PROPUESTA/CERTIFICADO DE COBERTURA
N° [10030]
SEGURO DE ACCIDENTE PERSONALES CON ASISTENCIA EN VIAJE
PLAN BÁSICO PÓLIZA COLECTIVA N° [9960]
CHUBB SEGUROS CHILE S.A.
RUT: 99.225.000-3

[10060] / [10070] FECHA SOLICITUD: [9510]

1. INTERMEDIACIÓN
Corredor: CAT Corredora de Seguros y Servicios S.A.
RUT: 77.218.570-7
Comisión Corredor: 28,00% de la prima neta IVA INCLUIDO

2. ASEGURADOR
CHUBB SEGUROS CHILE S.A.
RUT: 99.225.000-3

3. CONTRATANTE:
CAT ADMINISTRADORA DE TARJETAS S.A..
RUT: 99.500.840-8

4. IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE Y ASEGURADO TITULAR (TITULAR [10700])
Nombre Titular: [9233] [9231] [9232]
RUT Titular: [9220]
Mail: [9330]

5. IDENTIFICACION DE LOS ASEGURADOS ADICIONALES

[10007]
[9500]

"LA CONTRATACIÓN DE ESTOS SEGUROS ES VOLUNTARIA Y NO ES CONDICIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE OTRO PRODUCTO O SERVICIO DE LA TIENDA"

6. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

Edad mínima de ingreso	: 8 Días
Edad Máxima de ingreso	: 75 años 364 días
Edad máxima de cobertura	: 75 años 364 días

7. PLAN CONTRATADO

Plan Contratado	: [9700]
Forma de Pago	: [9890]
Prima Única	: UF [9715]

El valor de las primas se expresará en UF y se cobrarán en pesos ($). La indemnización a pagarse se expresará en UF de acuerdo al equivalente en pesos ($) que tenga dicha unidad monetaria al día de pago efectivo de cada obligación. El pago de la prima será único y anticipado al inicio del viaje, de acuerdo al plan contratado.
Si el asegurado renuncia al seguro antes de la fecha de inicio de vigencia del viaje, tendrá derecho a la devolución del 100% de la prima.
Para efectos de este seguro no cubre en los siguientes países: Irán, Siria, Corea del Norte, Sudán del Norte y Cuba.

8. VIGENCIA:

Rige Desde: [9530] Rige Hasta: Desde inicio de vigencia hasta cantidad máxima de días del tramo.

Regirá hasta las 00:00 hrs del último día de vigencia.

El siguiente cuadro, detalla el monto que se cobrara como prima única, de acuerdo al tramo de días que dure el viaje:
1 ASEGURADO

PLAN BASICO															
TRAMOS	1 ASEGURADO			2 ASEGURADOS			3 ASEGURADOS			4 ASEGURADOS			5 ASEGURADOS		
	PRIMA NETA UF	IVA	PRUMA BRUTA EN UF	PRIMA NETA UF	IVA	PRUMA BRUTA EN UF	PRIMA NETA UF	IVA	PRUMA BRUTA EN UF	PRIMA NETA UF	IVA	PRUMA BRUTA EN UF	PRIMA NETA UF	IVA	PRUMA BRUTA EN UF
1-8 días	0,4305	0,0818	0,5123	0,6959	0,1322	0,8281	0,8713	0,1655	1,0368	1,0466	0,1989	1,2455	1,2220	0,2322	1,4542
9-15 días	0,6106	0,1160	0,7266	1,0110	0,1921	1,2031	1,2614	0,2397	1,5011	1,5118	0,2873	1,7991	1,7622	0,3348	2,0971
16-22 días	0,8610	0,1636	1,0245	1,3018	0,2473	1,5491	1,6075	0,3054	1,9129	1,9282	0,3664	2,2946	2,2640	0,4302	2,6941
23-30 días	1,0260	0,1949	1,2210	1,5569	0,2958	1,8527	1,9376	0,3681	2,3058	2,3184	0,4405	2,7589	2,7142	0,5157	3,2299
31-45 días	1,6366	0,3110	1,9475	2,4928	0,4736	2,9665	3,0790	0,5850	3,6640	3,6952	0,7021	4,3973	4,3114	0,8192	5,1305
46-60 días	1,9020	0,3614	2,2634	2,8886	0,5488	3,4375	3,5901	0,6821	4,2723	4,2917	0,8154	5,1071	5,0232	0,9544	5,9776
61-90 días	3,9484	0,7502	4,6986	5,9911	1,1383	7,1294	7,4185	1,4095	8,8280	8,8760	1,6864	10,5624	10,3784	1,9719	12,3503
91-120 días	6,7001	1,2730	7,9732	10,8043	2,0528	12,8571	15,6587	2,9751	18,6338	18,1121	3,4413	21,5534	20,6406	3,9217	24,5623
121-180 días	9,4575	1,7969	11,2544	15,2685	2,9010	18,1695	22,1150	4,2018	26,3168	25,6001	4,8640	30,4641	29,1752	5,5433	34,7185
181-365 días	15,1785	2,8839	18,0624	24,5346	4,6616	29,1962	35,5414	6,7529	42,2943	41,1611	7,8206	48,9817	46,9308	8,9168	55,8476

Este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones nos prohíban proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la póliza no se modifican.
AVISO DE APLICABILIDAD DE LAS NORMAS DE SANCIONES DE EE.UU
Los asegurados y corredores deben ser notificados, siempre que corresponda, de que las entidades de la aseguradora pueden estar sujetas a las leyes y regulaciones de sanciones de estados unidos. Esta condición podrá cumplirse mediante un aviso al asegurado o su corredor o agente, en el siguiente sentido: La aseguradora es una subsidiaria de una compañía de EE.UU y Chubb Limited, es una entidad que cotiza en la bolsa de nueva york. Por consiguiente, la aseguradora está sujeta a ciertas leyes y regulaciones (además de las restricciones de sanciones de la unión europea, las naciones unidas y nacionales) de estados unidos que pueden prohibir la prestación de cobertura o el pago de siniestros a determinadas personas o entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con determinados países como Irán, Siria, Corea del Norte, Sudán del Norte y Cuba.
IMPORTANTE:

- La cobertura del seguro y su asistencia comienza con el inicio de viaje del asegurado de acuerdo al plan contratado.
- No existirá cobertura del seguro y su asistencia por la compra efectuada por un tercero o titular del seguro, después de iniciado el viaje del asegurado.
- Sólo cubre viajes que comiencen desde el territorio nacional.
- Para hacer uso de la asistencia en el extranjero por enfermedad y/o accidente tienes los siguientes medios de contacto:

  1. Llamar vía cobro revertido al +56 2 29418955.
  2. Enviar un correo a: axachile@axa-assistance.cl, indicando un número de teléfono para que te devuelvan el llamado.

3. O enviar un Whatsapp para que te contacten al +56 950145167.

9. COBERTURAS ASEGURADO TITULAR Y ADICIONALES:

Cobertura	MONTO ASUGURADO (UF)	Condicionado (CMF)
Incapacidad Total y Permanente 2/3 por Accidente	UF 350	POL 3 2019 0165 Alternativa C.

El capital Asegurado es por persona y se expresará en Unidades de Fomento

SERVICIOS ASISTENCIA EN VIAJE PLAN BASICO PARA CADA ASEGURADO:

SERVICIOS	PLAN BASICO LIMITE MAXIMO
Asistencia Médica por Accidentes, hasta	USD 10.000
Asistencia Médica por Enfermedad, hasta	USD 10.000
Asistencia Médica para Enfermedades preexistentes, hasta	USD 500
Extensión de cobertura por Hospitalización al termino de vigencia, hasta	USD 500
Gastos Odontológicos de urgencia, hasta	USD 500
Gastos por Medicamentos Recetados, hasta	USD 500
Gastos de Hotel por convalecencia	USD 50 por día-máximo USD 250
Traslado y Repatriación Sanitaria	Sin Límite
Repatriación de Restos Mortales	Sin Límite
Acompañamiento de menores	Equivalente a Clase turista
Traslado de un Familiar en caso de Hospitalización	Equivalente a Clase turista
Estadía de un Familiar en caso de Hospitalización, hasta	USD 50 por día-máximo USD 250
Localización de Equipaje Extraviado	Incluido
Reembolso de gastos por vuelo demorado por más de 6 horas, hasta	USD 50
Compensación por Demora de Equipaje por más de 24 horas, hasta	USD 50
Compensación por pérdida de equipaje complementaria a línea aérea (USD 60 X kG.), hasta	USD 500
Reembolso de Gastos por Cancelación de Viaje, hasta	USD 500
Interrupción de viaje (regreso anticipado), hasta	USD 500
Anticipo de fondos por honorarios Legales, hasta	USD 1.500
Anticipo de fondos para Fianza, hasta	USD 2.500
Transferencia de Fondos en caso de Urgencia Justificada, hasta	USD 2.500
Asistencia en caso de Extravío de Documentos	Incluido
Servicio de Información 24 horas de viaje	Incluido
Servicio Concierge: Reservas de entradas, restaurantes, hotel, vehículos y viajes en todo el mundo (costos cargo del cliente)	Incluido
Ámbito de cobertura	Internacional, excepto Europa
Límite máximo de edad, hasta	75 años y 364 días

10. DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS.

a) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE.
Esta cobertura cubre el riesgo de incapacidad por accidente de un asegurado, según lo señalado en el artículo Nro. 3 de las Condiciones Generales POL 3 2019 0165 Alternativa C.
Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente dos tercios, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980.

b) BENEFICIO ASISTENCIA EN VIAJE
Mediante este beneficio, la compañía se obliga a prestar asistencia a las personas aseguradas con residencia permanente en chile, por contingencias que les ocurran en los viajes al extranjero, cubiertos durante la vigencia de la póliza. Para los efectos de este seguro se entiende por asistencia el financiamiento de los gastos y la prestación de los servicios que como cobertura del seguro se incluyen en la póliza, todo ello sujeto a los límites establecidos en las respectivas condiciones particulares. 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. Esta no es una asistencia de reembolso o indemnización. **Para hacer uso de la asistencia en el extranjero y antes de realizar cualquier acción, debes llamar vía cobro revertido al número: (56-2) 29418955 o enviar un e-mail a axachile@axa-assistance.cl indicando un número telefónico para llamarlo de inmediato ya que este medio aplica solo para activar su asistencia, no para coordinar.**

<u>Coberturas por plan:</u>
1) Asistencia médica por accidente y/o enfermedad del Asegurado en el extranjero:
En el caso de lesión o enfermedad del Asegurado en el extranjero, la empresa de asistencia sufragará los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, los honorarios médicos y los productos farmacéuticos prescritos por el facultativo que le atienda. El límite máximo de esta prestación por Asegurado, por todos los anteriores conceptos, y por viaje, será el indicado según el plan contratado.
Se incluye dentro de la cobertura de Asistencia Médica, los gastos médicos derivados de la enfermedad por Covid-19. Respecto a esta enfermedad, se cubrirá si y sólo sí, a beneficiarios residentes en Chile que se encuentren viajando al extranjero (fuera de Chile), siempre y cuando lo hagan por países cuyas fronteras estén abiertas, cumpliendo las restricciones de viaje o ingreso, establecidas por el o los países de destino, como también las medidas y procedimientos sanitarios relacionadas a Covid-19 establecidos por el gobierno de cada país.
2) Asistencia médica para enfermedades preexistentes: la empresa de asistencia sufragará la primera consulta clínica en caso de enfermedades preexistentes, hasta los montos especificados en su plan contratado.
3) Extensión de cobertura por Hospitalización al término de vigencia: En el caso de hospitalización por lesión o enfermedad del Asegurado supere los días contratados para esta prestación, la empresa de asistencia extenderá la cobertura hasta un plazo máximo de 7 días por sobre el periodo contratado.
4) Gastos odontológicos de urgencia: La empresa de asistencia se hará cargo de los gastos por atención odontológica, en caso de dolor agudo, infección o cualquier otro imprevisto. La atención odontológica estará limitada únicamente a la mitigación del dolor y/o extracción de la pieza dentaria y no podrán exceder los montos indicados según el plan contratado.
5) Gastos por medicamentos recetados: Si el médico tratante receta medicamentos, en el caso de consulta médica ambulatoria, se indica al Asegurado 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
6) Gastos de Hotel por convalecencia: la empresa de asistencia satisfará los gastos de hotel del Asegurado cuando por lesión o enfermedad y por prescripción médica dispuesta por el facultativo que lo atienda, 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 y Repatriación Sanitaria:
La empresa de asistencia financiará los gastos de traslado del Asegurado, en ambulancia o en el medio que considere más idóneo el facultativo que lo atienda, hasta el Centro Hospitalario adecuado o hasta su domicilio habitual. El equipo médico de la empresa de asistencia atendrá los contactos necesarios con el Centro Hospitalario o facultativo que atienda al Asegurado para supervisar que el transporte o repatriación sea el adecuado.
8) Transporte o repatriación de Restos Mortales: En caso de fallecimiento de uno de los Asegurados durante el viaje, la empresa de asistencia efectuará los trámites necesarios para el transporte o repatriación del cadáver y asumir los gastos de traslado para su inhumación en Chile. En el mismo evento, la empresa de asistencia sufragará los gastos de traslado de los restantes acompañantes hasta su respectivo domicilio o hasta el lugar de inhumación, siempre que no le fuera posible emplear el mismo medio de transporte utilizado para el viaje.
Si alguno de dichos acompañantes fuera menor de 15 años y no tuviera quién le acompañase, la empresa de asistencia proporcionará la persona adecuada para que le atienda durante el traslado.
9) Acompañamiento de menores: Si el Asegurado viajara como única compañía de un menor de 15 (quince) años, siendo también este Asegurado adicional de una asistencia en viaje de la empresa de asistencia y se encontrara imposibilitado para ocuparse de el a causa de un accidente o enfermedad, la empresa de asistencia coordinara el desplazamiento de un acompañante, a su exclusivo criterio, para que acompañe al menor de regreso a Chile
10) Traslado de un familiar en caso de Hospitalización: En caso de que la hospitalización del Asegurado fuese superior a 8 días, la empresa de asistencia satisfará a un familiar el importe del viaje de ida y vuelta al lugar de hospitalización
11) Estadía de un familiar en caso de Hospitalización: En caso de que la hospitalización del Asegurado fuese superior a 8 días, la empresa de asistencia satisfará a un familiar los gastos de estadía de acuerdo al valor por día y sujeto al máximo del plan contratado
12) Localización y transporte de los equipajes: La empresa de asistencia asesorará al Asegurado para la denuncia del robo o extravío de su equipaje y efectos personales y colaborará en las gestiones para su localización. En caso de recuperación de dichos bienes, la empresa de asistencia se encargará de su expedición hasta el lugar del viaje previsto por el Asegurado o hasta su domicilio habitual.
13) Rembolso de gastos por vuelo demorado por más de 6 horas: En caso que hubiera una demora superior a 6 horas del vuelo regular, la empresa de asistencia rembolsará al Asegurado los gastos en que deba incurrir y que se encuentren debidamente acreditados con los justificativos correspondientes, hasta el monto máximo indicado según el plan contratado.
14) Compensación por Demora de equipaje por más de 24 horas: En caso que el equipaje del Asegurado se extraviara durante el viaje en vuelo regular y no fuese recuperado totalmente dentro de las 24 horas siguientes a la llegada a destino, la empresa de asistencia abonará al asegurado la cantidad indicada según el plan contratado a fin de que se provea de los elementos de uso personal que necesitare.
15) Compensación complementaria a línea aérea por pérdida de equipaje: Si el Asegurado 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 la empresa de asistencia o por el transportista, la empresa de asistencia entregará al Asegurado una compensación económica de USD 60 (sesenta) por kilogramo perdido hasta un monto máximo según el plan contratado por Asegurado y por evento que incluyen 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 Asegurado 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, el Asegurado haya informado a una de las centrales de alarma de la empresa de asistencia.
g) Que la pérdida del equipaje despachado sea total, es decir, funciona sobre bulto completo. Tampoco 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.
Se deja constancia que, teniendo esta compensación económica acordada por la empresa de asistencia 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) Reembolso de gastos por cancelación de viaje.

La empresa de asistencia rembolsará al Asegurado la pérdida irrecuperable de depósitos o gastos pagados por anticipado de acuerdo a las condiciones del contrato suscrito por el Asegurado con la Agencia de Viajes y/o Operador Turístico, siempre que la cancelación del viaje se produzca en forma necesaria e inevitable a consecuencia de:
a) Muerte, accidente o enfermedad grave que imposibilite la iniciación y/o prosecución del viaje del Asegurado,
b) Muerte o internación hospitalaria por más de 3 días por accidente o enfermedad declarada en forma repentina y de manera aguda del cónyuge, padres, hermanos o hijos del Asegurado, o
c) Cuando el Asegurado recibiese notificación fehaciente para comparecer ante la justicia, debiendo haber recibido dicha notificación con posterioridad a la contratación del viaje o haya sido declarado en cuarentena por la autoridad sanitaria competente con posterioridad a la contratación del viaje. La compensación máxima por cualquiera de las causas mencionadas será según el plan contratado, por viaje aéreo o terrestre, o los equivalentes en la moneda que el Asegurado hubiera pagado. La cobertura de cancelación de viaje rige desde el momento en que el Asegurado contrata el viaje en Chile y hasta la finalización del mismo
La compensación por esta cobertura no será aplicable cuando la cancelación o interrupción se produzca como consecuencia de:
a) Enfermedades crónicas o preexistentes padecidas con anterioridad a la fecha de contratación del viaje.
b) Accidentes causados directa o indirectamente por la práctica de deportes peligrosos tales como alpinismo, esquí fuera de pistas reglamentarias, esquí acuático, automovilismo, motociclismo competitivo, boxeo, paracaidismo y todo otro ejercicio o prueba atlética o de acrobacia o que tenga por objeto pruebas de carácter excepcional o mientras participe en viajes o excursiones a zonas inexploradas.
c) Participación en empresa criminal.
d) Heridas que el Asegurado se hubiere infligido a sí mismo.
e) Alcoholismo.
f) Uso de drogas, drogadicción o utilización de medicamentos sin orden médica.
g) Embarazo, salvo que se hubiera comprobado después de la contratación del viaje.
h) Cualquier tipo de enfermedad mental.
i) Personas de más de 75 años y 364 días de edad a la fecha de contratación del viaje

17) Interrupción de viaje, Regreso Anticipado:

Desplazamiento del Beneficiario por interrupción del viaje debido al fallecimiento de un familiar:

La empresa de asistencia abonará los gastos de desplazamiento del Asegurado cuando tenga que interrumpir el viaje por fallecimiento en Chile del cónyuge o un familiar hasta el 2° 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.

Desplazamiento urgente por la ocurrencia de siniestro en el domicilio del Beneficiario:

La empresa de asistencia sufragará los gastos de desplazamiento urgente del Asegurado hasta su domicilio, debido a 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

18) Anticipo de fondos por honorarios legales:

En caso de arresto o detención de un Asegurado, la empresa de asistencia pondrá a su disposición un abogado para que se haga cargo de su defensa civil o criminal.

La empresa de asistencia 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 Asegurado algún tipo de aval, garantía o depósito que le asegure el cobro del anticipo.

19) Anticipo de fondos para fianzas:

En caso de arresto o detención de un Asegurado, la empresa de asistencia hará los arreglos necesarios para otorgar el depósito de garantía hasta un máximo de USD 2.500 o de su equivalente en moneda local, con el fin de obtener la libertad provisional del Asegurado. Queda excluida cualquier reclamación que se derive de un riesgo ocupacional o de implicaciones en cualquier acción criminal. Previamente al desembolso el Asegurado 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. La empresa de asistencia se reserva el derecho a solicitar del Asegurado algún tipo de aval, garantía o depósito que le asegure el cobro del anticipo.

20) 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, la empresa de asistencia adelantará al Asegurado, 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 la empresa de asistencia se reserva el derecho a solicitar del Asegurado algún tipo de aval, garantía o depósito que le asegure el cobro del anticipo.

21) Asistencia en caso de extravío de documentos:

En caso de pérdida o robo de un documento esencial para la continuación del viaje del Asegurado (ej. Pasaporte, visado, pasaje de avión) la empresa de asistencia proporcionará al Asegurado 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.

22) Servicio de información 24 horas de viaje:

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

23) Transmisión de mensajes urgentes:
La empresa de asistencia se encargará de transmitir los mensajes urgentes y justificados del Asegurado, relativos a cualquiera de los eventos que dan origen a las prestaciones a que se refiere este servicio.
24) Servicio de Concierge: Servicio diseñado para optimizar tu tiempo y hacer todo más fácil, imagine este servicio como su propio asistente personal, ideal para:
- Reservar entradas para tus espectáculos, eventos deportivos y artísticos en el exterior de su país.
- Reserva de hoteles y vehículos de alquiler en el exterior de su país.
- Restaurantes: información y reservas en restaurantes de cualquier parte del mundo, asesoramiento de tipos de comidas y niveles de precios.
- Los costos de estos servicios serán de cargo del Beneficiario.

CONDICIONES: Las coberturas indicadas en esta póliza terminarán automáticamente cuando ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:
a) Pérdida de la condición de asegurado, de conformidad con los términos previstos en el Artículo 2° de las Condiciones Generales de Póliza Colectiva de Accidentes.
b) Pago del beneficio o indemnización en los términos previstos en la presente.
c) Que haya trascurrido el plazo pactado de vigencia de la cobertura

11. DEDUCIBLE
Esta propuesta de seguro no posee asignación de deducible

12. EXCLUSIONES
a) Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente 2/3 por Accidente
Las indicadas en las condiciones generales según Artículo N° 5 POL 3 2019 0165 dentro de las cuales se destacan las siguientes:
i. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del Estado.
ii. Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente por sentencia ejecutoriada que se ha tratado de legítima defensa.
iii. Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución,
sublevación, asonada, motín, conmoción civil, subversión incluidos los actos terroristas entendiéndose por
acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
iv. Suicidio o intento del mismo, intoxicaciones, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
v. **Eliminado por Condicionado Particular**
vi. **Eliminado por Condicionado Particular**
vii. Encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
viii. **Eliminado por Condicionado Particular**

ix. Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
x. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el
Servicio Sismológico del Departamento de Geofísica de la Universidad de Chile, o del servicio que en el futuro lo reemplace.
xi. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
xii. Infecciones debidas a gérmenes, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. Esta exclusión no se aplica a las alternativas de cobertura F, G.- y H.- del articulo N°3 de este Condicionado General.
xiii. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
xiv. Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.
xv. Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
xvi. Exámenes médicos de rutina.
xvii. Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
xviii. Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa. Estados de demencia, deficiencia mental o perturbaciones del conocimiento.
xix. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
xx. Una infección oportunística, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la
Salud. - Infección Oportunística incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis
Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada. -
Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso
Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida. - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano).
xxi. Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.
xxii. Enfermedades, lesiones o condiciones médicas preexistentes, según lo definido en el articulo
4° N°3 precedente. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la
Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las
Condiciones Particulares y en el certificado de cobertura se establecerán las restricciones y limitaciones de
a cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable o la exclusión de las enfermedades preexistentes declaradas.
xxiii. Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza.
xxiv. Todo tipo de tratamientos por obesidad, salvo en aquellos casos calificados como "obesidad mórbida", de acuerdo a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
xxv. Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.

xxvi. Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
xxvii. Epidemias oficialmente declaradas.
xxviii. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.
xxix. **Eliminado por Condicionado Particular**
xxx. **Eliminado por Condicionado Particular**
xxxi. Motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
xxxii. No se proporcionará cobertura ni el asegurador será responsable de pagar ninguna reclamación o siniestro o de proporcionar ningún beneficio aquí señalado, en la medida en que la disposición de dicha cobertura, el pago de dicha reclamación siniestro o la disposición de dicho beneficio exponga al asegurador a cualquier sanción económica y comercial, ley o regulación aplicable. d

b) Para la Asistencia en Viajes:
Quedan excluidas las Situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes realizados por los Usuarios 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 la empresa de asistencia, los Usuarios tendrán derecho a ser reembolsados por la empresa de asistencia solamente cuando hayan recibido previa autorización de la empresa de asistencia.
Quedan excluidos de la cobertura, las Situaciones de Asistencia que se produzcan, total o parcialmente, como consecuencia directa o indirecta de:
a) 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 Usuario en actos criminales.
c) La participación del Usuario en combates, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
d) La práctica de deportes como profesional o, no siendo profesional, la participación en competiciones oficiales o exhibiciones programadas.
e) La participación del Usuario en carreras de caballos, bicicletas, automóviles, motocicletas o cualquier clase de carrera o exhibición.
f) Las prótesis, cualesquiera que sea su naturaleza.
g) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente producido por combustibles nucleares.
h) Embarazo, maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
i) Enfermedades mentales o trastornos psicológicos.
j) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
k) 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.
l) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
m) El pago de multas o sanciones administrativas.
n) Erupciones volcánicas, terremotos, inundaciones, maremotos, hundimientos, huracanes, ciclones o tornados.
ñ) Chequeos, exámenes de rutina, curas de sueño, tratamientos kinésicos.
o) Desempeñarse el Usuario como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la empresa de asistencia.
p) Cualquier solicitud de asistencia para compras del producto realizadas por el asegurado o un tercero después de la fecha de inicio del viaje del asegurado.

13. PROCEDIMIENTO DE DENUNCIO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE ASISTENCIA

I) Para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente 2/3 por Accidente:
Se considerará siniestro la incapacidad total y permanente 2/3 por accidente, según Condiciones Generales de la cobertura. El asegurado deberá informar a la compañía acerca de la ocurrencia del siniestro tan pronto sea posible. Los antecedentes que se requieren para evaluar y liquidar un siniestro son:
- Parte Policial y/o reporte del accidente por una institución policial de país donde se produjo el accidente
- Atención de Urgencia

Para hacer uso de la asistencia en el extranjero y antes de realizar cualquier acción, debes llamar vía cobro revertido al número: (56-2) 29418955 o whatsapp +54-911-57298392 (diseñado solo para el contacto inicial, no para la tramitación del caso), también puede enviar un e-mail a medical@axa-assistance.com.ar indicando un número telefónico para llamarlo de inmediato ya que este medio aplica solo para activar su asistencia, no para coordinar.

II) Para la Asistencia en Viaje
Es obligación del usuario que en caso de producirse una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción o cualquier pago, el usuario deberá llamar a la central de alarma de la empresa de asistencia al número **(56-2) 29418955 o whatsapp +54-911-57298392 (diseñado solo para el contacto inicial, no para la tramitación del caso), también puede contactarnos al e-mail medical@axa-assistance.com.ar** y proporcionar los siguientes datos:

- Nombre y cédula nacional de identidad.
- Número de póliza, si el Usuario lo conoce, así como el Periodo de vigencia del viaje.
- Lugar en que se encuentra en ese momento y el número de teléfono en el que la empresa de asistencia podrá contactar al Usuario o a su representante.
- Descripción del problema o la dolencia que le aqueje, y del tipo de ayuda que necesite

Antes de prestar asistencia la empresa de asistencia podrá comprobar la veracidad de los datos anteriores.
El Equipo Médico de la empresa de asistencia tendrá libre acceso a la historia clínica del Usuario para enterarse de su condición. Si el Usuario negare dicho acceso sin justificación razonable, se entenderá que el Usuario renuncia a su derecho de recibir asistencia médica.

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

14. OBLIGACIONES DEL USUARIO Y OTRAS DISPOCISIONES GENERALES PARA LA ASISTENCIA

I) Falta de Notificación a la empresa de asistencia.

a) Situación de vida o muerte: No obstante cualquier otra disposición de estas condiciones generales, en caso que peligre su vida, el usuario 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 la empresa de asistencia con el fin de proporcionar la información apropiada.
b) Hospitalización sin previa notificación a la empresa de asistencia: En caso de Enfermedad o Accidente que implique la hospitalización del Usuario sin previa notificación a la empresa de asistencia, el Usuario o su representante, tan pronto como sea posible, deberán ponerse en contacto con la central de alarma de la empresa de asistencia En el caso en que dicho contacto no fuera efectuado en el plazo de tres días a partir del momento de la hospitalización, la empresa de asistencia considerará al Usuario como responsable de los costos y gastos suplementarios ocasionados por dicho retraso.
II) Traslado médico y repatriación:
Si el Beneficiario solicita su traslado médico o repatriación, deberá cumplir con las normas siguientes:
a) Con el fin de ayudar a la empresa de asistencia 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 la empresa de asistencia, del médico de cabecera.
b) En cada caso, la empresa de asistencia, de acuerdo con el Médico que atiende al Beneficiario, decidirá la fecha y el medio de transporte adecuado para la repatriación.
c) En caso de que la empresa de asistencia 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.

III) 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 Usuario haya podido ponerse en contacto con la central de alarma de la empresa de asistencia, la solicitud de reembolso de estos gastos deberá ser presentada a la empresa de asistencia para su aprobación junto con los documentos siguientes:
a) Certificado médico establecido por el Médico que ha tratado al Usuario.
b) Facturas originales de honorarios, gastos de medicinas, etc.
c) Los eventuales recibos de reembolso del seguro médico del Usuario.
Para que dicha reclamación sea válida, el Usuario deberá ponerse en contacto con la central de alarma de la empresa de asistencia, dentro de los 10 (diez) días siguientes a la fecha del evento, a menos que pueda justificar que no le fue posible a él o a sus familiares, cumplir este requisito.
IV) Limitación: En cuanto se produzca una Situación de Asistencia, el Usuario deberá tomar todas las medidas necesarias para limitar sus consecuencias.

V) Limitación para Reembolsos: El Usuario no tendrá derecho a reembolso por cualquier gasto cubierto por este contrato sin acuerdo previo de la empresa de asistencia salvo lo previsto en los casos de emergencia descritos.
VI) Fuerza Mayor: la empresa de asistencia 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 la empresa de asistencia cumplir sus obligaciones
VII) Responsabilidad: La mayor parte de los proveedores de los servicios asistenciales son contratistas independientes y no empleados de la empresa de asistencia, y la empresa de asistencia 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 Usuario toma como agentes directos suyos a las personas y/o profesionales designados por la empresa de asistencia para su asistencia, sin recurso de naturaleza alguna contra la empresa de asistencia. 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 la empresa de asistencia a un Usuario.
VIII) Declaración: El uso del Servicio de Asistencia implica la conformidad del Usuario con el presente Certificado de Cobertura por lo que, al usarlo, el Usuario automáticamente declara aceptar sus términos y condiciones.
IX) Marco Jurídico de Responsabilidad: la empresa de asistencia 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 la empresa de asistencia, si corresponde, al Usuario, 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 la empresa de asistencia son tenidos como agentes directos del usuario, sin recurso de naturaleza alguna contra la empresa de asistencia y/o el Contratante en razón de tal designación.

15. AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Para todos los efectos de esta póliza las partes han acordado no aplicar la agravación del riesgo asegurado regulada en el art 526 del código de Comercio, por lo cual dejan sin efecto el Artículo 7° de la POL 3 2019 0165.

16. CENTRO DE ATENCIÓN DEL ASEGURADO

CAT Corredora de Seguros y Servicios S.A. ha dispuesto para sus clientes un Servicio de Atención al Cliente, cuyo objetivo principal es responder las consultas y reclamos de los mismos. Los clientes podrán acceder a este Servicio de Atención al Cliente de diversas maneras, a saber:

- **De manera presencial:** para lo cual deberá acercarse a cualquiera de los módulos de seguros y servicios que se encuentran en las Tiendas Paris y Supermercados Jumbo habilitados.
- **Por vía telefónica:** en este caso deberá llamar al teléfono 6005005000, que ha sido especialmente dispuesto al efecto, donde un ejecutivo debidamente capacitado lo atenderá.

El Call Center estará disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana

17. ARBITRAJE

Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. 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.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro el del domicilio del beneficiario. No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o los Asegurados, según corresponda, podrán, por sí solos y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la Compañía Aseguradora 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, o en la disposición equivalente que se encuentre vigente a la fecha en que se presente la solicitud de arbitraje.

18. COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, especialmente aquella que se refiere el artículo 517 del Código de Comercio, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esta forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

19. INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de Noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios. Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

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

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), 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.

<

20. INFORMACIÓN DEL SISTEMA DE AUTORREGULACIÓN EN CONTRATO DE SEGUROS.
Chubb Seguros Chile S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Practicas de las Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes. Copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de Chubb Seguros Chile S.A. y en www.aach.cl. Asimismo ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presentan reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Chubb Seguros Chile S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl

21. ACUERDO COMITÉ RETAIL FINANCIERO
CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A., se encuentra adherida voluntariamente al Grupo Retail Seguros y sujeta a su Acuerdo de Autorregulación publicado en www.retailseguros.org, cuyo propósito es mejorar el estándar de calidad en la promoción, venta y atención de seguros en el Retail.

22. DERECHO A RETRACTO
Este seguro cuenta con una Garantía de Satisfacción en virtud de la cual se devuelve el total de las primas pagadas en caso de que usted se retracte de su contratación. El plazo para hacer efectiva esta garantía es de 35 días contados desde la fecha en que el asegurado reciba la póliza. Este derecho deberá manifestarse por escrito en cualquiera de los Módulos de Seguros ubicados en las Tiendas Paris o Supermercados Jumbo a lo largo del País, o llamar al teléfono 6005005000, para que se les indiquen los pasos a seguir.

23. NOTAS Y OBSERVACIONES:
IMPORTANTE: "Usted está solicitando su incorporación como Asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por CAT CORREDORES DE SEGUROS Y SERVICIOS S.A. directamente con Chubb Seguros Chile S.A.

Este contrato no cuenta con sello SERNAC, conforme al artículo 55 de la Ley N° 19.496.

24. AUTORIZACIÓN.
Autorizo a CAT Administradora de Tarjetas S.A., a cargar o debitar de mi Tarjeta de Crédito Paris / Mas Paris, Jumbo Mas / Mas Jumbo/Cencosud o cualquier otra que pertenezca a Cencosud o Tarjetas Transbank, el monto correspondientes al pago de la prima del seguro con asistencia en viaje que por este acto contrato (Prima única).

Mi voluntad se expresará aceptando vía correo electrónico, estampando mi firma o huella digital, en los documentos que la requieran. Autorizo, conforme lo exige el artículo 4° de la ley N° 19.628, a I-Med S.A., a efectuar tratamiento de mis datos personales, declarando haber sido informado del propósito del almacenamiento de tales datos y su posible uso por terceros con fines de verificación de identidad. El uso de la Tarjeta para estos efectos se regulará en todo por el Contrato y Reglamento de Afiliación de Tarjeta de Crédito otorgada por CAT Administradora de Tarjetas S.A. El Cliente declara conocer los términos del seguro y asistencia propuesta. Los seguros ofrecidos son intermediados por CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A. La compañía que otorga el seguro es Chubb Seguros Chile S.A.
Autorizo el cargo de la prima y recibo copia de esta propuesta.

EL PROPONENTE HA TOMADO CONOCIMIENTO DEL DERECHO A DECIDIR SOBRE LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS Y A LA LIBRE ELECCIÓN DEL INTERMEDIARIO Y COMPAÑÍA ASEGURADORA.

“La contratación de estos seguros es de carácter voluntario. Usted puede retractarse si la contratación la efectuó por un medio a distancia. Además, usted puede terminar los seguros voluntarios anticipadamente en cualquier momento, independiente del medio utilizado para su contratación.”

Chubb Seguros Chile S.A.

[10560] [10730]

Nombre Proponente: [9233] [9231] [9232]
RUT Proponente: [9220]

CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A.

Autorizo el cargo de la prima y recibo copia de esta propuesta

La contratación de este seguro es absolutamente voluntaria, la cual manifiesto libremente mediante la suscripción de esta propuesta de seguro, por el valor de la prima en ella indicada.

25. DIVERSIFICACIÓN
[10810]

[10910]