plan contratado.

Podrán ser beneficiarios de la asistencia el asegurado titular de esta póliza más los beneficiarios adicionales designados en la propuesta de seguro o certificado de cobertura, emitido por "Seguros Falabella Corredores Ltda." en el momento de la venta.

Ante la ocurrencia de cualquiera de los eventos contenidos en el siguiente detalle, el titular debe comunicarse obligatoriamente con la Central de Asistencia en un plazo máximo de 24 horas desde ocurrido el evento, para coordinar la entrega del servicio, al número telefónico +56 2 29418949 desde el lugar donde se encuentre, o al correo medical@axa-assistance.com.ar y ante cualquier consulta del seguro el asegurado podrá contactarse al fono de atención al cliente de "Seguros Falabella Corredores Ltda." al teléfono 600 390 1000 o desde celulares +56 2 2390 6570, donde un ejecutivo especializado lo atenderá de Lunes a Viernes de 09:00 hrs. a 21:00 hrs. y Sábados de 09:00 hrs. a 15:00 hrs., o dirigirse a cualquier módulo de seguros y servicios habilitados a lo largo del país

COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE

Cobertura	USD 12.000
Asistencia médica por accidente hasta	USD 12.000
Asistencia médica por enfermedad hasta	USD 12.000
Extensión de cobertura por hospitalización al término de vigencia	USD 1.800

Asistencia médica por enfermedad preexistente	USD	700
Reembolso por medicamentos recetados	USD	700
Gastos odontológicos de urgencia	USD	500
Traslado y repatriación Sanitaria	Incluido	
Repatriación de restos mortales	Incluido	
Acompañamiento de menores y mayores	TkT aéreo económico	
Traslado de un familiar por hospitalización del titular	USD	500
Gastos de hotel familiar que viaje por hospitalización del titular	USD 50 x día max	USD 200
Regreso anticipado por fallecimiento de familiar directo	USD	400
Regreso anticipado por siniestro grave en domicilio	USD	400
Gastos de hotel por convalecencia	USD 50 x día max	USD 200
Reembolso de gastos de cancelación de viaje, hasta	USD	500
Gastos por vuelo demorado en conexión (+6 hrs), hasta	USD	150
Gastos por demora de equipaje (+ de 24 hrs), hasta	USD	150
Transmisión de mensajes urgentes e información general 24/7	Incluido	
Asistencia por pérdida o extravío de documentos:	Incluido	
Transferencia de fondos en caso de urgencia justificada, hasta	USD	800
Anticipo de fondos para fianza, hasta	USD	5.000
Anticipo de fondos legales en caso de accidentes, hasta	USD	2.000
Localización de equipaje extraviado	Incluido	
Compensación por pérdida de equipaje complementaria a la línea aérea (USD 60 x kilo), hasta	USD	800
Concierge:	Incluido	
Ambito de Cobertura: Internacional excluido Schengen		

DETALLE DE COBERTURAS

1. Asistencia Médica por Accidente o Enfermedad del Beneficiario en el Extranjero.

En el caso de accidente o enfermedad del Beneficiario en el extranjero, AXA ASSISTANCE sufragará los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, los honorarios médicos y los productos farmacéuticos prescritos por el facultativo que le atiende.

El límite máximo de esta prestación por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, será según la cobertura que indique el plan contratado.

2. Asistencia Médica para Enfermedades Preexistentes.

En caso de enfermedades preexistentes a la fecha de inicio del viaje, AXA ASSISTANCE sólo reconocerá si a su juicio correspondiese, los costos asociados a la primera atención médica de urgencia, en la cual se podrá determinar médicamente el diagnóstico de una patología previa a la fecha de inicio del viaje.

El límite máximo de esta prestación por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, será según la cobertura que indique el plan contratado.

3. Gastos Odontológicos de Urgencia.

AXA ASSISTANCE se hará cargo de los gastos por atención odontológica, en caso de dolor agudo, infección o cualquier otro imprevisto de urgencia. La atención odontológica estará limitada únicamente a la mitigación del dolor y/o extracción de la pieza dentaria.

El límite máximo de esta prestación por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, será según la cobertura que indique el plan contratado.

4. Reembolso por Medicamentos Recetados.

En caso que el médico tratante recete medicamentos en una consulta médica ambulatoria, se indica al Beneficiario pagarlos directamente y que guarde la receta médica y los comprobantes originales de pago, con el objeto de reintegrar el monto desembolsado a su regreso a Chile. Cuando sea factible, AXA ASSISTANCE tomará a cargo dichos costos de forma directa sin que el Beneficiario tenga que cancelarlos.

El límite máximo de esta prestación por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, será según la cobertura que indique el plan contratado.

5. Extensión de Cobertura por Hospitalización al Término de Vigencia.

En el caso de hospitalización por accidente o enfermedad del Beneficiario en la cual superara los días contratados para esta prestación, AXA ASSISTANCE extenderá la cobertura sobre el periodo de vigencia contratado. Esta cobertura comprenderá única y exclusivamente los gastos médicos que tengan relación con el accidente o enfermedad por la cual se encuentra hospitalizado el titular. Esta cobertura no tendrá un límite máximo de días sino que monto de cobertura según lo indique el plan contratado.

6. Gastos de Hotel por Convalecencia.

AXA ASSISTANCE satisfará los gastos de hotel del Beneficiario cuando por accidente o enfermedad, y por prescripción médica dispuesta por el facultativo que lo atiende, precise prolongar la estancia en el extranjero para su asistencia sanitaria. Dichos gastos no podrán exceder del valor por día y del máximo que se especifica según el plan contratado.

7. Transporte Sanitario en Caso de Accidente ó Enfermedad.

AXA ASSISTANCE financiará los gastos de traslado del Beneficiario, en ambulancia o en el medio que considere más idóneo el facultativo que lo atiende, hasta el Centro Hospitalario adecuado para que reciba atención médica.

El equipo médico de AXA ASSISTANCE mantendrá los contactos necesarios con el Centro Hospitalario o facultativo que atiende al Beneficiario para supervisar que el transporte sea el adecuado.

NOTA: Se prestará este servicio únicamente por razones de índole médica, evaluadas a criterio exclusivo del departamento médico de AXA ASSISTANCE; en donde además se evaluará cada caso para decidir la procedencia y/o urgencia del traslado del Beneficiario. Si el Beneficiario y/o sus familiares decidieran efectuar un traslado dejando de lado la opinión del departamento médico de AXA ASSISTANCE, ninguna responsabilidad recaerá sobre AXA ASSISTANCE por dicho accionar, siendo el traslado, su costo y sus consecuencias únicamente por cuenta y riesgo del Beneficiario y/o sus familiares.

El límite máximo de esta cobertura estará incluido en el tope máximo de Asistencia Médica ante enfermedad o accidente.

8. Repatriación Sanitaria en Caso de Accidente ó Enfermedad.

AXA ASSISTANCE financiará los gastos de traslado del Beneficiario, en ambulancia o en el medio que considere más idóneo el facultativo que lo atiende, hasta el Centro Hospitalario adecuado o hasta su domicilio habitual.

La repatriación sanitaria del Beneficiario se realizará únicamente bajo prescripción del médico tratante y cuando el departamento médico de AXA ASSISTANCE lo estime necesario y solo como consecuencia de un accidente o enfermedad. La repatriación se realizará hasta Chile, la cual se efectuará en el medio más idóneo según sea el estado del paciente, con acompañamiento médico o de enfermera siempre y cuando correspondiese y sujeto a la disponibilidad de plazas. Dicha repatriación deberá ser expresamente autorizada y coordinada por AXA ASSISTANCE. Si el Beneficiario y/o sus familiares decidieran efectuar una repatriación sanitaria dejando de lado la opinión del departamento médico de AXA ASSISTANCE, ninguna responsabilidad recaerá sobre AXA ASSISTANCE por dicho accionar, siendo la repatriación, su costo y sus consecuencias únicamente por cuenta y riesgo del Beneficiario y/o sus familiares. La repatriación se efectuará desde el centro asistencial donde se encuentre el Beneficiario hasta el centro asistencial en Chile; en el caso en que el Beneficiario sea trasladado hasta su domicilio en Chile, se cubrirá solo el traslado hasta el aeropuerto.

El límite máximo de esta cobertura estará incluido en el tope máximo de Asistencia Médica ante enfermedad o accidente.

9. Traslado de un Familiar del Beneficiario en caso de Hospitalización del Beneficiario.

En caso de que la hospitalización del Beneficiario fuese superior a 6 días, AXA ASSISTANCE satisfará a un familiar los siguientes gastos:

Se hará cargo del importe del viaje ida y vuelta al lugar de hospitalización siempre en clase turista o económica sujeta a disponibilidad de la plaza y con salida desde Chile, de esta forma un familiar lo acompañará, siempre y cuando el Beneficiario hubiese viajado solo y se encuentre solo en el extranjero al momento de la

Hospitalización.

El límite máximo de esta prestación por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, será según la cobertura que indique el plan contratado.

10. Gastos de hotel de un Familiar del Beneficiario que viaje en caso de Hospitalización del Beneficiario.

En caso de que la hospitalización del Beneficiario fuese superior a 6 días, AXA ASSISTANCE satisfará al familiar enviado los gastos de alojamiento.

El límite máximo de esta prestación por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, será según la cobertura que indique el plan contratado.

11. Repatriación de restos mortales del Beneficiario Fallecido.

En caso de fallecimiento del Beneficiario durante el viaje, AXA ASSISTANCE efectuará los trámites necesarios para el transporte o repatriación funeraria y asumirá los gastos del féretro básico para su traslado, trámites administrativos y transporte hasta el lugar de ingreso a Chile. El transporte será el que AXA ASSISTANCE considere más idóneo.

Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados dentro del país de residencia del Beneficiario fallecido e inhumación, no se encontrarán dentro de esta cobertura. Este servicio podrá operar siempre y cuando la intervención de AXA ASSISTANCE sea solicitada de forma inmediata al fallecimiento del Beneficiario. AXA ASSISTANCE no se hará responsable de ningún tipo de servicio y quedará eximida de toda responsabilidad en caso que algún tipo de empresa funeraria y otros terceros intervengan antes que AXA ASSISTANCE.

El límite máximo de esta cobertura estará incluido en el tope máximo de Asistencia Médica ante enfermedad o accidente.

12. Localización de Equipajes Extraviado.

AXA ASSISTANCE asesorará al Beneficiario para la denuncia del extravío de su equipaje declarado en vuelos de líneas aéreas regulares y colaborará en las gestiones para su localización.

En caso de recuperación de dichos bienes, AXA ASSISTANCE se encargará de su expedición hasta el lugar del viaje previsto por el Beneficiario o hasta su domicilio habitual.

El límite máximo de esta prestación por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, será según la cobertura que indique el plan contratado.

13. Reembolso de Gastos por Vuelo Demorado en conexión por más de 6 Horas.

En caso que hubiera una demora superior a 6 horas del vuelo regular, AXA ASSISTANCE reembolsará al Beneficiario los gastos de primera necesidad en los cuales deba incurrir por concepto de alojamiento, alimentación y comunicaciones realizados durante el lapso de demora del vuelo.

Sólo se reembolsarán los gastos debidamente acreditados con los justificativos correspondientes, así como también la constancia de la compañía aérea certificando la demora sufrida.

NOTA: Esta cobertura no aplicará si el Beneficiario viajará con un pasaje sujeto a disponibilidad de plaza ni a un destino ubicado dentro de Chile.

Este servicio no se aplica si la cancelación se debe a la quiebra y/o cesación de servicios de la línea aérea, huelgas o cualquier circunstancia que sea de responsabilidad de la línea aérea.

El límite máximo de esta prestación por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, será según la cobertura que indique el plan contratado.

14. Compensación por Demora de Equipaje en Vuelo Regular por más de 24 Horas.

En caso que el equipaje del Beneficiario se extraviara durante el viaje en vuelo regular y no fuese recuperado totalmente dentro de las 24 horas siguientes a la llegada a destino, AXA ASSISTANCE reembolsará al

Beneficiario los gastos por concepto de gastos derivados de la compra de artículos de primera necesidad realizada en el lapso de demora en la localización de su equipaje.

Para proceder a la indemnización establecida en la presente cláusula, el Beneficiario deberá cumplir los siguientes requisitos:

- a) Notificar a AXA ASSISTANCE el extravío de su equipaje, dentro de las 24 horas de emitido el P.I.R. (Property Irregularity Report) o formulario de denuncia ante la línea aérea.
- b) El Beneficiario deberá permanecer fuera de Chile durante los plazos mínimos estipulados (24 horas), teniendo vigente durante todo el viaje el plan AXA ASSISTANCE.
- c) El Beneficiario deberá presentar en las oficinas AXA ASSISTANCE la siguiente documentación:
 - 1) Original de la denuncia a la línea aérea (P.I.R),
 - 2) Comprobantes originales de los gastos efectuados por la compra de artículos de primera necesidad, pasaporte o cédula de identidad y pasajes. Los comprobantes presentados deben corresponder a compras efectuadas por el Beneficiario en el lugar donde se extravió el equipaje y entre la fecha del extravío y recupero del equipaje.
 - 3) La compensación es por persona y no por bulto extraviado, por lo que si dos o más Beneficiarios, siempre el límite máximo de esta prestación será por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, según la cobertura que indique el plan contratado.

15. Compensación por pérdida de equipaje complementaria a la línea aérea.

Si el Beneficiario sufriera la pérdida total de su equipaje despachado en bodega durante su transporte internacional en avión de línea regular de una compañía afiliada a la IATA y el mismo no hubiera sido localizado por los servicios de AXA ASSISTANCE o por el transportista, AXA ASSISTANCE entregará al Beneficiario una compensación económica de USD 60 (sesenta) por kilogramo perdido hasta un monto máximo según el plan contratado, la cobertura será por evento e incluirá lo abonado por la línea aérea siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo internacional de un avión de línea regular de una compañía afiliada a la IATA.
- b) Que el Beneficiario haya tenido derecho a ser indemnizado por la compañía aérea.
- 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 debe ser entregado al pasajero al finalizar el viaje.
- d) Que el equipaje se haya extraviado fuera de Chile, salvo las pérdidas producidas en vuelos internacionales que arriben a Chile.
- e) Que la línea aérea regular se haya hecho cargo de las responsabilidades por pérdida del mencionado equipaje y haya abonado al pasajero la indemnización correspondiente.
- f) Que antes de las 24 horas de haber constatado la pérdida del equipaje obteniendo el (P.I.R. (Property Irregularity Report) o formulario de denuncia ante la compañía aérea, el Beneficiario haya informado a una de las centrales de alarma de AXA ASSISTANCE.
- g) Que la pérdida del equipaje despachado sea total, es decir, funciona sobre bulto completo. No hay compensación complementaria por roturas del equipaje ni de su contenido.

En cualquier caso se tomará como referencia el valor oficial por kilogramo perdido de la línea aérea involucrada. También se deja constancia que teniendo esta compensación económica acordada por AXA ASSISTANCE un carácter puramente complementario al de la línea aérea; será condición "sine qua non" para su pago, la presentación de la liquidación efectuada por la línea aérea, así como la fotocopia del billete aéreo.

16. Rembolso de Gastos por Cancelación de Viaje.

AXA ASSISTANCE reembolsará al Beneficiario la pérdida irrecuperable de depósitos o gastos pagados por anticipado de acuerdo a las condiciones del contrato suscrito por el Beneficiario con la Agencia de Viajes y/o Operador Turístico, gastos no devueltos por hospedaje en el hotel y/o de los cargos por cancelación del pasaje en algún transporte público autorizado, siempre que la cancelación del viaje se produzca en forma necesaria e inevitable a consecuencia de:

- a) Fallecimiento del Beneficiario, cónyuge, ascendientes o descendientes en primer grado de parentesco del Beneficiario. Este fallecimiento deberá presentarse antes del inicio del viaje y se deberá presentar el correspondiente certificado de defunción y/o cualquier otra documentación que AXA ASSISTANCE considere necesaria.
- b) Accidente o enfermedad grave súbita no preexistente, que amerite al menos tres días de hospitalización por

prescripción médica del Beneficiario, cónyuge, ascendientes o descendientes en primer grado de parentesco del Beneficiario. Estas circunstancias deberán presentarse antes del inicio del viaje y los antecedentes serán evaluados y validados por el departamento médico de AXA ASSISTANCE, pudiendo para ello solicitar todos los antecedentes médicos que le permitan evaluar y calificar la enfermedad o accidente sufrido, como historia clínica del paciente, certificados médicos, exámenes, informes clínicos y otro tipo de documentación que considere necesaria.

c) En caso de siniestro grave (incendio, inundación, explosión o robo con daños y violencia) en el domicilio real y permanente del Beneficiario en Chile.

Para que las causales detalladas anteriormente (letras "a", "b" o "c"), tengan validez y se proceda a su respectiva evaluación, los hechos deben haber ocurrido en un plazo de hasta 21 días antes de la fecha previamente programada como de inicio el viaje. Si el hecho generador es anterior a los 21 días, no corresponderá reintegro alguno. Así como también se debe haber dado aviso a la central de alarmas de AXA ASSISTANCE dentro de las 48 horas siguientes a las cuales ocurrió el hecho. Este reembolso se realizará siempre y cuando el beneficiario haya reservado y pagado estos costos antes que ocurriera el fallecimiento, accidente o enfermedad grave y siniestro grave.

Para la solicitud de reembolso de gastos por cancelación de viaje, el Beneficiario deberá presentar a AXA ASSISTANCE toda la documentación de respaldo del pago de su viaje y las correspondientes cartas originales de las empresas involucradas (líneas aéreas, trenes, cruceros u otros medios de transporte público, hoteles, etc.) las cuales confirmen los montos devueltos al Beneficiario por la no realización del viaje. En caso que alguna de las compañías señaladas e involucradas no exista devolución alguna, AXA ASSISTANCE exigirá a su vez una carta formal de dicha compañía en la que se indique expresamente que no se aplicó ningún tipo de devolución, sin esta documentación, AXA ASSISTANCE rechazará el reembolso presentado.

La cobertura de cancelación de viaje rige desde el momento en que el Beneficiario contrata el viaje en Chile.

El límite máximo de esta prestación por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, será según la cobertura que indique el plan contratado.

17. Regreso Anticipado debido al fallecimiento de un familiar directo.

AXA ASSISTANCE abonará los gastos de pago por penalidad o diferencia de pago por tarifa para el desplazamiento del Beneficiario o en su defecto si no hubiese otra alternativa el costo de un nuevo pasaje en clase turística o económica.

El Regreso se realizará en caso de fallecimiento en Chile del cónyuge o un familiar hasta el 2º grado de parentesco y hasta el lugar de inhumación, siempre que no pueda efectuar razonablemente dicho desplazamiento en el mismo medio de transporte utilizado en el viaje.

El límite máximo de esta prestación por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, será según la cobertura que indique el plan contratado.

18. Regreso Anticipado debido a la ocurrencia de Siniestro Grave en el Domicilio del Beneficiario.

AXA ASSISTANCE abonará los gastos de pago por penalidad o diferencia de pago por tarifa para el desplazamiento del Beneficiario o en su defecto si no hubiese otra alternativa el costo de un nuevo pasaje en clase turística o económica.

El Regreso se realizará en caso de la ocurrencia de un siniestro de robo, incendio o explosión en su residencia habitual que la hiciera inhabitable o con grave riesgo de que se produzcan mayores daños que justifiquen de forma imprescindible e inmediata su presencia y la necesidad de su regreso.

El límite máximo de esta prestación por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, será según la cobertura que indique el plan contratado.

19. Anticipo de Fondos por Honorarios Legales en caso de accidente.

En caso de arresto o detención de un Beneficiario en el extranjero, AXA ASSISTANCE pondrá a su disposición un abogado para que se haga cargo de su defensa civil o criminal.

AXA ASSISTANCE se hará cargo, contra garantía previamente otorgada en Chile, de los mismos hasta el límite

establecido según el plan contratado y se reserva el derecho a solicitar del Beneficiario algún tipo de aval, garantía o depósito que le asegure el cobro del anticipo.

El límite máximo de esta prestación por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, será según la cobertura que indique el plan contratado.

20. Anticipo de Fondos para Fianzas.

En caso de arresto o detención de un Beneficiario en el extranjero, AXA ASSISTANCE hará los arreglos necesarios para otorgar el depósito de garantía hasta el límite máximo según el plan contratado o de su equivalente en moneda local, con el fin de obtener la libertad provisional del Beneficiario.

Queda excluida cualquier reclamación que se derive de un riesgo ocupacional o de implicaciones en cualquier acción criminal.

Previamente al desembolso el Beneficiario o un representante de éste deberá dejar una garantía en Chile y firmar un escrito de reconocimiento de deuda, comprometiéndose a la devolución de su importe dentro de los dos meses siguientes a su regreso a su Residencia o, en todo caso, en los tres meses de efectuado el depósito.

AXA ASSISTANCE se reserva el derecho a solicitar del Beneficiario algún tipo de aval, garantía o depósito que le asegure el cobro del anticipo.

21. Transferencia de Fondos en Caso de Urgencia Justificada.

En caso de pérdida o robo de los medios de pago debidamente notificado a la policía local, AXA ASSISTANCE adelantará al Beneficiario, o pagará directamente, el dinero necesario en moneda local para poder hacer frente a sus necesidades hasta el límite de su plan, contra garantía previamente otorgada en Chile

AXA ASSISTANCE se reserva el derecho a solicitar del Beneficiario algún tipo de aval, garantía o depósito que le asegure el cobro del anticipo.

El límite máximo de esta prestación por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, será según la cobertura que indique el plan contratado.

22. Asistencia por pérdida o extravío de Documentos.

En caso de pérdida o robo de un documento esencial para la continuación del viaje del Beneficiario (ej. Pasaporte, visado, pasaje de avión) AXA ASSISTANCE proporcionará al Beneficiario las informaciones necesarias para que el mismo pueda cumplir las formalidades necesarias con las autoridades competentes en el país de ocurrencia para reemplazar dichos documentos perdidos o robados.

23. Servicio de Información 24 Horas de Viaje.

Antes del inicio de un viaje, o durante la realización del mismo, el Beneficiario podrá solicitar a AXA ASSISTANCE toda la información relativa al país de destino, información tal como requisitos sanitarios, clima, sitios de interés, y otros.

24. Transmisión de Mensajes Urgentes.

AXA ASSISTANCE se encargará de transmitir los mensajes urgentes y justificados del Beneficiario, relativos a cualquiera de los eventos que dan origen a las prestaciones a que se refiere este servicio.

25. Servicio de Concierge: Servicio diseñado para optimizar tu tiempo y hacer todo más fácil, ideal para:

- a) Reservar entradas para tus espectáculos, eventos deportivos y artísticos en el exterior de su país.
- b) Reserva de hoteles y vehículos de alquiler en el exterior de su país.
- c) Restaurantes: información y reservas en restaurantes de cualquier parte del mundo, asesoramiento de tipos de comidas y niveles de precios.
- d) Los costos de estos servicios serán de cargo del Beneficiario.

26. Acompañamiento de Menores y Mayores.

Si un Beneficiario viajara como única compañía de un menor de 15 (quince) años o un mayor de 70 (setenta) años, siendo también éste Beneficiario de un certificado de asistencia AXA ASSISTANCE y se encontrara imposibilitado para ocuparse de él a causa de accidente o enfermedad, AXA ASSISTANCE coordinará el desplazamiento de un acompañante, a su exclusivo criterio, para que acompañe al menor de regreso a Chile.

El límite máximo de esta prestación por Beneficiario, por todos los anteriores conceptos y por viaje, será según la cobertura que indique el plan contratado.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

ÁMBITO TERRITORIAL

AXA ASSISTANCE prestará servicios referidos a contingencias que ocurran sólo fuera del territorio de la República de Chile.

El ámbito territorial de los servicios serán los referidos a las personas beneficiarias, el cual se extiende a todo el mundo excepto Chile, cualquiera que sea el medio de transporte utilizado siempre y cuando la permanencia del Beneficiario con motivo de su viaje no sea superior a los días y plan contratado.

AXA ASSISTANCE no asumirá ningún tipo de gasto en Chile, a excepción de los detallados a continuación:

- Para la cobertura de compensación por pérdida de equipaje, en la cual el ámbito territorial de cobertura se extenderá a Chile en el caso en que la pérdida de equipaje fuera en vuelo de línea aérea regular de regreso a Chile y según el plan contratado.
- Para la cobertura de repatriación sanitaria, el ámbito territorial de cobertura se extenderá a Chile, cubriendo exclusivamente el traslado en el medio de transporte medicamente adecuado, desde el aeropuerto internacional en Chile hasta el centro asistencial en el cual el titular continuará con su tratamiento médico.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR ASISTENCIA

Solicitud de Asistencia: General.

En caso de producirse una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción o cualquier pago, el Beneficiario deberá llamar a la central de alarma de AXA ASSISTANCE al número de atención exclusiva ASISTENCIA EN VIAJE al (56 2 2941 8949) y proporcionará los siguientes datos, comprobando previamente la veracidad de estos.

Nombre y apellido del Beneficiario,
Cédula Nacional de Identidad,
Consulta o servicio requerido,
Lugar en el que se encuentra.
Teléfono de contacto.

El Equipo Médico de AXA ASSISTANCE tendrá libre acceso a la historia clínica del Beneficiario para enterarse de su condición. Si el Beneficiario negare dicho acceso sin justificación razonable, se entenderá que el Beneficiario renuncia a su derecho de recibir asistencia médica.

La llamada podrá efectuarse a cobro revertido y en caso de que tal sistema no sea posible, AXA ASSISTANCE reembolsará los gastos de comunicación contra presentación de los comprobantes de dichas comunicaciones.

El proponente/asegurado deberá comunicarse para todo caso que dé origen a alguna de las coberturas referidas en las presentes condiciones generales: enfermedad, accidente o cualquier otra cobertura indicada en el plan contratado. AXA ASSISTANCE brindará al Beneficiario las condiciones para su oportuna atención, coordinando con los centros médicos en convenio en la zona de ocurrencia del evento a través de nuestra red de filiales o prestadores a nivel Internacional.

El Beneficiario se obliga a comunicarse y dar aviso a AXA ASSISTANCE tantas veces como asistencias requiera, de esta forma se podrá coordinar y evaluar las asistencias requeridas.

AXA ASSISTANCE por razones de seguridad y calidad de sus servicios, podrá grabar todas las conversaciones telefónicas que se realicen en la gestión del caso. Dichas grabaciones podrán ser utilizadas ante eventuales diferencias entre el Beneficiario de los servicios y AXA ASSISTANCE.

Nota: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros, conforme a Circular N°2106 de fecha 31 de mayo de 2013.

EXCLUSIONES DE LA ASISTENCIA EN VIAJE

Quedan excluidas las situaciones de asistencia ocurridas durante viajes realizados por los Beneficiarios en contra de prescripciones médicas u ocurridas fuera del periodo de vigencia del presente contrato.

Con excepción de los casos en que hubo imposibilidad inmediata y manifiesta de notificar a AXA ASSISTANCE, los Beneficiarios tendrán derecho a ser reembolsados por AXA ASSISTANCE solamente cuando hayan recibido previa autorización de AXA ASSISTANCE.

Quedan excluidos de la cobertura de estas condiciones, las situaciones de asistencia que se produzcan, total o parcialmente, como consecuencia directa o indirecta de:

- a) Participación en guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (independientemente de la existencia de una declaración de guerra), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones y/o movimientos populares.
- b) Participación del Beneficiario en actos criminales.
- c) Participación del Beneficiario en combates, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- d) Consecuencias derivadas de la práctica de deportes como profesional o, no siendo profesional, la participación en competiciones oficiales, exhibiciones programadas o entrenamiento. Así como también las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos incluyendo, pero no limitado a: motociclismo, automovilismo, boxeo, polo, ski acuático, jet ski, wave runner, trekking, rafting, moto de nieve, cuatriciclos, vehículos todo terreno, snowboard, skate, paracaidismo, buceo, aladeltismo, aviación, alpinismo, ski y/o otros deportes invernales fuera de la pista reglamentarias y autorizadas, uso de trineos y medios de deslizamiento afines, carreras de caballos, de bicicletas, cualquier clase de carrera de automóvil y exhibiciones, etc. sin que la enumeración anterior tenga carácter taxativo.
- e) Toda intervención quirúrgica derivada de un accidente o enfermedad que requiera la implantación y/o reparación de prótesis, ortesis o cualquiera que sea su naturaleza de uso interno o externo, incluyendo pero no limitado a: artículos ortopédicos, prótesis dentales, audífonos, anteojos, lentes de contacto, férulas, muletas, sillas de rueda, nebulizadores, respiradores, etc.
- f) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente producido por combustibles nucleares.
- g) Exámenes o controles para el embarazo, maternidad, alumbramiento o la pérdida programada o aborto, a menos que se trate de una complicación clara e imprevisible, la cual se deberá presentar como máximo hasta la semana 25 de gestación.
- h) Enfermedades mentales, trastornos psicológicos, crisis de pánico, enajenación mental permanente o transitoria y toda patología asociada a desórdenes mentales o nerviosos.
- i) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica. Asimismo, afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingesta de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.
- j) Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio o lesiones causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- k) Síndrome de inmunodeficiencia humana, SIDA y VIH en alguna o todas sus formas, así como sus agudizaciones, secuelas y/o consecuencias, enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente.
- l) Tratamientos alternativos no médicos como homeopatía, acupuntura, tratamientos termales, podológicos y otros que AXA ASSISTANCE clasifique a su juicio.
- m) Erupciones volcánicas, terremotos, inundaciones, maremotos, hundimientos, huracanes, ciclones o tornados y en general los que procedan de la acción de las fuerzas de la naturaleza. Así como también cualquier otro fenómeno de carácter extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o grado de gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.
- n) Chequeos, exámenes de rutina, curas de sueño, tratamientos kinésicos incluyendo aquellos no relacionados directamente a enfermedades diagnosticadas, como así también aquellos que no son consecuencia directa de una enfermedad o un accidente sujetos al servicio.
- ñ) Desempeñarse el Beneficiario como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por AXA ASSISTANCE.
- o) Los servicios que el Beneficiario hubiese concertado por su cuenta, sin previa autorización y consentimiento

de AXA ASSISTANCE.

p) Las asistencias o enfermedades pandémicas, endémicas y/o epidémicas en países con emergencia sanitaria en caso que el Beneficiario no haya precedido a seguir las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunación emanada de autoridades sanitarias.

q) Las enfermedades crónicas o preexistentes, conocidas por el Beneficiario, padecidas con anterioridad al inicio del viaje, así como sus agudizaciones y consecuencias. AXA ASSISTANCE solamente pagará a su exclusivo criterio, por la primera atención médica y hasta el monto máximo que posee la cobertura para Asistencia Médica por Enfermedad Preexistente.

COBERTURA MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura la compañía pagará a los beneficiarios el capital asegurado de UF 1.000, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento 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 sesenta (60) días siguientes de ocurrido el accidente. Dicho accidente debe haber ocurrido durante el viaje.

En caso de muerte accidental del asegurado/proponente titular, se tendrá como beneficiario a la persona o personas, que el mismo designe. Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario. A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales del asegurado, según posesión efectiva.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

Este seguro no cubre el riesgo de fallecimiento o invalidez del Asegurado, cuando estos se produzcan a consecuencia de algunas de las siguientes situaciones:

a) Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.

b) Participación por el asegurado o beneficiario en cualquier acto calificado como delito, en calidad de autor, cómplice o encubridor.

DENUNCIO DE SINIESTRO COBERTURA MUERTE ACCIDENTAL

1. Evaluación y Liquidación de las Coberturas:

Para la liquidación de siniestros la compañía se acoge a lo dispuesto en el nuevo reglamento de los auxiliares del comercio de seguros y procedimiento de liquidación de siniestros, número 1055, del 17 de agosto de 2012.

Para hacer uso de estas coberturas, el Asegurado deberá cumplir todas las obligaciones que le imponen en las Condiciones Generales POL 3 2013 0679 y deberá cumplir con los plazos y documentos señalados a continuación.

Producido el fallecimiento cubierto por esta póliza, deberá informarse dicha circunstancia a la Compañía Aseguradora dentro del plazo de ciento ochenta (180) días contados desde la ocurrencia del siniestro, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

2. Documentos necesarios para efectuar el pago del siniestro en caso de Muerte Accidental:

- a) Certificado de Defunción del Asegurado Titular;
- b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado;
- c) Copia del parte policial;
- d) Otros antecedentes tales como, ficha clínica, informes, declaraciones, certificados, dictamen de invalidez o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado u hospitalización, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro.

3.Plazo de Liquidación: El período de liquidación y pago de siniestros, a contar de la fecha de recepción conforme a todos los antecedentes indicados en la póliza no podrá exceder de 15 días hábiles. Tratándose de siniestros que no sean acompañados de la documentación pertinente o en que se requiera un mayor análisis, la Compañía se reserva el derecho de contabilizar este plazo desde que se reciban tales antecedentes o los exigidos en forma excepcional.

Nota: Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago de los beneficios que correspondan, la Compañía Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios para acreditarlo.

Nota: La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otro antecedente que estime necesario para poder realizar la liquidación.

VIGENCIA DEL SEGURO

La cobertura del seguro comenzará a regir el día de inicio del viaje a realizar y de acuerdo al número de días contratados. El seguro debe ser contratado con anterioridad a la salida del viaje fuera de la República de Chile, y es condición esencial que el asegurado se encuentre en Chile y tenga por objeto realizar un viaje al extranjero.

VIGENCIA DE LOS SERVICIOS

La vigencia de los servicios comenzará a regir desde la fecha consignada como fecha de salida de Chile y entendiéndose como inicio del viaje su paso por el respectivo control de policía internacional, extendiéndose hasta la fecha de regreso a Chile previamente estipulada como tal en el certificado de asistencia. Para todos los efectos AXA ASSISTANCE reconocerá como válida únicamente la vigencia que corresponda al certificado de asistencia emitido.

La finalización de la vigencia implicará automáticamente el cese de todos los servicios incluyendo aquellos iniciados y en curso al momento de finalizar la vigencia. Cuando el Beneficiario anticipe por cualquier circunstancia el término de su viaje y por consiguiente el regreso al país, todos los servicios incluidos en el plan contratado dejarán de tener validez a partir del ingreso a Chile. En estos casos el Beneficiario no podrá solicitar reembolso alguno por uso de alguna de las coberturas.

Sin perjuicio de lo anterior, en el único caso que se entenderá como prorrogada la vigencia del servicio, será en la cobertura "extensión de cobertura por hospitalización al término de vigencia", estipulada en las presentes condiciones generales.

El Beneficiario podrá rescindir el contrato celebrado con AXA ASSISTANCE por los servicios, manifestando por escrito su intención en tal sentido, en cualquier momento desde la contratación. El ejercicio de esta opción no le dará derecho al Beneficiario a exigir, aún en el caso de que no hubiera utilizado los servicios, la devolución de todo o parte de lo pagado por los servicios, ni eximirse del pago de las cuotas que se devenguen hasta completar el pago del período contratado, en caso que abone los servicios en cuotas.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO/PROPONENTE

1. Solicitud de Asistencia.

En caso de producirse una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción o cualquier pago, el Beneficiario llamará a la central de alarma de AXA ASSISTANCE al (56 2 2941 8949) y proporcionará los datos siguientes:

- su nombre y cédula nacional de identidad.
- su número de certificado, si el Beneficiario lo conoce, así como el Período de vigencia del viaje.
- el lugar en que se encuentra en ese momento y el número de teléfono en el que AXA ASSISTANCE podrá contactar al Beneficiario o a su representante.
- Descripción del problema o la dolencia que le aqueje, y del tipo de ayuda que necesite.

Antes de prestar asistencia AXA ASSISTANCE podrá comprobar la veracidad de los datos anteriores. El Equipo

Médico de AXA ASSISTANCE tendrá libre acceso a la historia clínica del Beneficiario para enterarse de su condición. Si el Beneficiario negare dicho acceso sin justificación razonable, se entenderá que el Beneficiario renuncia a su derecho de recibir asistencia médica.

La llamada podrá efectuarse a cobro revertido y en caso de que tal sistema no sea posible, AXA ASSISTANCE reembolsará los gastos de comunicación contra presentación de los comprobantes de dichas comunicaciones.

2. Falta de Notificación a AXA ASSISTANCE.

a) situación de vida o muerte.

No obstante cualquier otra disposición de estas condiciones generales, en caso que peligre su vida, el Beneficiario o su representante deberán siempre procurar tomar las medidas necesarias para ser transferido de emergencia a un hospital cercano al lugar de los acontecimientos, y una vez hecho lo cual tan pronto como sea prácticamente posible, deberá llamar a la Central de Alarma de AXA ASSISTANCE con el fin de proporcionar la información apropiada. Dicha llamada deberá ser en un plazo máximo de 48 horas siguientes a la ocurrencia del evento.

b) Hospitalización sin previa notificación a AXA ASSISTANCE.

En caso de Enfermedad o Accidente que implique la hospitalización del Beneficiario sin previa notificación a AXA ASSISTANCE, el Beneficiario o su representante, tan pronto como sea posible, deberán ponerse en contacto con la central de alarma de AXA ASSISTANCE. En el caso en que dicho contacto no fuera efectuado en el plazo de 48 horas a partir del momento de la hospitalización, AXA ASSISTANCE considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos suplementarios ocasionados por dicho retraso.

3. Traslado Médico y Repatriación

Si el Beneficiario necesitara ser trasladado o repatriado, el departamento médico de AXA ASSISTANCE evaluará dicho servicio bajo los siguientes puntos:

a) Con el fin de ayudar a AXA ASSISTANCE a tomar las medidas necesarias lo antes posible, el Beneficiario o representante de éste, deberá facilitar los datos siguientes:

- Nombre, dirección y teléfono del centro médico donde se encuentre internado el Beneficiario.
- Nombre dirección y teléfono del Médico que atiende al Beneficiario y, a solicitud de AXA ASSISTANCE, del médico de cabecera.

b) En cada caso, AXA ASSISTANCE de acuerdo con el Médico que atiende al Beneficiario y su Médico Contralor, decidirán si el traslado o repatriación médica es necesaria y factible de realizar. Luego de esto se decidirá la fecha y el medio de transporte adecuado para el traslado o repatriación.

c) En caso de que AXA ASSISTANCE tuviera que pagar el costo del transporte del Beneficiario, este último deberá entregar la porción no utilizada de su pasaje original o de su contravalor, si tiene derecho al reembolso del mismo.

4. Procedimiento para el Reembolso de los Gastos Médicos.

En caso de que los gastos médicos ocasionados por una intervención médica de urgencia se produzcan antes de que el Beneficiario haya podido ponerse en contacto con la central de alarma de AXA ASSISTANCE, la solicitud de reembolso de estos gastos deberá ser presentada a AXA ASSISTANCE para su evaluación junto con los documentos siguientes:

a) Reporte médico emitido por el Médico que ha tratado al Beneficiario, así como también sus exámenes u otros antecedentes médicos que hubiesen entregado al Beneficiario luego de la atención recibida.

b) Facturas originales de honorarios, gastos de medicinas, etc.

c) Los eventuales recibos de reembolso del seguro médico del Beneficiario.

Para que dicha reclamación sea válida, el Beneficiario deberá ponerse en contacto con la central de alarma de AXA ASSISTANCE, dentro de las 48 horas siguientes a la hora del evento.

5. Limitación.

En cuanto se produzca una situación de asistencia, el Beneficiario deberá tomar todas las medidas necesarias para limitar sus consecuencias.

OTRAS DISPOSICIONES GENERALES

1. Limitación para Reembolsos

El Beneficiario no tendrá derecho a reembolso por cualquier gasto cubierto por estas condiciones sin acuerdo previo de AXA ASSISTANCE salvo lo previsto en los casos de emergencia descritos en el artículo 2.4.2 de las presentes condiciones.

2. Fuerza Mayor

AXA ASSISTANCE no será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones, en los casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento.

Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, y en general, toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impida a AXA ASSISTANCE cumplir sus obligaciones.

3. Preexistencia

Para todos los efectos de los servicios brindados por AXA ASSISTANCE, se entenderá como enfermedad o condición preexistente aquella que afecte al beneficiario con anterioridad a la iniciación de la vigencia, así como también aquellas que se manifiesten con posterioridad a la fecha de inicio del viaje, pero que para su desarrollo hayan requerido un período de incubación, formación o evolución dentro del cuerpo del beneficiario, que haya comenzado antes de la fecha de inicio de vigencia o inicio del viaje, sean estas conocidas por el beneficiario. AXA ASSISTANCE no asumirá ningún gasto médico derivado de enfermedades agudas o accidentes que tengan una complicación médica a causa de que el beneficiario tenga alguna enfermedad preexistente al inicio del viaje y que estas enfermedades preexistentes provoquen el agravamiento o complicación de la enfermedad aguda o accidente.

4. Responsabilidad

La mayor parte de los proveedores de los servicios asistenciales son contratistas independientes y no empleados de AXA ASSISTANCE, y AXA ASSISTANCE no será responsable de cualquier acto u omisión por parte de dichos proveedores que estén debidamente autorizados (cuando sea necesario) y que sean competentes para proporcionar los servicios a un nivel igual a los estándares de cuidados normales en el área en donde dichos servicios se proporcionen.

El Beneficiario toma como agentes directos suyos a las personas y/o profesionales designados por AXA ASSISTANCE para su asistencia, sin recurso de naturaleza alguna contra AXA ASSISTANCE.

Según se emplea en este inciso proveedores significará: los médicos, clínicas, abogados y cualquier otra entidad proveedora de asistencia de acuerdo con una referencia de AXA ASSISTANCE a un Beneficiario.

5. Declaración

El uso del servicio de asistencia implica la conformidad del Beneficiario con las presentes condiciones generales, en donde automáticamente declara aceptar sus términos y condiciones.

6. Caducidad

La acción del Beneficiario para reclamar judicialmente contra la decisión de AXA ASSISTANCE de denegarle la indemnización o de fijar su monto caducará en el plazo de 90 (noventa) días contados desde la fecha de envío, mediante carta certificada, de la respectiva decisión adoptada por AXA ASSISTANCE, dirigida al domicilio del Beneficiario indicado en la póliza, conforme al procedimiento de liquidación del siniestro establecido en el reglamento respectivo.

Transcurrido dicho plazo sin que se deduzca reclamo judicial, se tendrá por firme la decisión de AXA ASSISTANCE.

MARCO JURÍDICO DE RESPONSABILIDAD:

AXA ASSISTANCE no se hace responsable en los casos en los que por imposibilidad técnica no se llegue a concretar la solución de un imprevisto. Sin perjuicio de lo previamente indicado, estos casos serán posteriormente evaluados y/o reembolsados por AXA ASSISTANCE, si corresponde, al Beneficiario, previa acreditación del mismo mediante documentos originales de los gastos en que incurrió.

Tampoco se hará responsable por los incumplimientos y contratiempos en el cumplimiento de sus obligaciones que resultaran de casos de fuerza mayor o acontecimientos tales como guerra civil o extranjera, revolución, movimientos populares, tumultos, huelgas, prohibiciones oficiales, explosiones de artefactos, impedimentos climáticos, etc.

Las personas y/o profesionales designados por AXA ASSISTANCE son tenidos como agentes directos del Beneficiario, sin recurso de naturaleza alguna contra AXA ASSISTANCE y/o el Contratante en razón de tal designación.

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Ante cualquier consulta no dude en llamar al centro de atención al cliente de "Seguros Falabella Corredores" al

teléfono 600-3901000 o desde celulares 02-2390 6570, donde un ejecutivo especializado lo atenderá de lunes a viernes de 9:00 a 21:00 o sábados de 09:00 a 15:00 horas o bien por medio del sitio web www.segurosfalabella.cl durante las 24 horas todos los días del año o acercarse a cualquiera de los módulos de Seguros Falabella Corredores.

Este servicio no corresponde al servicio de atención al cliente (SAC) que regulará el art. 55 n°2 de la ley 19.496. Este contrato no cuenta con la certificación voluntaria regulada en el art. 55 de la ley 19.496.

COMUNICACIONES

El Asegurado, Beneficiario o Pagador de esta póliza podrá comunicarse con la Compañía Aseguradora, Seguros Falabella o Contratante a través de cualquier medio que permita la expresión fehaciente y duradera de voluntad. La Compañía Aseguradora, Seguros Falabella y el Contratante de esta póliza deberán realizar cualquier comunicación, declaración o notificación al Asegurado, Beneficiario o Pagador mediante correo electrónico o carta, a la dirección o domicilio registrado en la póliza. Adicionalmente la Compañía Aseguradora, Seguros Falabella o el Contratante de la póliza, podrán, en caso de no contar con correo electrónico o domicilio registrado en la póliza, notificar al Asegurado, Beneficiario o Pagador, al último correo electrónico o domicilio entregado a alguna de las Empresas del Grupo Falabella.

DERECHO A RETRACTACIÓN DEL SEGURO

El proponente/asegurado tiene derecho a retractarse de la contratación del seguro, sin expresión de causa, dentro del plazo de 24 horas antes del inicio de la vigencia del seguro. La retractación podrá comunicarla a Seguros Falabella, por cualquier medio que permita el registro fehaciente de voluntad. El proponente/asegurado tendrá derecho a la devolución íntegra de las primas pagadas a la fecha de la retractación.

NOTA DE AUTORREGULACIÓN

Seguros Generales Suramericana 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 Seguros Generales Suramericana S.A.

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado 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 Seguros Generales Suramericana S.A. o a través de la página www.autorregulación.cl

AUTORREGULACIÓN COMITÉ RETAIL FINANCIERO DE SEGUROS

Seguros Falabella Corredores Ltda. se encuentra adherida voluntariamente al Grupo Retail Seguros www.retailseguros.org y sujeta a su Acuerdo de Autorregulación publicado en dicha página WEB, cuyo propósito es mejorar el estándar de calidad en la promoción, venta y atención de seguros en el Retail.

AUTORIZACIÓN AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Nuestro compromiso es ofrecerte los productos y servicios que mejor se acomoden a tus necesidades. Por ello, al aceptar estos Términos y Condiciones, autorizas expresamente a Falabella, de conformidad al artículo 4° de la Ley N°19.628 sobre Protección de la Vida Privada, a tratar los datos personales que nos entregues cuando (i) visitas nuestras sucursales, (ii) utilizas nuestro sitio web, nuestros servicios móviles, o bien cuando (iii) interactúas con nosotros a través de correo electrónico o con nuestra plataforma de atención telefónica.

En especial, se entiende por "dato personal", tu nombre, RUT, domicilio, teléfono, Correo electrónico, datos de geolocalización, tu historial de navegación, y tu historial de Compras.

Estos datos sólo serán tratados para (i) el llenado automático de los documentos asociados a tus transacciones, (ii) la prestación de los servicios que contratas y la entrega de los productos que compras, (iii) el envío de comunicaciones promocionales o publicitarias y la exhibición de ofertas y recomendaciones de productos y servicios (las que pueden estar basadas en una caracterización a partir de tus datos personales,

y/o tus patrones de compra, uso y visita de nuestro sitio web, servicios móviles y tiendas), o bien para (iv) ponernos en contacto contigo en relación a opiniones y comentarios que nos puedas dar para mejorar tu experiencia como cliente.

Los datos que nos entregues sólo podrán ser tratados por Seguros Falabella Corredores Ltda. y/o sus empresas relacionadas, por sí o a través de sus proveedores de servicios y exclusivamente para las finalidades indicadas en el párrafo anterior.

En todo momento podrás revocar tu autorización, y dispondrás siempre de los derechos de aclaración, rectificación, cancelación y oposición, y todos los demás derechos que confiere la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada. Para ejercer estos derechos sólo deberás llamar al 600 390 1000. Del mismo modo, siempre puedes solicitar la suspensión de comunicaciones promocionales o publicitarias, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 28 B de la Ley N°19.496 sobre Protección de los Derechos de los Consumidores.

DOMICILIO

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

CLAUSULA DE DIVERSIFICACIÓN

La información sobre la diversificación de los negocios de esta Corredora y de las Entidades aseguradoras con que haya trabajado, así como la información de las pólizas de seguros contratadas para responder del cumplimiento de sus obligaciones como intermediaria se encuentran a su disposición en www.segurosfalabella.com, bajo la sección "Diversificación por Compañías".

NOTA:

- La compañía tendrá siempre el derecho de solicitar, ya sea al asegurado, o al corredor, 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.

INFORMACION SOBRE PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de noviembre 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 C.M.F., Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

Procedimiento de Liquidación de Siniestros (Circular N° 2.106 del 31.05.2013 de S. V.S.)

1.Objeto de 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 a la liquidación

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarle 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, solicitándose por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde 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 del 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 durante el proceso de liquidación surgieren problemas y diferencias de criterios acerca de sus causas, evaluación de los riesgos o extensión de la cobertura, el liquidador actuando de oficio o a petición del asegurado, podrá emitir un preinforme de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá poner simultáneamente en conocimiento de los interesados. El asegurado o la compañía podrán hacer observaciones por escrito al preinforme, dentro del plazo de 5 días contado desde su conocimiento.

6. Plazo de liquidación

El liquidador registrado y la compañía aseguradora, en caso que practique la liquidación del siniestro en forma directa, deberán emitir dentro del más breve plazo el informe de liquidación, no pudiendo exceder de 45 días corridos contados desde la fecha del denunciado del siniestro, a excepción de los siguientes casos:

(i) 180 días corridos para siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de avería gruesa; y (ii) 90 días corridos para siniestros que correspondan a contratos de seguros individuales sobre riesgos del primer grupo en que el monto de la prima anual sea superior a 100 UF.

7. Prórroga del plazo de liquidación

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales periodos, informados los motivos que la fundamentan e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados y fijar un plazo para entregar 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 25 a 28 del Reglamento de Auxiliares de Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N°1055, 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.

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131329

TITULO I: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO ARTICULO N° 1: Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o beneficiario.

TITULO II: COBERTURAS Y MATERIA ASEGURADA ARTICULO N° 2: Las coberturas de que da cuenta esta Póliza podrán ser contratadas en forma conjunta, separada e indistintamente.

2.1 Muerte Accidental La compañía aseguradora pagará al beneficiario el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza una vez acreditado el fallecimiento del asegurado, previa deducción de cualquiera obligación a favor de la compañía, como consecuencia directa de un accidente. Para efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más 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 en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes correspondientes.

2.2 Invalidez Total y Permanente por Accidente La compañía aseguradora pagará al asegurado el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encuentre dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanente. Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad total y permanente, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluada 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. **ARTICULO N° 3:** Se considera asegurado y contratante para efecto de esta Póliza, las personas que se encuentren individualizadas en las Condiciones Particulares de esta póliza. Los beneficiarios podrán ser designados por el contratante o el asegurado en las Condiciones Particulares de esta póliza, a falta de designación los beneficiarios serán sus herederos legales por partes iguales.

TITULO III: EXCLUSIONES ARTICULO N° 4: Este seguro no cubre el riesgo de fallecimiento o invalidez del Asegurado, cuando estos se produzcan a consecuencia de algunas de las siguientes situaciones:

- a) Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- b) Participación por el asegurado o beneficiario en cualquier acto calificado como delito, en calidad de autor, cómplice o encubridor.

TITULO IV: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO ARTICULO N° 5: Es obligación del asegurado pagar la prima convenida, según las condiciones establecidas en las Condiciones Particulares del seguro, y declarar al momento de la contratación de manera veraz la información que solicite la Compañía Aseguradora con el fin de evaluar el riesgo propuesto.

TITULO V: DECLARACIONES DEL ASEGURADO ARTICULO N° 6: DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE Y ASEGURADOS La veracidad de las declaraciones, que formule el contratante o las personas aseguradas por esta póliza, sea en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios, cuando estos correspondan, constituyen condición de validez de la póliza. (Ref. artículo 524 n°1, Código de Comercio) Cualquier reticencia, omisión, declaración falsa, inexacta o errónea del asegurado o contratante, según corresponda, relativa a la edad o estado de salud, de las personas amparadas por esta póliza, que puedan influir en la apreciación del riesgo, faculta a la compañía de seguros para poner término anticipado a la póliza o a la cobertura de los asegurados y rechazar el pago de la indemnización reclamada. La compañía de seguros podrá exigir la restitución de los gastos en que ella haya incurrido, cuando los asegurados hayan recibido coberturas fundamentadas en documentos falsos o adulterados u otorgados a personas no cubiertas en el contrato. La no restitución de dichos gastos producirá el término de la cobertura.

TITULO VI: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE PRIMA ARTICULO N° 7: La prima será pagada por el asegurado, conforme a los requisitos del medio de pago acordado, y a la forma y modalidades establecidas en las condiciones particulares de ésta póliza. (Ref. Artículo 524 n° 3, Código de Comercio) Vencida la póliza o verificada la muerte del Asegurado, cesará la obligación de pago de las primas. Tratándose de un siniestro de invalidez, serán devueltas por la Compañía al asegurado, todas las primas que se hubiesen pagado durante el desarrollo del procedimiento de liquidación. **ARTICULO N° 8:** Se concede un plazo de gracia, que será el

señalado en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza para el pago de las primas, cualquiera que haya sido el medio de pago convenido. Durante el plazo de gracia, la póliza permanecerá vigente. Si el asegurado fallece estando vigente el plazo de gracia, el total adeudado por concepto de primas, se deducirá del capital a pagar por el asegurador. De igual se forma se procederá ante una invalidez. ARTÍCULO N° 9: TÉRMINO ANTICIPADO DE LA PÓLIZA 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. ARTICULO 11°: TERMINO DEL SEGURO El asegurado podrá poner término al seguro en cualquier momento mediante comunicación al asegurador, en cuyo caso tendrá derecho sólo a la proporción de la prima contratada que comprende al período efectivamente cubierto por el seguro. El seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares, por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia indicada en la póliza o por la pérdida de la calidad de asegurado de conformidad a lo establecido en las condiciones particulares. El Asegurador, a su vez, podrá poner término al contrato, con expresión de causa, previo envío de comunicación al domicilio o correo electrónico del asegurado. Este aviso deberá enviarse al menos 30 días antes de la fecha de terminación. El Asegurador se reserva el derecho a no renovar el contrato en la fecha de término. (Ref. Artículo 537, Código de Comercio) El Asegurador, podrá terminar el contrato en caso de concurrir en cualquiera de las siguientes causales:

- 1.- Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro.
- 2.- Cuando el asegurado hubiese omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la compañía aseguradora, o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas. En estos casos, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado esta póliza Si se han convenido coberturas adicionales, las partes no podrán ponerles término en forma separada de la cobertura principal sino poniendo término al contrato en su totalidad, salvo que sea de común acuerdo.

TITULO IX: COMUNICACIÓN ARTICULO 12° Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el Asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior, si el asegurado hubiere proporcionado un correo electrónico, todas las comunicaciones podrán realizarse a través de este.

TITULO X: OTROS ARTICULO N° 13: VIGENCIA La vigencia de la póliza y de las coberturas contratadas serán las que se especifiquen en las Condiciones Particulares o en la respectiva Solicitud de Incorporación/Certificado de Cobertura para cada uno de los Asegurados en particular. ARTICULO N° 14: ARBITRAJE Toda dificultad que se suscite entre las partes, en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquiera indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la Justicia Ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro. En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria. (Ref. Artículo 543, Código de Comercio) No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

Este documento ha sido firmado Digitalmente, de acuerdo a la normativa vigente.
Certificado para Firma Digital Avanzada Resolución exenta N° 650 del 21 de Octubre de 2004, Subsecretaría de Economía Fomento y Reconstrucción.



SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

Representante Legal