# *PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO*
# *ESCOLARIDAD*

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. otorga el presente Contrato de Seguros, del cual forman parte integrante las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales de cada cobertura.

| | |
|---|---|
| ***Póliza N°*** | **8,364** |
| ***Rut Contratante*** | **70,662,500 - 3** |
| ***Contratante*** | **SOC.GERMANA EDUC.CULTURAL Y BENEF.LAGO VILLARRICA** |
| ***Documento N°*** | **210877** |
| ***Vigencia*** | **La presente Póliza rige a partir de las 0:00 del 01/03/2023 , y durará hasta las 24:00 horas del 29/02/2024.** |

Con la firma del presente documento, el contratante declara conocer el contenido de la póliza, la cual contiene los términos y condiciones de cobertura ofrecidas por la Compañía.

Se adjuntan los siguientes documentos:

- ***Original para el Contratante***
- ***Original para el Corredor***
- ***Original que debe ser firmado por el Contratante y devuelto a la Compañía de Seguros***

Seguros de Vida SURAMERICANA S.A.

RUT: 76.263.414-7

SOC.GERMANA EDUC.CULTURAL Y BENEF.LAGO VILLARRICA

70,662,500 - 3

| Ejecutivo Comercial | Tipo Documento | Fecha Emisión | Fecha Inicio Vigencia | Fecha Fin Vigencia |
|---|---|---|---|---|
| **Paula Lizasoain** | Renovación Póliza | 08/03/2023 | 01/03/2023 | 29/02/2024 |

# POLIZA N° 8364
# COLECTIVO DE ESCOLARIDAD

**Nº 1** ***COMPAÑÍA ASEGURADORA***

| | |
|---|---|
| Razón Social | SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. |
| Rut | 76.263.414-7 |
| Dirección | AV. Providencia N°1760, Providencia, Santiago |

**Nº 2** ***CONTRATANTE***

| | |
|---|---|
| Razón Social | SOCIEDAD GERMANA DE EDUCACION CULTURA Y BENEFICENCIA LAGO VILLARICA |
| Rut | 70.662.500- 3 |
| Dirección | Camino Villarrica-Pucón, KM. 4,5, Villarrica |

**Nº 3** ***INTERMEDIARIO***

| | |
|---|---|
| Intermediario | Rodrigo Kehr |
| Rut | 10.925.590-4 |
| Participación | 100% |

**Nº 4** ***COMISIÓN***

| | |
|---|---|
| Comisión Intermediario | 5 %, más IVA, aplicada sobre la prima neta recaudada. |

**Nº 5** ***ASEGURADOS***

Son las personas naturales, padre, madre, tutores legales o sostenedores económicos, que financien la educación del alumno beneficiario perteneciente a SOCIEDAD GERMANA DE EDUCACION CULTURA Y BENEFICENCIA LAGO VILLARICA. En el caso de nuevas incorporaciones, se evaluará al sostenedor previa evaluación y aceptación de DPS, quedando identificado el parentesco con el alumno, nombre, apellido, Rut sostenedor y Rut del alumno

1° Sostenedor (Titular)
2° Sostenedor (Voluntario

# POLIZA N° 8364
# COLECTIVO DE ESCOLARIDAD

**Nº 6** ***BENEFICIARIOS***

Se entenderá por Beneficiarios a todos los hijos que se encuentran estudiando regularmente a la fecha de fallecimiento del asegurado titular y por los cuales el sostenedor haya pagado la prima correspondiente.

**Nº 7** ***COBERTURAS***

Esta póliza cubre los riesgos detallados en los cuadros siguientes:

Coberturas por Asegurado

| Cobertura | Condiciones Generales que Rigen la Cobertura | | Asegurados con Cobertura |
|---|---|---|---|
| **Vida** | POL 220131675 | Seguro Colectivo Temporal de Vida | Titular |
| **Invalidez Dos Tercios** | CAD 220131678 | Cláusula Pago Ant. del Capital Asegurado en caso de Inv. Dos Tercios. | Titular |

En caso de muerte de un Asegurado por esta póliza, el Asegurador pagará el monto asegurado anual, de la Colegiatura, más Matrícula, a contar de la fecha de muerte del Asegurado hasta que complete la Enseñanza Media, y/o Educación Superior en Instituciones de Educación Superior Estatales o Privadas, reconocidas por el Ministerio de Educación, acreditado mediante un Certificado de Estudios emitido por la Institución que corresponda.

**La Enseñanza Media** se indemnizará sólo hasta que el alumno cumpla los 24 años.

**La Educación Superior** se indemnizará con un tope de seis años de Universidad.

1.- Este seguro cubre durante todo el período escolar contratado y considera un año de repitencia como máximo para todo el período.

2.- La Educación Superior considera un Período Máximo de Cobertura de 6 años y tope de edad límite de 28 años.

3.- En caso de fallecimiento del asegurado durante el transcurso del año escolar, el capital de dicho año se calculará proporcional a los meses que falten para el término del mismo, considerando:

**a)** Si el fallecimiento ocurre antes del día 15 de cada mes, se pagará la proporción de meses que falten para el término del período escolar, incluyendo el mes de fallecimiento, previa certificación que dicha cuota se encontraba impaga.

**b)** Si el fallecimiento ocurre después del día 15 de cada mes, se pagará la proporción de meses que falten para el término del período escolar, comenzando a partir del mes siguiente al del fallecimiento.

4.- Si después de ocurrido un siniestro, el o los alumnos amparados en la póliza cambiaran su residencia a otra ciudad o país, la Aseguradora continuará pagando el importe de la colegiatura hasta un valor igual al contratado en la póliza. De igual forma, lo mismo ocurre en caso de que el alumno se cambie de Establecimiento Educacional, sea este Particular o Fiscal.

5.- El Capital Asegurado se cancelará de la siguiente forma (incluyendo aquellos casos en que el alumno deba cambiarse de Establecimiento Educacional de acuerdo a lo señalado en el punto 5):

**a)** Si el valor de la colegiatura es superior al capital contratado, la diferencia deberá ser cubierta por la persona que tiene a cargo la educación del alumno.
**b)** Si el valor de la colegiatura es inferior al capital contratado, la Aseguradora cancelará la diferencia a la persona que acredite financiar la educación del alumno.

6.- El beneficio anual se pagará a una Institución Educacional reconocida por el Ministerio de Educación.

7.- Para nuevas y/o futuras incorporaciones no se cubren las preexistencias.

8.- Para los asegurados de este seguro que no sean padres del alumno en caso de siniestro se deberá acreditar su calidad de sostenedor económico y responsables del financiamiento de los estudios del alumno.

**Nº 8** ***CAPITAL ASEGURADO***

El Capital Asegurado se expresará en Unidades de Fomento (UF) y dependerá del nivel educacional según el siguiente detalle:

Monto asegurado anual por Carga (*) UF

| | **Monto Asegurado Anual por Carga (*) UF** |
|---|---|
| Spielgruppe a Educación Media | 130 |
| Educación Superior\| | 130 |

(*) Entiéndase por Carga a todos los **Alumnos** del asegurado **Sostenedor** incorporados en la póliza, por los cuales el sostenedor haya pagado prima.

El Capital Asegurado anual se pagará en cuotas anuales, según el nivel educacional asegurado, el cual se destinará al pago de la colegiatura más la matrícula hasta que el o los alumnos beneficiados con el seguro completen sus Estudios Superiores.

Para proceder al pago de alguna de las coberturas que da cuenta la póliza, el asegurado deberá estar plenamente identificado como tal, en la nómina de asegurados vigente.

El pago anual del capital asegurado hasta el término de la Enseñanza Superior adicionalmente cubrirá como máximo la repetición de un año de estudio.

Los pagos anuales de capital asegurado se realizarán durante el mes de marzo de cada año calendario y corresponderá al monto anual de capital asegurado determinado en la póliza al día del evento cubierto por este contrato.

Si un alumno que está recibiendo la cobertura de este seguro, se cambia de Institución, la compañía continuará pagando el monto determinado a la fecha de ocurrencia del evento cubierto por ésta, hasta que complete el período asegurado

# POLIZA N° 8364
# COLECTIVO DE ESCOLARIDAD

**Nº 9** ***PRIMA***

**Cobertura Vida y Adicionales**

La prima anual de este seguro para las coberturas detalladas en el cuadro siguiente resulta de multiplicar el Capital Asegurado, definido para cada Asegurado y Cobertura, por las siguientes tasas expresadas en tanto por mil:

| Cobertura | Prima Anual UF por alumno |
|---|---|
| Vida | 1,637 |
| Invalidez 2/3 | 0,390 |

| Cobertura | Tasa Anual Neta UF o/oo |
|---|---|
| Vida | 12,59 |
| Invalidez 2/3 | 3,00 |

A las primas resultantes por las coberturas de ITP 2/3 se les debe agregar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia de un mes. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima se procederá de acuerdo con el Artículo Primas de las Condiciones Generales.

| Tipo Cobranza | Tipo Facturación | Despacho Cobranza | Día de Pago |
|---|---|---|---|
| Anticipada | Anticipada | Sitio de Operaciones | 30 |

| Factura Requiere V°B° | Orden de Compra | Periodicidad OC | HES | Periodicidad HES | Días Plazos de Gracia |
|---|---|---|---|---|---|
| NO | NO | NO | NO | NO | 30 |

| Fact. Normal o Especial | Tipo de Separación | Observación Adicional |
|---|---|---|
| Normal | - | Anual 1 cuota |

La prima podrá ser cancelada a través de depósito o transferencia bancaria en las cuentas corrientes N°800-32675-10, del Banco de Chile, N°000073872170 del Banco Santander o 10685545, del BCI, a nombre de Seguros de Vida Suramericana S.A., Rut 76.263.414-7. Para depósitos o transferencia deben hacernos llegar el comprobante de pago al correo electrónico Facturas.colectivos@segurossura.cl, indicando los siguientes datos:

- Monto pagado ($)
- Banco receptor del pago
- Número (s) de factura (s) asociada (s) al pago
- Número (s) de póliza (s) asociada (s) al pago

**Nº 10** ***REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD***

Los límites de ingreso y cobertura de la póliza serán, cuando el Asegurado cumpla las edades detalladas en la siguiente tabla:

| Cobertura | Edad Límite Ingreso | Edad Límite Cobertura |
|---|---|---|
| Vida | 64 años y 364 días | Cumpliendo 75 años |
| Invalidez 2/3 | 64 años y 364 días | Cumpliendo 70 años |

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes en aquellos casos que estime necesario y conveniente para la aceptación del asegurable.

**Nº 11** ***SINIESTRO***

En caso de no contar, al ingreso del asegurado, con la información necesaria para validar las condiciones indicadas en el N°10 “Requisitos de Asegurabilidad” en lo referente a límites de ingreso y cobertura, ésta se hará al momento de hacerse efectivo el siniestro, rechazándose el pago en la eventualidad de que la edad del asegurado a la fecha de ingreso a la póliza sea mayor o igual a la establecida en el citado Número.

Complementando el Nº 2 Definiciones letra "a" del Condicionado General, se establece que la Compañía considerará como fecha de siniestro de la invalidez, la fecha del primer dictamen ejecutoriado de acuerdo al DL 3500.

**Nº 12** ***INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y MODIFICACIÓN DE ASEGURADOS***

Para mantener actualizada la nómina de Asegurados cubiertos, el Contratante se compromete a enviar la información a través de los siguientes medios:

- Inclusión (Incorporación): se deben informar a través del formulario Solicitud de Incorporación. - Exclusión o modificación: se deben informar a través de solicitud física o electrónica.

Para la inclusión de asegurados la fecha de inicio de la cobertura para el asegurado, será la fecha de recepción de la solicitud de ingreso al seguro, previa evaluación y aceptación de los antecedentes por parte del Asegurador y la prima será cobrada a partir del primero del mes siguiente.
Para la inclusión de Asegurados deberán presentar formulario “Designación de Beneficiarios Escolaridad” indicando:

- Nombre del Asegurado (apoderado),
- Fecha de Nacimiento
- Rut
- Parentesco con el alumno
- Nombre del Alumno
- Fecha de Nacimiento del Alumno
- Curso que estudia el alumno

Para la exclusión de Asegurados, el Contratante deberá indicar el nombre completo y el RUT del Asegurado. La fecha de eliminación en la póliza será la indicada por el contratante o en su defecto si esta es mayor a 30 días anteriores a la fecha de aviso, la exclusión regirá a contar de la fecha de recepción de la exclusión y la prima será cobrada hasta el último día del mes en que se produce la exclusión.

Para la modificación de las características de un Asegurado, ésta regirá a partir de la aceptación por parte del Asegurador y en caso de afectar la cobranza de la prima, esta será modificada a partir del primero del mes siguiente, en que se produce la modificación.

En el caso que la o las personas aseguradas sean reemplazadas con posterioridad a la entrada en vigencia de la Póliza, el Contratante, junto con notificar por escrito a la Compañía acerca de esta situación, deberá adjuntar una Declaración Personal de Salud Detallada suscrita por el nuevo asegurable, al cual se le otorgará cobertura una vez que dicha declaración sea evaluada y aprobada por la Compañía. Al respecto, debe entenderse plenamente aplicable lo dispuesto en el inciso segundo del artículo segundo de las condiciones Generales del Contrato de Seguro.

Se establece que el día de cierre de todo tipo de mantención que afecte a la póliza y a sus asegurados será el 20 de cada mes.

**Nº 13** ***LIQUIDACION DE SINIESTROS***

Producido el siniestro de un sostenedor, el Contratante o Beneficiario deberá notificarlo a la Compañía presentando certificado de defunción con las causas del fallecimiento o dictamen ejecutoriado si se tratare de una invalidez.
Adicionalmente deberá aportar anualmente la siguiente documentación para el pago del siniestro:

•Certificado de alumno regular
•Comprobante de pago de matrícula
•Valor colegiatura o arancel de Carrera

**Nº 14** ***VIGENCIA***

El presente contrato regirá a partir de las 0:00 del día **01 de Marzo del 2023** y durará hasta las 24:00 horas del día **29 de Febrero del 2024**.

Será renovado en forma automática por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno, si ninguna de las partes notificare a la otra, por escrito, su decisión de ponerle término a lo menos con 30 días de anticipación.

**Nº 15** ***REAJUSTABILIDAD***

Tanto el valor de la prima como de las indemnizaciones se expresarán en Unidades de Fomento (UF) de acuerdo al equivalente en Pesos ($) que tenga dicha unidad monetaria al día de pago efectivo de cada obligación.

**Nº 16** ***DOMICILIO***

Para todos los efectos legales del presente Contrato de Seguros, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.

**N° 17** ***RESPONSABILIDADES***

El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

**N° 18** ***CONTRIBUTORIEDAD***

Se establece que el pago de las primas pactadas en el presente contrato será soportado por el patrimonio del Contratante.
Por consiguiente, el presente contrato es de carácter **No Contributorio.**

**Nº 19** ***CONDICIONES ESPECIALES***

- El Pago de la prima debe ser Anual Anticipado en una cuota.
- Se otorga continuidad de cobertura al grupo vigente de acuerdo nómina cotizada. Las nuevas incorporaciones al deberán llenar formulario de incorporación y ser evaluados por la cía.
- El seguro cubre aquella parte de la colegiatura que no ha sido cancelada al momento del siniestro del sostenedor. También se entenderá como escolaridad cancelada los pagos anticipados efectuados hasta la ocurrencia del siniestro.
- Esta cotización contempla un año de repetición durante el periodo de estudio.
- Esta cotización contempla un 100% de adhesión
- En el caso de que un alumno que se encuentre percibiendo los beneficios de este seguro se cambie de institución educacional, la Compañía seguirá cumpliendo su compromiso de pago de la colegiatura anual hasta que se complete el período de pagos de beneficios.
- En caso de que ocurra un siniestro de un apoderado durante el transcurso del período de estudios, la renta correspondiente a dicho año se calculará proporcionalmente a los meses que falten para el término de dicho periodo, comenzando a generase a partir del mes siguiente de ocurrido el siniestro.
- Para los asegurados de este seguro que no sean padres del alumno en caso de siniestros se deberá acreditar su calidad de sostenedor económico y responsables del financiamiento de los estudios del alumno.

**N° 20** ***TÉRMINO ANTICIPADO***

Tanto la compañía aseguradora como la entidad contratante podrán poner término a esta póliza en cualquier vencimiento de prima, previo aviso dado por escrito con una anticipación no menor de treinta (30) días 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

ANEXO: INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 del 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.

La 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, 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

ANEXO DE INFORMACIÓN

1.SUCURSALES DE ATENCIÓN

| Ciudad | Dirección (*) |
|---|---|
| Arica | 18 de Septiembre N°153 |
| Iquique | Simón Bolivar N°352, Oficina 102 |
| Calama | Abaroa N°1364 |
| Antofagasta | Hugo Silva Endiza N°861 |
| La Serena | El Estadio N°1601 |
| Viña del Mar | Avenida Libertad N°395 |
| Rancagua | Ibieta N°041 |
| Curicó | Manso de Velasco N°668 |
| Talca | Uno Norte Nº931, Local 1 |
| Chillan | Cinco de Abril N°423 |
| Concepción | Chacabuco N°1030 |
| Los Angeles | Avenida Ercilla N°195, Oficina 15 |
| Temuco | Alemania N°0200 |
| Valdivia | Paseo Libertad N°491, Piso 2, Oficina 206 |
| Osorno | Bilbao N°1129, Local 105, Piso 1 |
| Puerto Montt | Benavente N°514 |
| Punta Arenas | Carlos Bories N°422 |
| Santiago | Irarrázaval N°414, Ñuñoa |
| Santiago | Av.Providencia N°1760, Piso 3, Providencia |

(*) En el horario normal de atención

2. CALL CENTER

Telefonos Fijos 600 411 1000
Desde Celulares *7000

3. PÁGINA WEB

www.segurossura.cl

ANEXO

(Circular Nº 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LIQUIDACION

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 perdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA

En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro), o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que les 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 LIQUIDACION

En aquellos siniestros en que se sugieren problemas y diferencias de criterio sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACION

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha de denuncio, a excepción de:
a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde la fecha denuncio.

B) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncio.

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION

Los plazos antes señalados podrán excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales periodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta ultima dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prorroga 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 LIQUIDACION

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción integra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda Nº 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de Diciembre de 2012),

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

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.

Impugnando el informe, el Liquidador o la Compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL220131675

ARTÍCULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Titulo VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

ARTÍCULO 2: COBERTURA

Bajo los términos del presente contrato de seguro, el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza será pagado por la Compañía Aseguradora a los beneficiarios, en la forma, tiempo y periodicidad estipulados en las Condiciones Particulares, una vez acreditado el fallecimiento del Asegurado, titular o dependiente, si éste ocurre durante la vigencia del contrato de seguro y por causa no excluida en este contrato de seguro. Si el Asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento del contrato de seguro, no tendrá derecho a indemnización alguna.

La Compañía Aseguradora podrá a petición expresa del Contratante, la cual deberá constar por escrito en las Condiciones Particulares, limitar la aplicación de esta cobertura en relación al ámbito temporal y territorial de la póliza sin que ello afecte la vigencia de ésta. Es decir, podrá definir horarios, días y zonas geográficas específicas en las que regirá la cobertura así como aquellas en las que no operará esta cobertura.

La prima respecto de cada Asegurado se devengará hasta la fecha de término del contrato de seguro, establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, o hasta la fecha de fallecimiento del Asegurado titular, si esto ocurre antes.

ARTÍCULO 3: ASEGURADOS

Se consideran Asegurados para efectos de esta póliza, las personas que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o estén vinculados con o por la entidad contratante. Según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, podrán ser Asegurados, en calidad de Asegurados dependientes, personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante.

El Contratante de la póliza deberá informar el ingreso de los Asegurados, a través de los medios que la Compañía ponga a disposición del Contratante o según lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4: INCORPORACION Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Todas las personas que quisieran ingresar al contrato de seguro deberán presentar su solicitud o propuesta de seguros, someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando para estos efectos una declaración de salud, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo sobre sus vidas desde el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la Compañía de Seguros, o según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

La vigencia de la cobertura definida en el artículo 2° de estas Condiciones Generales y de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto para esta póliza, será la que se especifique en el respectivo certificado de cobertura para cada uno de los Asegurados en particular. Si la vigencia contratada es superior a la vigencia final de la póliza, los Asegurados seguirán cubiertos hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente.

Por tanto, terminada la vigencia de la póliza, los Asegurados seguirán con sus coberturas individuales vigentes hasta el término de los respectivos plazos de vigencia originales de cada uno de ellos, en los mismos términos contratados, y siempre que se haya pagado o se permanezca pagando la prima correspondiente.

ARTÍCULO 5: MODIFICACION DEL CAPITAL ASEGURADO

Para aquellos Asegurados vigentes que soliciten o respecto de los cuales se solicite modificar el capital asegurado, deberán presentar una solicitud de modificación y someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud para lo cual deberán presentar documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. De ser aceptada la solicitud, la Compañía propondrá la nueva prima y una vez que sea aceptada, se procederá con la modificación solicitada.

Todo lo anterior se notificará al solicitante conforme al artículo 20 de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 6: EXCLUSIONES

Ese contrato de seguro no cubre el riesgo de muerte cuando el fallecimiento del Asegurado se produzca a consecuencia de algunas de las siguientes situaciones:

a) Suicidio o muerte producida a consecuencia de lesiones auto inferidas. No obstante, respecto de la cobertura que otorga este contrato de seguro, la Compañía Aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido un año (1) completo e ininterrumpido desde: la fecha de incorporación del Asegurado a este contrato de seguro o de haber estado vigente este contrato de seguro producto de sucesivas renovaciones, desde su rehabilitación, o desde el aumento del capital asegurado. En este último caso, si ya se ha cumplido el plazo antes referido, el plazo volverá a computarse pero sólo respecto del incremento del capital asegurado.

b) Pena de muerte.

c) Participación del Asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor, cómplice o encubridor.

d) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado, incluyéndose la muerte tanto del Asegurado a causa de su estado de ebriedad, como a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación alcohólica establecida en la legislación vigente a la fecha de fallecimiento del Asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

e) Siniestro causado dolosamente por el beneficiario o quien pudiera reclamar el capital asegurado, respecto de dicho beneficiario.

f) 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 seguridad interior del Estado.

g) Participación activa del Asegurado en acto terrorista. 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, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno, atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma.

h) Participación del asegurado en actos temerarios, notoriamente imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

i) Realización de una actividad o deporte riesgoso, aun cuando se practique en forma esporádica, que pueda influir en la apreciación del riesgo, entendiéndose como tal aquellas en que se pone en grave peligro la vida o integridad física de las personas, que no haya sido declarado por el contratante o por el Asegurado, al momento de la suscripción de la solicitud de ingreso, o si hubiere sido declarada, que no haya sido debidamente aprobada por la Compañía Aseguradora en forma expresa.

j) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

k) Enfermedades o dolencias preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

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 enfermedades o dolencias preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En el certificado de cobertura se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante del contrato de seguro.

l) 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:

i. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de VIH, (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por VIH.

ii. Infección Oportunística incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por PneumocystisCarinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Microbacteriana Diseminada.

iii. 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.

ARTÍCULO 7: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La Compañía Aseguradora podrá evaluar y otorgar cobertura al riesgo de muerte por fallecimiento del Asegurado que se produzca a consecuencia de las exclusiones indicadas en el Artículo 6, letras h) e i) del presente contrato de seguro, con un pago de prima adicional, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO 8: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del Asegurado serán las siguientes:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía Aseguradora para identificar y apreciar la extensión de los riesgos;

2. Pagar la prima en la forma y época pactadas;

3. Notificar a la Compañía Aseguradora, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y

4. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el Contratante del seguro y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado.

Las obligaciones del Contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 9: DECLARACION DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el Contratante informe al tenor de lo que solicite la Compañía Aseguradora, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar y apreciar la extensión del riesgo.

Convenido el contrato de seguro sin que la Compañía Aseguradora solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del Contratante, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud.

Si el siniestro no se ha producido, y el Contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite la Compañía Aseguradora de acuerdo al número 1 del artículo anterior, el Asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes no revisten alguna de dichas características, el Asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el Asegurado rechaza la proposición de la Compañía Aseguradora o no le da contestación dentro del plazo de diez días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, el Asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el Asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

La Compañía Aseguradora deberá proporcionar los medios apropiados para que las declaraciones contenidas en este artículo, se realicen en forma expedita y eficiente, ya sea en la propuesta de seguro o en la solicitud de incorporación, o por las formas establecidas en el artículo 20, o en otras formas convenidas y

expresadas así en las Condiciones Particulares de esta póliza.

ARTÍCULO 10: DEBER DE INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE DEL SEGURO COLECTIVO

Sin perjuicio de las obligaciones de la Compañía Aseguradora, el Contratante del seguro colectivo deberá informar al Asegurado que forme parte de la póliza, acerca de todas las circunstancias, modalidades, términos y condiciones del seguro, haciendo especial mención de las condiciones de asegurabilidad y exclusiones de cobertura.

La Compañía Aseguradora no será responsable en caso de reticencia, omisión o falsa declaración del riesgo en el evento del incumplimiento de alguna condición de asegurabilidad, detectados al liquidar un siniestro, salvo que hubieran sido conocidas por ella antes del siniestro.

ARTÍCULO 11: PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima es el precio del seguro. La prima puede ser establecida como un porcentaje sobre el monto asegurado en función de la edad del Asegurado o de cualquier otra forma establecida en las Condiciones Particulares de esta póliza.

a) Pago de Primas: El Contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía o en los lugares que ésta designe, mensualmente en forma anticipada, o dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante. Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de ésta será siempre de responsabilidad del contratante de la póliza.

El pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la Compañía Aseguradora pueda identificar a aquellos Asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su o sus coberturas contratadas

Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la Compañía Aseguradora.

La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro, que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro, por falta de pago de prima.

b) Plazo de Gracia. Para el pago de la prima se podrá conceder un plazo de gracia, que será el señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si alguno de los Asegurados fallece durante dicho plazo de gracia, se deducirá de la indemnización a pagar la prima vencida y no pagada correspondiente al Asegurado fallecido.

c) Efecto del no pago de la prima: La falta de pago de la prima, una vez expirado el Plazo de Gracia señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 (quince) días contado desde la notificación que, conforme al artículo 20 de estas Condiciones Generales, dirija la Compañía Aseguradora al Contratante, y dará derecho al Asegurador para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Dicha terminación no aplicará en caso que el Contratante pague la prima antes del plazo señalado

previamente.

Producida la terminación, la responsabilidad del Asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho de poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

d) Impuestos: Se establece que cualquier cambio relativo a impuestos aplicables a la prima, no serán de cargo del Asegurador, por ende, a contar de la fecha de la modificación se aplicarán sobre la prima neta establecida para la póliza o sus adicionales, en este último si fuese el caso.

ARTÍCULO 12°: REHABILITACION

Producida la terminación anticipada de la póliza o de la cobertura para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, deberá acreditar que todos los Asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía Aseguradora y pagar toda la prima vencida y reserva matemática cuando corresponda, los gastos que originen la rehabilitación y demás cantidades que se adeudaren a la Compañía Aseguradora.

La sola entrega a la Compañía Aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar las coberturas de cada Asegurado o de la póliza, en su caso, si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía Aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el Contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 13: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Contratante y, en su caso, el Asegurado cuando fuere una persona distinta a éste, podrán instituir para cobrar el importe de este seguro, a una o más personas en el formulario que para estos efectos le proporcione la Compañía Aseguradora.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer entre ellos, salvo mención en contrario.

A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales según se indique en el documento de la posesión efectiva del Asegurado.

El Contratante o el Asegurado podrán modificar su designación de beneficiario cuando lo estimen conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su consentimiento. A tal efecto deberá dar aviso a la Compañía Aseguradora por escrito.

La Compañía Aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la fecha de ocurrencia del siniestro.

ARTÍCULO 14: DENUNCIA DE SINIESTROS

El fallecimiento del Asegurado deberá ser notificado a la Compañía Aseguradora, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento del Asegurado, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asimismo, se deberá presentar a la Compañía los siguientes antecedentes relativos al siniestro:

a) Certificado de Defunción original del Asegurado;

b) Certificado de Nacimiento original u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;

c) Cuestionario Médico por Fallecimiento;

d) Parte Policial y Alcoholemia (si correspondiese), cuando se trate de un accidente o una causa distinta a la de muerte natural.

En caso de requerirse mayores antecedentes, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N° 1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo reemplace o modifique.

ARTÍCULO 15: VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

El contrato de seguro tendrá una vigencia de un (1) año, contado desde la fecha inicial indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y salvo que en estas se señale un período distinto, y podrá ser renovada por el lapso, condiciones y prima que autorice el Contratante.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

Lo anterior será sin perjuicio de la vigencia de las coberturas individuales de cada Asegurado, conforme a lo expresado en el artículo 4. De tal manera, la terminación de la presente póliza por término de su vigencia, tendrá el efecto de no poder seguir incorporándose nuevos Asegurados a ella, desde la fecha de dicha terminación.

ARTÍCULO 16: TERMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

El contrato de seguro, y sus cláusulas adicionales si las hubiera, terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza.
Encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará anticipadamente respecto del Contratante, en los siguientes casos:

a) Por no pago de la prima convenida y haya trascurrido el plazo de aviso según lo establecido en el artículo 11 precedente;

b) Cuando se verifique la situación señalada en el artículo 22 de estas Condiciones Generales y el Contratante no acepte el cambio de moneda o unidad del contrato.

En el caso de término anticipado del contrato de seguro descrito en la letra b) mencionada en el párrafo

anterior, la Compañía Aseguradora enviará al Contratante una comunicación señalando que el contrato de seguro quedará sin efecto en un plazo de treinta (30) días desde la notificación conforme al artículo 20 de estas Condiciones Generales.

Terminada la vigencia del contrato de seguro, cesará toda responsabilidad de la Compañía de Seguros sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 17: TERMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

El contrato de seguro colectivo terminará respecto de un Asegurado titular, en los siguientes casos:

a) Por termino del contrato de seguro colectivo;

b) Cuando el Contratante informe que el Asegurado titular ya no es parte del grupo asegurado;

c) Por fallecimiento;

d) A las 24:00 horas del día que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, u otro día posterior, que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;

e) Por no pago de prima dentro de los plazos establecidos y haya trascurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente;

f) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 8 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales;

g) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

Por su parte, encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará respecto de un Asegurado dependiente, en los siguientes casos:

a) Por todas las causas de término anticipado del contrato de seguro respecto del Asegurado titular;

b) Cuando el Contratante informe que el Asegurado dependiente ya no es parte del grupo asegurado;

c) Por fallecimiento;

d) A las 24 horas del día que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, u otro día posterior, que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;

e) Por no pago de prima dentro de los plazos establecidos y haya trascurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente;

f) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 8 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales;

g) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

En todos los casos, cesará toda responsabilidad de la Compañía de Seguros y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al Asegurado, cuya cobertura ha terminado anticipadamente, a contar de la fecha de dicho término.

ARTÍCULO 18: PRESCRIPCION DEL CONTRATO DE SEGURO

Las acciones emanadas del contrato de seguro prescriben en el término de cuatro años, contado desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva.

Fuera de otras causales legales, la prescripción que corre en contra del Asegurado se interrumpe por la denuncia del siniestro, y el nuevo plazo regirá desde el momento en que el Asegurador le comunique su decisión al respecto.

En el seguro de vida el plazo de prescripción para el beneficiario será de cuatro años y se contará desde que se conoce la existencia de su derecho, pero en ningún caso excederá de diez años desde el siniestro.

El plazo de prescripción no puede ser abreviado bajo ninguna forma de caducidad o preclusión.

ARTÍCULO 19: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos años desde la vigencia de la cobertura individual del asegurado en el contrato de seguro colectivo, la compañía no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del Riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTÍCULO 20: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o al Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que éste no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa 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 la 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 certificada dirigida al 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 certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La Compañía Aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al Asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros.

Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 21: SOLUCION DE CONFLICTOS

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.

El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las siguientes facultades:

1. Admitir, a petición de parte, además de los medios probatorios establecidos en el Código de Procedimiento Civil, cualquier otra clase de prueba.

2. Decretar de oficio, en cualquier estado del juicio, las diligencias probatorias que estime convenientes, con citación de las partes.

3. Llamar a las partes a su presencia para que reconozcan documentos o instrumentos, justifiquen sus impugnaciones, pudiendo resolver al respecto, sin que ello implique prejuzgamiento en cuanto al asunto principal controvertido.

4. Apreciar la prueba de acuerdo con las normas de la sana crítica, debiendo consignar en el fallo los fundamentos de dicha apreciación.

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 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 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley Nº 251, de Hacienda, de 1931

ARTÍCULO 22: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital asegurado y el monto de la prima se expresarán en unidades de fomento u otra unidad reajustable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajustable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de primas e indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

Si la moneda o unidad estipulada dejara de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptase la nueva unidad y lo comunicase así a la Compañía Aseguradora dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciese sobre el cambio de

unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 23: MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Las Condiciones Particulares del presente seguro, así como las Condiciones Particulares de las Cláusulas Adicionales, si las hubiere, podrán ser modificadas, en cualquier época, por acuerdo entre la Compañía Aseguradora y el Contratante, quien actuará por sí y en representación de cada uno de los Asegurados bajo esta póliza. Sin embargo, tal modificación no afectará en manera alguna a los siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha del cambio, ni a aquellos Asegurados que tengan la prima totalmente pagada. Para estos últimos, la modificación de las Condiciones Particulares de la póliza producirá efecto a partir de la fecha en que venza el periodo cubierto por la prima pagada.

Las modificaciones a las Condiciones Particulares de la póliza deberán constar en endoso u otro documento similar, el cual se entenderá forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza. Dichos documentos deberán ser firmados por el representante legal u otra persona autorizada de la Compañía Aseguradora, designada para estos efectos, o en escrito separado suscrito por el Contratante y el Asegurador.

El Contratante de la póliza deberá dar oportuno aviso a cada una de las personas aseguradas por esta póliza y cuya variación de las Condiciones Particulares les afecte respecto de cualquier modificación a éstas, para que éstos ejerzan los derechos consagrados en el artículo 517 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 24: DOMICILIO

Para todos los efectos legales de la presente póliza, las partes señalan como domicilio el que aparece estipulado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 25: CLAUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma conjunta con esta póliza, complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado del contrato de seguro y de sus coberturas, cuando dichos efectos esté previsto en los adicionales respectivos.

ARTÍCULO 26: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

1.- CONTRATANTE
El empleador, o una entidad jurídica, o la persona que celebra el contrato de seguros, el cual es señalado como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

2.- ASEGURADOS
Se consideran Asegurados de esta póliza a las siguientes personas, que habiéndose solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

2.1. ASEGURADO TITULAR
La persona que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, es parte de un grupo al ser miembro, trabajador o esté vinculado con o por la entidad contratante.

2.2. ASEGURADOS DEPENDIENTES

Pueden ser asegurados dependientes las personas naturales vinculadas al Asegurado Titular o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante.
Los Asegurados dependientes deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y encontrarse señalados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza.

2.3. ASEGURADOS
Cuando en esta póliza se utilice el término "Asegurado", sin indicar si se trata de Asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al Asegurado titular como al Asegurado dependiente que se hayan señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

3.- ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES:
Enfermedad, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

4.- FINANCIAMIENTO DE LA PRIMA
De acuerdo a la forma de pago de las primas, se definen dos tipos de modalidades, una de las cuales deberá quedar expresamente establecida en las Condiciones Particulares de la póliza:
a) Modalidad Contributoria: Prima financiada conjuntamente por el contratante y el asegurado titular.
B) Modalidad No Contributoria: Prima financiada sólo por el contratante de la póliza o sólo por el asegurado titular.

CLAUSULA DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD220131678

No obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza, la presente Cláusula Adicional, se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO 1º: COBERTURA

El capital asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento del Asegurado, será pagado por la Compañía Aseguradora anticipadamente al Asegurado establecido en la póliza del seguro principal, en caso de invalidez permanente dos tercios de éste, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

a) Que la cobertura principal para dicho Asegurado esté vigente,

b) Que la invalidez permanente dos tercios se produzca antes que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de la póliza,

c) Que la invalidez permanente dos tercios sea causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional,

d) Que la patología alegada como invalidante no sea de aquellas excluidas en las Condiciones Generales de la póliza o en el artículo 3° de esta Cláusula Adicional, y

e) Que haya transcurrido el período de carencia para esta cobertura definido en las Condiciones Particulares.

En caso de que la Compañía Aseguradora aceptare la invalidez permanente dos tercios, cuyo origen recaiga sobre un dictamen de algún organismo previsional, se considerará que la enfermedad que origina la invalidez tiene como fecha de origen la fecha de invalidez que se indique en el primer o único dictamen ejecutoriado del sistema previsional establecido por el D.L. N° 3.500, de 1980. En caso que el asegurado no se encuentre afiliado al sistema previsional recién indicado, la fecha de la invalidez corresponderá a la fecha de la denuncia del siniestro a la Compañía Aseguradora.

Se deja expresa constancia que el monto de la indemnización a que hubiere lugar por esta Cláusula Adicional, será siempre igual al monto que hubiese correspondido indemnizar bajo la cobertura de fallecimiento.

Por consiguiente, el pago de la indemnización al Asegurado, por concepto de la presente Cláusula Adicional producirá la terminación inmediata de la cobertura principal para dicho Asegurado y de todas las demás Cláusulas Adicionales, de la misma forma que si se hubiese pagado el capital asegurado por fallecimiento en la póliza principal para dicho Asegurado.

ARTÍCULO 2º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se entiende por:

a) Invalidez permanente dos tercios: La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales, 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. Nº 3.500 de 1980.

En todo caso, para efectos de esta Cláusula Adicional, siempre se considerará como invalidez permanente dos tercios los siguientes casos:

La pérdida total de:
- la visión de ambos ojos, o
- ambos brazos, o
- ambas manos, o
- ambas piernas, o
- ambos pies,
- una mano y un pie.

B) 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.

C) Pérdida Total: la separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.

D) Pérdida Funcional Absoluta: la ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de funciones o fisiología del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

E) Miembro: largos apéndices anexos al tronco, destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.

F) Órgano: entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

G) Carencia: Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta Cláusula Adicional. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la Cláusula Adicional hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 3º: EXCLUSIONES

Además de las exclusiones señaladas en el artículo 6º de las Condiciones Generales de la póliza principal, la presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la invalidez permanente dos tercios de un Asegurado que ocurra a consecuencia de:

a) Suicidio, intento de suicidio, o heridas auto infringidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno

juicio o enajenado mentalmente

b) La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad, conforme a los límites establecidos en la normativa vigente a la fecha del siniestro. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

C) Situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la contratación de la cobertura de esta Cláusula Adicional.

ARTÍCULO 4º: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La Compañía cubrirá la invalidez permanente dos tercios que afecte al asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el artículo 6°, letra i) de las Condiciones Generales de la póliza principal, cuando estos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la Compañía Aseguradora con el pago de la sobreprima respectiva, si es del caso, dejándose constancia de ello en las Condiciones Particulares de la póliza y en el correspondiente Certificado de Cobertura, que se entiende formar parte integrante de la póliza.

ARTÍCULO 5°: BENEFICIARIOS

En conformidad al artículo 1° de esta Cláusula, el beneficiario será el Asegurado de la Póliza individualizado en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 6°: PRIMAS

La prima correspondiente a la cobertura de que da cuenta esta Cláusula Adicional se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza.

La Compañía Aseguradora tendrá derecho, en cada aniversario del seguro principal, a modificar la prima correspondiente a esta cobertura adicional, de acuerdo a la tarifa vigente en esa fecha. En todo caso la compañía informará al contratante de la póliza de esta modificación con una anticipación de sesenta (60) días a la fecha antes referida, teniendo el derecho el contratante de la póliza a aceptar la modificación o renunciar a esta cobertura adicional, lo cual deberá informar a la compañía en un plazo de treinta (30) días contado desde la recepción de la comunicación de ésta. Si el contratante de la póliza así no lo hiciere, se entenderá que acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía Aseguradora correspondiente a esta cobertura adicional.

ARTÍCULO 7°: DENUNCIA DE SINIESTROS

Producida la invalidez permanente dos tercios del Asegurado, cualquier persona deberá informarlo por escrito a la Compañía Aseguradora o al Contratante, dentro del plazo de noventa (90) días, contado desde que se produjo la invalidez. El cumplimiento extemporáneo de está obligación hará perder el derecho a la

indemnización establecida en la presente Cláusula Adicional, salvo caso fortuito o fuerza mayor, la cual deberá ser probada por quien la alega.

Si el Asegurado hubiere informado al Contratante su invalidez dentro del plazo señalado anteriormente y éste no lo informare a la Compañía Aseguradora oportunamente, ésta no tendrá responsabilidad alguna, debiendo el Contratante asumir su responsabilidad por este hecho.

Será obligación del Asegurado, proporcionar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la Compañía Aseguradora para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía Aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la invalidez permanente dos tercios. El costo de éstos será de cargo de la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO 8°: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días, contado desde la recepción por parte de ella de la última información y documentación requerida, si se ha producido la invalidez permanente dos tercios de un asegurado, 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. Nº 3.500 de 1980.

En caso de que la Compañía Aseguradora determine el rechazo de la indemnización por no producirse la Invalidez permanente dos tercios, el Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a dicha comunicación podrá requerir que la invalidez permanente dos tercios sea evaluada por una Junta Médica, compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por el asegurado, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la invalidez permanente dos tercios del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido conforme a los conceptos descritos en esta Cláusula Adicional y 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. Nº 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha invalidez permanente dos tercios, a partir de la cual procederá el pago de la indemnización por parte de la Compañía Aseguradora.

La Junta Médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía Aseguradora, y será libre y soberana para determinar -conforme a las normas antes señaladas- el grado de invalidez que afecta al asegurado, con prescindencia de cualquier certificado, dictamen, declaración o diagnóstico que exista sobre el particular.

La declaración de invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, será tomada en consideración por la compañía aseguradora y por la Junta Médica, al evaluar el siniestro, pero no tendrá carácter vinculante.

Durante el período de evaluación, y mientras no proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la compañía aseguradora, no cesa la obligación del asegurado de pagar las primas en los términos detallados en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO 9°: DETERMINACION DE LA FECHA PARA HACER EFECTIVO EL BENEFICIO

En caso de que la Compañía Aseguradora aceptare la invalidez permanente dos tercios, cuyo origen recaiga sobre un dictamen de algún organismo previsional, la fecha que se utilizará para la aplicación del beneficio y pago de las respectivas indemnizaciones, será aquella que corresponda a la fecha de invalidez que se indique en el primer o único dictamen ejecutoriado del sistema previsional establecido por el D.L. N° 3.500, de 1980. En caso que el asegurado no se encuentre afiliado al sistema previsional recién indicado, la fecha de la invalidez corresponderá a la fecha de la denuncia del siniestro a la Compañía Aseguradora.

ARTICULO Nº 10: CLÁUSULAS APLICABLES

En todo lo no previsto en esta Cláusula Adicional, será aplicable lo previsto en las Condiciones Generales del seguro principal de la póliza.