



# Póliza de Accidentes personales Federación de Ciclista de Chile



## Coberturas de Póliza Vigente desde el 29/01/2018 al 29/01/2019

ACTIVIDAD DE LOS ASEGURADOS: **DEPORTISTAS FEDERADOS**  
ÁMBITO DE LA COBERTURA: **24 HORAS, LOS 365 DIAS AÑO POLIZA**

### MONTO ASEGURADO POR PERSONA

PLAN	COBERTURA	CAPITAL(UF) POR PERSONA
PLAN A	MUERTE ACCIDENTAL	145
PLAN B	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 2/3 POR ACCIDENTE	145
PLAN C	DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL	145
PLAN D	REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTES	15
PLAN E	INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE	25

En caso de siniestros debe enviar un mail a [siniestros.chile@chubb.com](mailto:siniestros.chile@chubb.com) con copia a [seguros@letelierasociados.com](mailto:seguros@letelierasociados.com), indicando detalle del siniestro ocurrido, en el Formulario de Accidentes adjunto.

## DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO DE MUERTE O INCAPACIDAD

en el caso de siniestro de **Muerte Accidental, Incapacidad Total y permanente 2/3 por accidente o Desmembramiento Accidental**, el cual tenga relación con las actividades propias de competencia y/o asociadas a la Federación de Ciclismo el asegurado debe:

a) Dar aviso a la compañía en forma inmediata o a la brevedad posible, a la Compañía a través del mail [seguros@letelierasociados.com](mailto:seguros@letelierasociados.com) y [siniestros.chile@chubb.com](mailto:siniestros.chile@chubb.com)

c) acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

d) y las demás que indique la ley.

## DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO DE ACCIDENTE

En el caso de un siniestro que afecte la cobertura de "**accidentes personales**" debe notificar a la Compañía, dentro del plazo máximo de 100 días o tan pronto sea posible, una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho y cubierto en esta póliza.

Para ello debe completar el formulario que se adjunta.

**Si Usted tiene Isapre o Fonasa, primero debe pasar los gastos por dicha institución de salud y posteriormente presentar:**

- Bonos originales de la Isapre y/o Fonasa
- Formulario de declaración de accidentes
- Hoja de atención de Urgencia del Centro Medico donde se atendió.
- Certificado médico que indique diagnóstico, exámenes realizados y pronóstico de recuperación.

## DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

Si Usted sufre un siniestro que afecte la cobertura de **"accidentes personales"** y **tiene Isapre o Fonasa** y además cuenta con algún **Seguro Complementario de Salud** primero debe:

- 1.- Pasar los gastos por Isapre y/o Fonasa.
- 2.- Luego pasar los gastos por el Seguro Complementario de Salud, el cual le entregará una liquidación de reembolso.
- 3.- Posteriormente, el diferencial que no cubra el ni la Isapre y/o Fonasa, ni el Seguro Complementario de Salud, será cubierto por esta póliza hasta el tope señalado en la pág 1, es decir UF15.

### **Para ello debe enviar:**

- Liquidación del Seguro Complementario de Salud
- Fotocopias de bonos de Isapre y/o Fonasa
- Formulario de declaración de accidentes
- Hoja de atención de Urgencia del Centro Medico donde se atendió.

## DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

Si Usted sufre un siniestro que afecte la cobertura de **"accidentes personales"** y **NO CUENTA CON NINGUN SISTEMA DE SALUD (ni Isapre y/o Fonasa)**, debe notificar a la Compañía, dentro del plazo máximo de 100 días o tan pronto sea posible, una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho y cubierto en esta póliza.

- Boletas originales del gasto Médico
- Detalle de la cuenta del Centro Médico donde fue atendido.
- Formulario de declaración de accidentes
- Hoja de atención de Urgencia del Centro Medico donde se atendió.
- Certificado médico que indique diagnóstico, exámenes realizados y pronóstico de recuperación.

## EXCLUSIONES

No reembolsará los gastos anteriormente indicados, cuando ellos provengan o se originen por:

1. Lesión causada por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
2. Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.
3. La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado.
4. La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
5. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares. Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.
- 6.- Los daños producidos cuando el accidente ocurra fuera del territorio de la república de Chile.
7. Los daños provenientes de siniestros durante guerra, guerra