

CIRCULAR INFORMATIVA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES 2023

El **COLEGIO CORPORACION EDUCACIONAL SAINT JOHN'S SCHOOL** ha renovado a partir del 01/04/2023 y hasta el 31/03/2024 el Seguro de Accidentes Personales que otorga cobertura ante cualquier tipo de accidente que pudiera afectar a los alumnos y trabajadores del establecimiento educacional durante las 24 horas del día, con la **Compañía Mapfre Seguros** e intermediado por **THB Corredores de Seguros**, conforme a las siguientes condiciones.

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

Coberturas y montos cubiertos con que cuenta este seguro:

Planes	Monto cubierto UF
Incapacidad Total y Permanente Por Accidente	UF 400
Desmembramiento Accidental	UF 400
Reembolso De Gastos Médicos Por Accidente	UF 250
Gastos Funerarios (Tope Anual UF. 100)	UF 15

Condiciones Generales de la póliza de accidentes personales, según POL 320131474 inscrita en registro de la Comisión para el Mercado Financiero (www.cmfchile.cl).

Reembolso de gastos médicos por accidente:

El seguro cubrirá al Asegurado todos los Gastos Médicos, Hospitalarios o Farmacéuticos, razonables y acostumbrados que sean consecuencia inmediata y directa de un accidente, hasta el tope de Cobertura establecido y que se encuentre amparado por la Póliza.

El seguro cuenta con dos modalidades para el reembolso de aquellas prestaciones médicas en que se deba incurrir, ante la ocurrencia de un accidente del asegurado:

1. **Libre Elección:** Bajo esta modalidad, el asegurado podrá recurrir a cualquier establecimiento de salud pública o privada en caso de accidente, para luego solicitar el reembolso de los gastos médicos a la Compañía mediante la tramitación de una Solicitud de Reembolso.

Cada vez que se solicite un reembolso de gastos médicos, la documentación deberá acompañarse de un **"Formulario de Solicitud de Reembolso"** y adjuntar todos los comprobantes del gasto efectuado, una vez bonificados por su sistema previsional de salud (Isapre, Fonasa, Capredena, etc.) o seguros que corresponda (S.O.A.P. o seguro complementario particular), **antecedentes que deben ser enviados por correo electrónico a la encargada de siniestros de Mapfre: Sra. Claudia Orellana, e-mail: claudia.orellana@mapfre.cl, con copia a la Sra. Maritza Olave M. e-mail: molave@thbseguros.cl.**

2. **Convenio Cerrado:** Bajo esta modalidad, los asegurados podrán recurrir a las siguientes Clínicas en convenio, para solicitar las atenciones que requieran ante un accidente. Los gastos médicos hasta el tope del capital asegurado por titular serán cobrados directamente a Mapfre Seguros:

- Clínica Los Andes Los Ángeles VIII Región
- Clínica Adventista Los Ángeles VIII Región
- Clínica Andes Salud Concepción VIII Región

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. En caso de que el asegurado tuviese beneficios de alguna institución de salud, estatal o privada y/o bienestar, deberá hacer uso de ellos prioritariamente. Sólo serán reembolsados los gastos en que se incurra como consecuencia directa del Accidente.
2. La cobertura de reembolso de gastos médicos por accidente contempla el reembolso del 100% de los gastos médicos consecuencia de Accidentes, posterior a ser bonificados por el Sistema previsional de salud del asegurado.
3. En caso de que el Asegurado no cuente con Sistema Previsional de Salud o el gasto no sea cubierto por su sistema de Salud, el seguro reembolsará el 50% de los gastos médicos, hasta el tope de la Cobertura.
4. Para los Alumnos que sean extranjeros y que no cuenten con un Sistema Previsional de Salud en Chile, la Compañía reembolsará el 50% de los gastos incurridos como consecuencia del accidente del alumno.
5. Cada vez que se solicite un reembolso de gastos médicos, **la documentación deberá acompañarse de un "Formulario de Solicitud de Reembolso"**, el cual se acompaña a continuación del presente Informativo y adjuntar todos los comprobantes del gasto efectuado, una vez bonificados por su sistema previsional de salud (Isapre, Fonasa, Capredena, etc.) o seguros que corresponda (S.O.A.P. o seguros complementarios).
6. Este Seguro otorga cobertura dentro y fuera de Chile
7. El plazo para la notificación y presentación de todos los antecedentes y solicitud de reembolso de gastos a la Compañía de Seguros es de 60 días contados desde la fecha del accidente.
Plazo de presentación: para considerarse continuidad de tratamiento (cobertura) de un mismo Accidente: 365 días, contados desde la fecha del accidente.

La presente Circular es sólo de carácter informativa y no constituye la póliza de seguro, ni otorga cobertura alguna.

Para otras consultas o información adicional acerca de este Seguro contáctese con la Sra. Maritza Olave, ejecutiva asignada de THB Corredores de Seguros S. A., teléfono (2) 24986500 – (2) 24986588, email molave@thbseguros.cl.

Seguro Intermediado por: THB Chile Corredores de Seguros





Instructivo para el Llenado del Formulario Solicitud de Reembolsos Gastos Médicos de Accidentes Personales- Colegio Saint Johns

Procedimiento Solicitud Reembolsos Gastos Médicos por Accidente:

- a. Se debe completar el Formulario de Solicitud de Reembolso Gastos Médicos (adjunto)
- b. **Nombre Contratante:** Ingresar los datos del Colegio
- c. **Datos del Asegurado:** Se debe registrar los datos del alumno asegurado (Nombre, Rut, Diagnóstico médico, Fecha del Accidente, Edad)
- d. **Consignar causa y relato del accidente:** Se debe detallar brevemente lo ocurrido, indicando el lugar del accidente, día y hora en que ocurrió
- e. **Datos a completar por médico tratante:** Corresponde a la información médica que será proporcionada por el médico que atendió al alumno, en el cual deberá informar el detalle de la atención como el Diagnóstico médico, medicamentos, exámenes u otros procedimientos realizados. (Esto último lo puede encontrar también en la “Epicrisis” entregada por el centro asistencial al momento de la alta médica).

Posteriormente, en el Formulario se debe individualizar a la persona que incurrió en el gasto médico, quien debe ser la misma que respalde con la documentación que adjunte, se debe informar claramente a quien se debe pagar los gastos: Nombre completo, Rut, N° Cuenta Bancaria, Tipo de cuenta, nombre del Banco, correo electrónico y número de celular.

El plazo para solicitar reembolsos:

- a) 60 días desde la fecha del Accidente, de no disponer de la documentación se debe notificar a la Cía. de Seguros.
- a) para considerarse continuidad de tratamiento (cobertura) de un mismo Accidente: **365 días**, contados desde la fecha del accidente

El Formulario de Solicitud de Reembolso junto a todos los gastos y comprobantes de la atención médica, **deberán ser enviados** a la Sra. Claudia Orellana, correo: claudia.orellana@mapfre.cl, **siempre** con copia a: Maritza Olave M. correo: molave@thbseguros.cl

- f) Se recomienda guardar copia de todos los antecedentes presentados para solicitar el reembolso.
- g) **Modalidad de Pago:** Para los gastos que hayan sido aprobados:
 - Transferencia bancaria, **sólo cuando** la persona que solicita el reembolso indica los datos de su cuenta bancaria (detallado en el punto anterior).
 - Vale vista electrónica (de no indicarse los datos bancarios)

Para Consultas, reclamos, etc. contactar a **THB Corredores de Seguros, S r a . Maritza Olave, Fono [224986588](tel:224986588) correo: molave@thbseguros.cl**

El presente Informativo es sólo de carácter informativo y no constituye la póliza de seguro, ni otorga cobertura alguna.



**DENUNCIA DE SINIESTROS MAPFRE
SEGUROS ACCIDENTES PERSONALES**

POLIZA N°	N°
-----------	----

NOMBRE CONTRATANTE

	RUT
--	-----

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre / Apellido Paterno / Apellido Materno	RUT
--	-----

Diagnostico	Fecha del Accidente	Edad	Teléfono
-------------	---------------------	------	----------

Consignar causa y relato del accidente (detallar lugar, dia y hora)

DATOS A COMPLETAR POR MEDICO TRATANTE

Detallar diagnóstico (medicamentos, exámenes de laboratorio, radiográficos, ultrasonido, otros)

Nombre Medico :	Firma y Timbre Médico:
-----------------	------------------------

BENEFICIARIO	RUT	CORREO ELECT		

GASTOS MEDICOS

v Bonos, reembolso o Boletas Originales

FECHA DE RECEPCION COMPAÑÍA

	Firma del Asegurado Titular
--	-----------------------------



RENOVACION DE POLIZA

Ramo	Nueva Vigencia Póliza			Póliza Número
	Desde las 12:00 hrs	Hasta las 12:00 hrs	Dias	
ACCIDENTES PERSONALES COL.	31-03-2023	31-03-2024	366	1112200016955 A

Nombre Corredor THB CHILE CORREDORES DE SEGUROS S.A.	RUT Corredor 77.508.900 - 8
--	---------------------------------------

Nombre o Razón Social Proponente CORPORACIÓN EDUCACIONAL SAINT JOHN'	RUT Proponente 71.301.400 - 1
--	---

IMPORTE

Moneda : UNIDAD DE FOMENTO	Prima afecta : 624,54
Monto asegurado : 0,00	Prima exenta : 0,00
Comisión Corredor : 124,90	IVA : 118,66
	Prima Total : 743,20

**DESCRIPCION**

MEDIANTE EL PRESENTE INSTRUMENTO SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE, A SOLICITUD DEL ASEGURADO, LA COMPAÑIA PROCEDE A RENOVAR LA POLIZA EN REFERENCIA POR EL PERIODO INDICADO EN ESTE DOCUMENTO.

OBSERVACIONES**IMPORTANTE :**

La Compañía y el Asegurado acuerdan que en lo NO modificado por el presente instrumento, se mantendrán vigentes para todos los efectos legales y contractuales todas las Cláusulas y Condiciones Particulares y Generales establecidas para la póliza que por este acto se renueva, incluyendo sus posteriores modificaciones.

Asimismo, se deja constancia que este documento pasa a formar parte integrante de la póliza materia de la renovación.

Se agrega al presente documento el o los riesgos asegurados y renovados, mediante esta póliza, con sus principales características actualizadas.

OAC II, 28 de MARZO de 2023
1112200016955.14.DIEGOE1.1 Coaseguro Exento

Endoso N°14
Folio : 3824329


p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

AFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	14

IDENTIFICACION DEL ASEGURADO

Relación Proponente/ Asegurado	:	.
Asegurado	:	CORPORACIÓN EDUCACIONAL SAINT JOHN'S SCHOOL : 71.301.400 - 1
Dirección	:	FUNDO EL VENADO S/N Fono : 2466440
Comuna	:	SAN PEDRO DE LA PAZ Ciudad : SAN PEDRO DE LA PAZ
Nacionalidad	:	CHILENA Profesión : .
Actividad	:	COLEGIO F. Nacimiento : 01-01-1970
Beneficiarios	:	HEREDEROS LEGALES


COBERTURAS PARA EL RIESGO Nº 1
Vigente Desde 31-03-2023
Días : 366

Detalle	Monto Asegurado	Tasa	Prima Fija	Prima Neta
COBERTURA DESMEMBRAMIENTO	594.800,00	0,0750		44,61
COBERTURA INCAP.PERMANENT	594.800,00	0,0750		44,61
COBERTURA REEMBOLSO GTOS.	371.750,00	1,4400		535,32
TOTAL				624,54

p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

AFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	14

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO**INFORMACION SOBRE PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

En virtud de la Circular Nro. 1487 de julio de 2000, las Compañías de Seguros deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurados o beneficiarios, u otros legítimos interesados, como aquellos que la Superintendencia de Valores y Seguros le derive.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en la casa matriz y en todas las agencias, oficinas o sucursales de la Compañía en que se atiende público, personalmente, por correo o fax, sin formalidades, en el horario normal de atención y sin restricción de días u horarios especiales.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado por la Compañía de Seguros, o bien cuando exista demora injustificada en su respuesta podrá recurrir a la Superintendencia de Valores de Seguros, División de Atención y Educación al Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1.

Mapfre Seguros se encuentra adherida al código de autorregulación de las compañías de seguros y está sujeta al compendio de buenas prácticas corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este compendio se encuentra en la página web www.aach.cl.

Asimismo, ha aceptado la intervención del defensor del asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el defensor del asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Mapfre Seguros o a través de la página web www.ddachile.cl.

De acuerdo al artículo 542 del código de comercio, el asegurador gana irrevocablemente la prima desde el momento en que los riesgos comienzan a correr por su cuenta. Por tal razón, en el evento que la prima se pague en cuotas o sea



AFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	14

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

documentada a plazo, queda expresamente convenido que la compañía de seguros podrá imputar al costo del seguro los gastos que genere la cobranza de dicha prima dividida en cuotas o documentada a plazo, incluyendo los gastos que generen los cobros a domicilio, los envíos de cartas de cobranza o de aviso de cancelación, los intereses por mora y todo otro costo devengado en el proceso de cobranza de la prima.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La compañía reembolsará al asegurado, los gastos de asistencia médica, farmacéuticos y hospitalarios en que éste incurra a consecuencia de un accidente, hasta el monto anual asegurado en este plan, siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él.

En este plan la compañía reembolsará los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios por accidente en forma posterior a responsabilidad correspondiente a Isapre o Fonasa, en caso de que el asegurado no cuente con sistema de salud o que no haga uso de su sistema salud, la compañía reembolsará el 50% de los gastos por evento.

NOTA: SE INCLUYE ANEXO RELATIVO AL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

ANEXO

(CIRCULAR N° 2106 COMISION PARA EL MERCADO FINANCIERO) PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS.

1. OBJETO DE LA LIQUIDACION

LA LIQUIDACION TIENE POR FIN ESTABLECER LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO, DETERMINAR SI EL SINIESTRO ESTA CUBIERTO EN LA POLIZA CONTRATADA EN UNA COMPAÑIA DE SEGUROS DETERMINADA, Y



AFFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	14

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

Cuantificar el monto de la pérdida y de indemnización a pagar. El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de transparencia y acceso. 2. Forma de efectuar la liquidación 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 oposición a la liquidación directa en caso de la 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 deberá designar al liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición. 4. Informativa al asegurado de gestiones a realizar y petición de antecedentes. El liquidador o la compañía deberá informar al asegurado por escrito, en forma suficiente, y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia del siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro. 5. Pre - informe de liquidación en aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre 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 podrá hacer observaciones por escrito al pre - informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento. 6. Plazo de liquidación dentro del más breve plazo no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncia, 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 fecha denuncia B) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de avería



Handwritten signature or initials: C 2112

AFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	14

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

GRUESA: 180 DIAS CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO
7. PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION LOS PLAZOS ANTES SEÑALADOS PODRAN, EXCEPCIONALMENTE SIEMPRE QUE LAS CIRCUNSTANCIAS LO AMERITEN, PRORROGARSE, SUCESIVAMENTE POR IGUALES PERIODOS, INFORMANDO LOS MOTIVOS QUE LA FUNDAMENTEN E INDICANDO LAS GESTIONES CONCRETAS Y ESPECIFICAS QUE SE REALIZARAN LO QUE DEBERA COMUNICARSE AL ASEGURADO Y A LA SUPERINTENDENCIA, PUDIENDO ESTA ULTIMA DEJAR SIN EFECTO LA AMPLIACION, EN CASOS CALIFICADOS, Y FIJAR UN PLAZO PARA ENTREGA DEL INFORME DE LIQUIDACION. NO PODRA SER MOTIVO DE PRORROGA LA SOLICITUD DE NUEVOS ANTECEDENTES CUYO REQUERIMIENTO PUDO PERVERSE CON ANTERIORIDAD, SALVO QUE SE INDIQUEN LAS RAZONES QUE JUSTIFIQUEN LA FALTA DE REQUERIMIENTOS, NI PODRAN PRORROGARSE LOS SINIESTROS EN QUE NO HAYA EXISTIDO GESTION ALGUNA DEL LIQUIDADOR REGISTRADO O DIRECTO. 8. INFORME FINAL DE LIQUIDACION : EL INFORME FINAL DE LIQUIDACION DEBERA REMITIRSE AL ASEGURADO Y SIMULTANEAMENTE AL ASEGURADOR, CUANDO CORRESPONDA, Y DEBERA CONTENER NECESARIAMENTE LA TRANSCRIPCION INTEGRAL DE LOS ARTICULOS 26 Y 27 DEL REGLAMENTO DE AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS (D.S. DE HACIENDA N° 1.055. DE 2012, DIARIO OFICIAL DE 29 DE DICIEMBRE DE 2012). 9. IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION RECIBIDO EL INFORME DE LIQUIDACION, LA COMPAÑIA Y EL ASEGURADO DISPONDRAN DE UN PLAZO DE DIEZ DIAS HABILES PARA IMPUGNARLA. EN CASO DE LIQUIDACION DIRECTA POR LA COMPAÑIA, ESTE DERECHO SOLO LO TENDRA EL ASEGURADO. IMPUGNANDO EL INFORME, EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑIA DISPONDRAN DE UN PLAZO DE 6 DIAS HABILES PARA RESPONDER LA IMPUGNACION.

• ANEXO

• INFORMACION SOBRE PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS. EN VIRTUD DE LA CIRCULAR N° 2131 DE 28 DE NOVIEMBRE DE 2013, LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS, CORREDORES DE SEGUROS Y LIQUIDADORES DE SINIESTROS, DEBERAN RECIBIR, REGISTRAR Y RESPONDER TODAS LAS PRESENTACIONES, CONSULTAS O RECLAMOS QUE SE LES PRESENTEN DIRECTAMENTE POR EL CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIOS O LEGITIMOS INTERESADOS O SUS MANDATARIOS.

• LAS PRESENTACIONES PUEDEN SER EFECTUADA EN TODAS LAS



AFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	14

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

OFICINAS DE LAS ENTIDADES EN QUE SE ATIENDA PUBLICO, PRESENCIALMENTE, POR CORREO POSTAL, MEDIOS ELECTRONICOS, O TELEFONICAMENTE, SIN FORMALIDADES, EN EL HORARIO NORMAL DE ATENCION.

RECIBIDA UNA PRESENTACION, CONSULTA O RECLAMO, ESTA DEBERA SER RESPONDIDA EN EL PLAZO MAS BREVE POSIBLE, EL QUE NO PODRA EXCEDER DE 20 DIAS HABILES CONTADOS DESDE SU RECEPCION.

EL INTERESADO, EN CASO DE DISCONFORMIDAD RESPECTO DE LO INFORMADO, O BIEN CUANDO EXISTA DEMORA INJUSTIFICADA DE LA RESPUESTA, PODRA RECURRIR A LA COMISION PARA EL MERCADO FINANCIERO, AREA DE PROTECCION AL INVERSIONISTA Y ASEGURADO, CUYAS OFICINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 1449, PISO 1º, SANTIAGO, O A TRAVES DEL SITIO WEB WWW.CMFCHILE.CL.

ACTIVIDAD DEL RIESGO

Categoría 1: Trabajos administrativos
"Seleccionar esta opción si el 80% del grupo asegurado realiza actividades como: DIRECTIVOS DE EMPRESA, EMPLEADOS DE OFICINAS, PROFESIONALES DE ASESORIAS, AGENTES COMERCIALES, COMERCIO, RESTAURANTES, HOTELERIA, REPARACIONES E INSTALACIONES DOMICILIARIAS, MANTENIMIENTO DE EDIFICIOS DESTINADOS A VIVIENDAS, OFICINAS, COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE DE ÁMBITO URBANO, OPERARIOS LIVIANOS, PERSONAL DE PRODUCCIÓN Y MANTENIMIENTO EN CUALQUIER TIPO DE FÁBRICA O TALLER."



N° 1112200016955 A

HOJA ANEXA

.
. .
. .
ANTECEDENTES DEL CONTRATANTE
. .
CONTRATANTE : CORPORACION EDUCACIONAL
SAINT JOHN'S SCHOOL
. .
RUT : 71301400-1
. .
CORREDOR : THB
. .
VIGENCIA : 01-04-2023 HASTA 31-03-2024
. .
. .
MATERIA ASEGURADA
. .
SE OTORGA COBERTURA NOMINADA A 1487
ALUMNOS REGULARES DEL COLEGIO
CONTRATANTE A TRAVES DE LA MATRICULA ANUAL,
QUE SE ENCUENTRAN AFILIADOS A UNA
INSTITUCION DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRE O
FONASA)
. .
DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL
COLEGIO CONTRATANTE, QUE SE ENCUENTRAN
AFILIADOS A UNA INSTITUCION DE SALUD
PREVISIONAL (ISAPRE O FONASA)
. .
LOS FUNCIONARIOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO
DEL COLEGIO, TENDRAN COBERTURA POR LOS
MISMOS MONTOS DETALLADOS, SIN COSTO DE
PRIMA.
. .
. .
EN CASO DE ACCIDENTE, LOS ALUMNOS Y/O LOS
TRABAJADORES DEBEN ACREDITAR SU CALIDAD DE
ALUMNO/TRABAJADOR REGULAR O TENER ALGUN
DOCUMENTO QUE RESPALDE EL VINCULO CON EL
COLEGIO.
. .
. .



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

N° 1112200016955 A

HOJA ANEXA

·
EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA : 70 AÑOS DE
EDAD

·
·

·
COBERTURAS

·
SE CUBRE DE ACUERDO A CONDICIONES
GENERALES DE LA POLIZA DE ACCIDENTES
PERSONALES SEGUN POL320131474 DE LA C.M.F.

·

·
DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

·
·

·
INCAPACIDAD PERMANENTE DOS TERCIOS

·
EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA LA COMPAÑIA
PAGARA AL ASEGURADO EL MONTO ESPECIFICADO
EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, CUANDO
RESULTARE EN ESTADO DE INCAPACIDAD
PERMANENTE DOS TERCIOS (2/3) COMO
CONSECUENCIA DIRECTA DE LESIONES
PRODUCIDAS EN UN ACCIDENTE. LA POLIZA CUBRE
EL RIESGO DE INCAPACIDAD PERMANENTE DOS
TERCIOS (2/3) SIEMPRE QUE TALES
CONSECUENCIAS SE MANIFIESTEN DENTRO DE
CIENTO OCHENTA (180) DIAS CONTADOS DESDE LA
FECHA DEL ACCIDENTE.

·
·

·
PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA, SE
ENTIENDE POR INCAPACIDAD PERMANENTE DOS
TERCIOS, LA PERDIDA IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA,
A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE, DE A LO MENOS
DOS TERCIOS (2/3) DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO
DEL ASEGURADO, QUE DEBERA SER DETERMINADA
POR LA COMPAÑIA CONFORME A LAS PRUEBAS
PRESENTADAS Y EXAMENES REQUERIDOS. SERA
OBLIGACION DEL ASEGURADO, PROPORCIONAR A
LA COMPAÑIA TODOS LOS ANTECEDENTES
MEDICOS Y EXAMENES QUE OBREN EN SU PODER,



N° 1112200016955 A

HOJA ANEXA

AUTORIZAR A LA COMPAÑIA PARA REQUERIR DE SUS MEDICOS TRATANTES TODOS LOS ANTECEDENTES QUE ELLOS POSEAN Y DAR LAS FACILIDADES Y SOMETERSE A LOS EXAMENES Y PRUEBAS QUE LA COMPAÑIA SOLICITE PARA EFECTOS DE DETERMINAR Y VERIFICAR LA EFECTIVIDAD DE LA INCAPACIDAD CUBIERTA POR LA POLIZA. EL COSTO DE ESTOS EXAMENES SERA DE CARGO DE LA COMPAÑIA. LA COMPAÑIA DETERMINARA EN UN PLAZO MAXIMO DE CUARENTA Y CINCO (45) DIAS, CONTADOS DESDE LA FECHA EN QUE CONSTE LA PRESENTACION DE LA ULTIMA INFORMACION REQUERIDA, SI SE HA PRODUCIDO LA INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS (2/3) DE UN ASEGURADO, CONFORME A LAS PRUEBAS PRESENTADAS Y LOS EXAMENES REQUERIDOS, EN SU CASO. LA DECLARACION DE INVALIDEZ DEL ASEGURADO DE ALGUN ORGANISMO PREVISIONAL O LEGAL, SOLO TENDRA PARA LA COMPAÑIA UN VALOR MERAMENTE INFORMATIVO. DURANTE EL PERIODO DE EVALUACION, Y HASTA QUE PROCEDA EL PAGO DEFINITIVO DE LA INDEMNIZACION, EL CONTRATANTE DEL SEGURO DEBERA CONTINUAR PAGANDO LAS PRIMAS A OBJETO DE MANTENER VIGENTES LAS DEMAS COBERTURAS DE ESTA POLIZA. SI EN DEFINITIVA PROCEDE EL PAGO DE LA INDEMNIZACION, LA COMPAÑIA PAGARA EL MONTO ASEGURADO Y DEVOLVERA LAS PRIMAS PAGADAS POR ESTA COBERTURA DESDE EL MES SIGUIENTE DE LA REFERIDA DECLARACION DE INCAPACIDAD, SIEMPRE QUE NO EXISTAN CUOTAS ATRASADAS, EN CUYO CASO SERAN DEDUCIDAS DEL TOTAL DE PRIMAS A RESTITUIR. SI EL ASEGURADO RESULTARE EN ESTADO DE INCAPACIDAD PERMANENTE DOS TERCIOS (2/3) Y EN FORMA PREVIA SE HUBIERE PAGADO ALGUNA INDEMNIZACION CON CARGO A OTRA COBERTURA CONTRATADA, LA COMPAÑIA DEDUCIRA DE LA INDEMNIZACION EL IMPORTE TOTAL DE LO YA PAGADO POR EL MISMO ACCIDENTE.

.
. .
. .
COBERTURA POR DESMEMBRAMIENTO



HOJA ANEXA

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA LA COMPAÑIA PAGARA AL ASEGURADO EL MONTO ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, CUANDO SE PRODUZCA CUALQUIERA DE LAS PERDIDAS QUE A CONTINUACION SE INDICAN: 1. 100% EN CASO DE PERDIDA TOTAL DE LA VISION DE AMBOS OJOS, O DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZOS), O DE LAS DOS MANOS, O DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNAS), O DE LOS DOS PIES, O DE UN MIEMBRO INFERIOR (PIERNA) CON UNA MANO O UN BRAZO; 2. 50% POR LA PERDIDA TOTAL DE UNO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZOS), O UNO DE LOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNA), O DE UNA MANO, O DE UN PIE, O POR LA SORDERA COMPLETA DE AMBOS OIDOS, O POR LA PERDIDA DEL HABLA; 3. 50% POR LA CEGUERA TOTAL DE UN OJO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERE TENIDO CEGUERA TOTAL DEL OTRO ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO; 4. 35% POR LA PERDIDA TOTAL DE LA VISION DE UN OJO; 5. 25% POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OIDO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERA TENIDO SORDERA COMPLETA DEL OTRO, ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO; 6. 20% POR LA PERDIDA TOTAL DEL PULGAR DE UNA MANO; 7. 15% POR LA SORDERA TOTAL COMPLETA DE UN OIDO; 8. 5% POR LA PERDIDA TOTAL DE CUALQUIERA DE LOS DEMAS DEDOS DE LA MANO; 9. 3% POR LA PERDIDA TOTAL DE UN DEDO DEL PIE. LA POLIZA CUBRE EL RIESGO DE DESMEMBRAMIENTO SIEMPRE QUE TALES CONSECUENCIAS SE MANIFIESTEN DENTRO DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE. SE ENTENDERA POR PERDIDA TOTAL LA ELIMINACION DEFINITIVA DE UN MIEMBRO DEL ORGANISMO AL CUAL PERTENECE. LA PERDIDA FUNCIONAL TOTAL, ES DECIR LA AUSENCIA DEFINITIVA, IRREVERSIBLE Y TOTAL DE LA CAPACIDAD DE FUNCION O FISIOLOGIA DEL O LOS ORGANOS AFECTADOS, PUDIENDO O NO ESTAR IMPLICADO EL ASPECTO ANATOMICO DEL MIEMBRO COMPROMETIDO, SE CONSIDERARA PERDIDA TOTAL PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA. EN EL CASO DE OCURRIR MAS DE UN SINIESTRO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA,



N° 1112200016955 A

HOJA ANEXA

LOS PORCENTAJES A INDEMNIZAR SE CALCULARAN EN BASE AL MONTO ASEGURADO Y NO AL SALDO DE ESTE, DESPUES DE HABER EFECTUADO OTROS PAGOS. SIN EMBARGO, EL TOTAL DE INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE DESMEMBRAMIENTOS POR UNO O MAS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE ESTA POLIZA, NO PODRA, EN NINGUN CASO, EXCEDER DEL 100% DEL MONTO ASEGURADO PARA ESTA COBERTURA.

.

REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

.

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA LA COMPAÑIA REEMBOLSARA AL ASEGURADO, HASTA EL MONTO MAXIMO SEÑALADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, POR LOS GASTOS MEDICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS, QUE SEAN CONSECUENCIA INMEDIATA Y DIRECTA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA. LA POLIZA CUBRE LOS GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE SIEMPRE QUE SEAN PRODUCTO DE ATENCIONES PRESTADAS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS DENTRO DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE. SERA CONDICION NECESARIA PARA PROCEDER AL REEMBOLSO, LA PRESENTACION POR PARTE DEL ASEGURADO, DE LAS BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES COMPROBATORIAS DE LOS GASTOS EFECTUADOS.

.

EN CASO QUE EL ASEGURADO TUVIESE BENEFICIOS DE ALGUNA INSTITUCION DE SALUD ESTATAL, PRIVADA Y/O BIENESTAR, DEBERA HACER USO DE ELLOS PREVIAMENTE. EN ESE EVENTO, NO SERA EXIGIBLE LA PRESENTACION DE BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES, BASTANDO QUE SE PRESENTAN DOCUMENTOS COMPROBATORIOS DE LOS BENEFICIOS PERCIBIDOS Y DEL REAL GASTO INCURRIDO POR EL ASEGURADO. EN ESTOS CASOS SOLO SERAN REEMBOLSADOS LOS GASTOS QUE REALMENTE SEAN DE CARGO DEL ASEGURADO.

.



N° 1112200016955 A

HOJA ANEXA

.
SE DEJA CONSTANCIA QUE LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE OPERA EN EXCESO DE ISAPRE, FONASA Y/U OTRO SISTEMA DE SALUD. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE AFILIADO A ALGUNA DE LAS ANTERIORES LA COMPAÑIA REEMBOLSARA EL 50% DE LA PRESTACION MEDICA Y/O GASTOS MEDICOS.
. .
PARA LOS ALUMNOS QUE SEAN EXTRANJEROS Y QUE NO TENGAN SISTEMA PREVISIONAL EN EL PAIS LA COMPAÑIA REEMBOLSARA EL 50% DE LA PRESTACION MEDICA Y/O GASTOS MEDICOS.
. .
EL SERVICIO DE AMBULANCIA SE DESCONTARA DEL CAPITAL ASEGURADO CORRESPONDIENTE A RGM Y CUBRIRA HASTA EL TOPE CONTRATADO POR ASEGURADO.
. .
INCLUSION, EXCLUSION Y MODIFICACION DE ASEGURADOS
. .
PARA MANTENER ACTUALIZADA LA NOMINA DE ASEGURADOS CUBIERTOS, EL CONTRATANTE ENVIARA POR ESCRITO AL ASEGURADOR Y ANTES DEL DIA 20 DE CADA MES, LAS SOLICITUDES DE INCLUSION, EXCLUSION O MODIFICACION DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ASEGURADOS YA EXISTENTES EN LA NOMINA.
. .
PARA LA INCLUSION DE ASEGURADOS, EL CONTRATANTE INDICARA LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES PARA CADA ASEGURADO:



N° 1112200016955 A

HOJA ANEXA

.
NOMBRE, RUT Y FECHA DE NACIMIENTO.

.
FECHA DE INCLUSION.

.
.

.
PARA LA EXCLUSION DE ASEGURADOS, EL CONTRATANTE DEBERA INDICAR EL NOMBRE COMPLETO Y RUT DEL ASEGURADO QUE SERA ELIMINADO DE LA POLIZA, PONIENDOSE FIN A SU COBERTURA A PARTIR DE LA FECHA DE SOLICITUD POR PARTE DEL CONTRATANTE. EN CASO QUE CUYA FECHA SEA RETROACTIVA SE RESPETARA SIEMPRE Y CUANDO EL PAGO DE LAS PRIMAS ESTE AL DIA, DE LO CONTRARIO, ESTA REGIRA A PARTIR DEL PRIMERO DEL MES SIGUIENTE, AL MES DE RECEPCION DE LA EXCLUSION POR PARTE DEL ASEGURADOR.

.
.

.
PARA LA MODIFICACION DE LAS CARACTERISTICAS DE UN ASEGURADO, EL CONTRATANTE DEBERA INDICAR EL NOMBRE COMPLETO, RUT Y LA MODIFICACION SOLICITADA. ESTA MODIFICACION REGIRA A PARTIR DE LA FECHA DE SOLICITUD POR PARTE DEL CONTRATANTE. EN CASO DE NO INDICAR FECHA, ESTA REGIRA A PARTIR DE LA FECHA DE RECEPCION DE LA MODIFICACION POR PARTE DEL ASEGURADOR.

.
.

.
SE DEJA CONSTANCIA, QUE LA COBRANZA DE LAS PRIMAS SE EFECTUARA EN FUNCION DE LOS MOVIMIENTOS Y/O MODIFICACIONES A LAS CARACTERISTICAS DE LOS ASEGURADOS VIGENTES, POR CONSIGUIENTE, LAS DIFERENCIAS QUE SE GENEREN SE REFLEJARAN EN LA COBRANZA DEL MES SIGUIENTE.

.
EL INGRESO DE NUEVOS ASEGURADOS LO PODRAN REALIZAR DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, SOLO LAS NUEVAS CONTRATACIONES. AQUELLOS



HOJA ANEXA

EMPLEADOS QUE CONTRATADOS POR LA EMPRESA CONTRATANTE Y REUNIENDO LAS CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDAS, NO HAYAN INGRESADO A LA FECHA DE RENOVACION DE LA POLIZA, NO LO PODRAN HACER HASTA EL ANIVERSARIO SIGUIENTE.

• OTRAS CONDICIONES

• COBERTURA: GASTOS MEDICOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS POR ACCIDENTE, EN EXCESO DE ISAPRE Y/O FONASA.

• UN 100% DE REEMBOLSO, SI EL GASTO ES EN EXCESO DEL REEMBOLSO DE LA INSTITUCION DE SALUD PREVISIONAL DEL ASEGURADO (ISAPRE O FONASA),

• UN 100% DE REEMBOLSO, SI EL GASTO ES REALIZADO EN EXCESO DEL REEMBOLSO DE ALGUN SEGURO QUE POSEA EL ASEGURADO. EN ESE EVENTO NO SERA EXIGIBLE LA PRESENTACION DE BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES, EN VEZ DE ELLAS DEBERA PRESENTAR DOCUMENTOS COMPROBATORIOS DE LOS BENEFICIOS YA RECIBIDOS Y DEL REAL GASTOS INCURRIDO POR EL ASEGURADO. EN ESTOS CASOS SOLO SERAN REEMBOLSADOS LOS GASTOS QUE SEAN DE CARGO DEL ASEGURADO (COPAGO).

• PARA LOS ASEGURADOS QUE NO TENGAN SISTEMA PREVISIONAL (ISAPRE O FONASA), O NO REEMBOLSEN ESTAS INSTITUCIONES, SE REEMBOLSARA EL 50% DE LOS GASTOS HASTA EL LIMITE ESTIPULADO EN LA POLIZA (UF250).

• EN EL EVENTO QUE EL ACCIDENTE OCURRA EN EL EXTRANJERO, LA COBERTURA DE GASTOS MEDICOS SE CUBRIRA EN UN 50%, CON TOPE DEL 50% DEL CAPITAL ASIGNADO PARA DICHA COBERTURA

• EL ASEGURADO DEBERA, EN PRIMERA INSTANCIA, HACER USO DE SU SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD (ISAPRE O FONASA) Y POSTERIORMENTE



N° 1112200016955 A

HOJA ANEXA

SOLICITAR EL REEMBOLSO A LA COMPAÑIA ASEGURADORA.

· EN CASO QUE LOS SISTEMAS PREVISIONALES NO CONTEMPLÉN DENTRO DE SUS BENEFICIOS UNA PRESTACION, SE PROCEDERA A BONIFICAR EL 50% DEL GASTO INCURRIDO Y PRESENTADO HASTA EL TOPE DE ANUAL UF250, EL QUE DEBERA ACREDITARSE MEDIANTE UN TIMBRE SIN BONIFICACION O NO BONIFICABLE.

· EL SERVICIO DE AMBULANCIA SE DESCONTARA DEL CAPITAL CORRESPONDIENTE AL REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS HASTA EL TOPE DE UF250 ANUAL.

· COBERTURA DE DEPORTES DE PASATIEMPO Y COMPETENCIAS ESCOLARES TALES COMO: FUTBOL, RUGBY,

· BASQUETBOL, HOCKEY, EQUITACION, SKY, TENIS, VOLEIBOL, ATLETISMO, HOCKEY, NATACION Y OTROS QUE REGULE EL COLEGIO.

· COBERTURA DENTRO Y FUERA DE CHILE

· COBERTURA PARA PICADURAS DE INSECTO Y MORDEDURAS DE PERROS.

· SE OMITE TIMBRE DE ISAPRE EN BOLETAS DE INSUMOS Y PROCEDIMIENTOS. REEMBOLSO AL 100%

· INCLUYE COBERTURA PARA YESO, BASTONES Y TODO TIPO DE ORTESIS

· CUBRE MEDICAMENTOS AL 100%

· EL PLAZO PARA SOLICITAR REEMBOLSOS DE 60 DIAS.

·

· ADICIONALES

·



N° 1112200016955 A

HOJA ANEXA

SE DEJA CONSTANCIA QUE SE OTORGARAN LAS SIGUIENTES COBERTURAS ADICIONALES:

.
.

TERREMOTO, MOVIMIENTOS SISMICOS CUALQUIERA SEA SU GRADO Y TSUNAMI. -

NEGLIGENCIA O IMPRUDENCIA LEVE

DEPORTES BASICOS

ASALTO Y HOMICIDIO

MOTOCICLISMO, SEA EN CALIDAD DE CONDUCTOR O PASAJERO Y ADEMAS EL USO DE MOTONETAS, MOTO FURGONETAS O VEHICULOS SIMILARES, SOLO COMO MEDIO DE TRANSPORTE.

EL EJERCICIO DE DEPORTES EXTRAORDINARIOS Y NOTORIAMENTE PELIGROSOS TALES COMO: POLO, HOCKEY, RUGBY, FUTBOL, PAPERCHASE, STEEPLECHASE, ANDINISMO, BOX Y SKY, Y TODA DEMOSTRACION ATLETICA O DEPORTIVA QUE NO SE PREMIE CON DINERO. EQUITACION O RODEO PRACTICADOS COMO DEPORTES.

SE OTORGA COBERTURA DE CONGELAMIENTO Y/O INSOLACION A LOS ASEGURADOS QUE OCASIONALMENTE QUEDEN EXPUESTOS A UN FACTOR CLIMATICO ADVERSO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

SE CUBREN LOS VIAJES AEREOS EN VUELOS NO REGULARES: ESTAN CUBIERTOS LOS VUELOS EN AERONAVES PRIVADAS/CORPORATIVAS CON ALA FIJA Y HELICOPTEROS PARA TRANSPORTE EJECUTIVO, SIEMPRE QUE HAYAN SIDO FABRICAS EN LOS ULTIMOS 20 AÑOS. LOS VUELOS DEBERAN SER REALIZADOS ENTRE AEROPUERTOS TERRESTRES LEGALMENTE ESTABLECIDOS. QUEDAN EXCLUIDOS LOS VUELOS EN ROTOR CRAFT, VEHICULOS AEREOS DE PRUEBA, NAVES INDUSTRIALES PARA AUXILIO Y RESCATE, MILITARES O SIMILARES, Y LA UTILIZACION DE



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

Pag. 18 / 20

N° 1112200016955 A

HOJA ANEXA

CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE AEREO QUE NO ESTE REGISTRADO PARA REALIZAR EL TRANSPORTE COMERCIAL DE PASAJEROS. PILOTOS Y TRIPULACION NO ESTARAN CUBIERTOS Y DEBEN TENER, EL MAXIMO DE 65 AÑOS DE EDAD, CASO CONTRARIO LOS PASAJEROS NO ESTARAN CUBIERTOS. LOS CUMULOS POR EVENTO Y POR AÑO QUEDARAN REDUCIDOS AL 40% EN CASO DE UN ACCIDENTE EN CONSECUENCIA DE VUELO NO REGULAR.

• LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE MOTINES, TERRORISMO O TUMULTOS, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO RESPECTO DE LA INTERVENCION DEL ASEGURADO EN DICHS ACTOS
GASTOS FUNERARIOS

• UF 15 POR ASEGURADO (BENEFICIO SIN COBRO DE PRIMA) TOPE ANUAL DEL BENEFICIO UF100 PARA AMBOS GRUPOS.

• SE CUBREN LOS GASTOS FUNERARIOS EN QUE DEBERIA INCURRIR COMO CONSECUENCIA DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DE ESTE. PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA, SE ENTENDERA POR GASTOS FUNERARIOS EL DE LA COMPRA DE LA URNA, ATAUD, ANFORA O COFRE; EL SERVICIO DE TRANSPORTE DE LOS RESTOS; LA PUBLICACION DEL FALLECIMIENTO EN UN DIARIO DEL DOMICILIO DEL ASEGURADO FALLECIDO; GASTOS DE SEPULTURA Y LOS DEL SERVICIO RELIGIOSO. SOLO SE PAGARA TALES GASTOS SI LA MUERTE OCURRE DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL Y, EN TODO CASO HASTA EL MONTO MAXIMO INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA.

•
•
•
CONDICIONES DE SUSCRIPCION

• RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE: EL CONTRATANTE ASUME LAS RESPONSABILIDADES QUE EMANEN DE SU ACTUACION COMO CONTRATANTE DEL PRESENTE SEGURO COLECTIVO.



N° 1112200016955 A

HOJA ANEXA

·
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS
CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDAS
EN LA POLIZA DE PARTE DE UN ASEGURADO NO
DARA DERECHO, EN NINGUN CASO, AL PAGO DE
ALGUN SINIESTRO CUBIERTO POR ESTE
CONTRATO.

·
EL PAGO DE UN SINIESTRO, SE REALIZARA A QUIEN
SE SEÑALE EN LA POLIZA SUSCRITA. EN ESTE CASO
PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL
(SOLO OTORGADA AL GRUPO 2) LOS
BENEFICIARIOS SON LOS HEREDEROS LEGALES,
PARA LAS DEMAS COBERTURAS EL MISMO
ASEGURADO O SU TUTOR LEGAL EN CASO DE SER
MENOR DE EDAD.

·
·

MODALIDAD DE PAGO:

·
CONTADO : SIN INTERES.

·
CREDITO : 1, 3, 4, 6, 10 CUOTAS IGUALES Y

·
·

CONSECUTIVAS SIN INTERES. -

·
·



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

ENDOSO

Afecta Poliza Número	Vigencia Póliza		Vigencia Endoso	
	Inicial	Final	Inicial	Final
	1112200016955 A	31-03-2023	31-03-2024	31-03-2023

N°

16

Ramo ACCIDENTES PERSONALES COL.	Tipo de Endoso : GENERAL.
------------------------------------	------------------------------

Nombre Corredor THB CHILE CORREDORES DE SEGUROS S.A.	RUT Corredor : 77.508.900 -8
---	---------------------------------

Nombre o Razon Social Proponente CORPORACIÓN EDUCACIONAL SAIN'T JOH	RUT Proponente : 71.301.400 -1
--	-----------------------------------

IMPORTE

Moneda : UNIDAD DE FOMENTO	Prima afecta : 0,00
Monto asegurado : 0,00	Prima exenta : 0,00
Comisión Corredor : 0,00	IVA : 0,00
	Prima Total : 0,00

DESCRIPCION DEL ENDOSO


CORRECCIONES

MEDIANTE EL PRESENTE ENDOSO SE DEJA CONSTANCIA DE LO SIGUIENTE:

CONTRATANTE:
CORPORACIÓN EDUCACIONAL SAIN'T JOHNS SCHOOL

PARA LOS ALUMNOS QUE SEAN EXTRANJEROS Y/O FUNCIONARIOS QUE NO TENGAN SISTEMA PREVISIONAL EN EL PAIS

OAC II, 27 de ABRIL de 2023
1112200016955.16.ATARAVE.1|OAC II
Folio : 3836523


p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

AFFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	16

DESCRIPCION DEL ENDOSO

LA COMPAÑIA REEMBOLSARA EL 50% DE LA PRESTACION MEDICA Y/O GASTOS MEDICOS.

.
.
CONVENIO CERRADO:
BAJO ESTA MODALIDAD LOS ASEGURADOS PODRAN RECURRIR A LAS SIGUIENTES CLINICAS EN CONVENIO, PARA SOLICITAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN ANTE UN ACCIDENTE. LOS GASTOS MEDICOS HASTA EL TOPE DEL CAPITAL ASRGURADO POR EL TITULAR SERAN COBRADOS DIRECTAMENTE A MAPFRE SEGUROS:

.
CLINICA LOS ANDES LOS ANGELES VIIIREGION
CLINICA ADVENTISTA LOS ANGELES VII REGION
CLINICA ANDES SALUD CONCEPCION VIII REGION

.
.
.
.
.
DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO VARIAN

.
SIN MOVIMIENTO DE PRIMA
.
.
.



P.P MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

AFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	16

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

.
ANTECEDENTES DEL CONTRATANTE
.
CONTRATANTE : CORPORACION EDUCACIONAL
SAINT´JOHNS SCHOOL
.
RUT : 71301400-1
.
CORREDOR : THB
.
VIGENCIA : 01-04-2023 HASTA 31-03-2024
.
.
MATERIA ASEGURADA
.
SE OTORGA COBERTURA NOMINADA A 1487
ALUMNOS REGULARES DEL COLEGIO
CONTRATANTE A TRAVES DE LA MATRICULA ANUAL,
QUE SE ENCUENTRAN AFILIADOS A UNA
INSTITUCION DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRE O
FONASA)
.
DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL
COLEGIO CONTRATANTE, QUE SE ENCUENTRAN
AFILIADOS A UNA INSTITUCION DE SALUD
PREVISIONAL (ISAPRE O FONASA)
.
LOS FUNCIONARIOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO
DEL COLEGIO, TENDRAN COBERTURA POR LOS
MISMOS MONTOS DETALLADOS, SIN COSTO DE
PRIMA.
.
.
EN CASO DE ACCIDENTE, LOS ALUMNOS Y/O LOS
TRABAJADORES DEBEN ACREDITAR SU CALIDAD DE
ALUMNO/TRABAJADOR REGULAR O TENER ALGUN
DOCUMENTO QUE RESPALDE EL VINCULO CON EL
COLEGIO.
.
.
AMBITO DE COBERTURA
.
24 HORAS, LOS 365 DIAS DEL AÑO
.
.



AFFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	16

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

• COBERTURAS/MONTO ASEGURADO POR PERSONA (UF) | TASAS NETA ((POR MIL)) | PRIMA NETA (UF)

• ITP 2/3 | 400 | 0.08 | 0.03

• DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL | 400 | 0.08 | 0.03

• REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE | 250 | 1.44 | 0.36

• GASTOS FUNERARIOS | 15

• PRIMA NETA ANUAL POR ALUMNO | 0.42

• PRIMA BRUTA ANUAL POR ALUMNO | 0.50

•

•

•

•

• EDADES LIMITES DE INGRESO Y PERMANENCIA

•

•

•

• COBERTURAS: ITP 2/3, DESMEMBRAMIENTO, REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE Y GASTOS FUNERARIOS

•

•

• EDAD MINIMA DE INGRESO : 01 AÑOS DE EDAD

• EDAD MAXIMA DE INGRESO : 64 AÑOS DE EDAD

• EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA : 70 AÑOS DE EDAD

•

•

• COBERTURAS

• SE CUBRE DE ACUERDO A CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES SEGUN POL320131474 DE LA C.M.F.

•

• DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

•



AFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	16

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

PAGARA AL ASEGURADO EL MONTO ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, CUANDO RESULTARE EN ESTADO DE INCAPACIDAD PERMANENTE DOS TERCIOS (2/3) COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LESIONES PRODUCIDAS EN UN ACCIDENTE. LA POLIZA CUBRE EL RIESGO DE INCAPACIDAD PERMANENTE DOS TERCIOS (2/3) SIEMPRE QUE TALES CONSECUENCIAS SE MANIFIESTEN DENTRO DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

.
.

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD PERMANENTE DOS TERCIOS, LA PERDIDA IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA, A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE, DE A LO MENOS DOS TERCIOS (2/3) DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO DEL ASEGURADO, QUE DEBERA SER DETERMINADA POR LA COMPAÑIA CONFORME A LAS PRUEBAS PRESENTADAS Y EXAMENES REQUERIDOS. SERA OBLIGACION DEL ASEGURADO, PROPORCIONAR A LA COMPAÑIA TODOS LOS ANTECEDENTES MEDICOS Y EXAMENES QUE OBREN EN SU PODER, AUTORIZAR A LA COMPAÑIA PARA REQUERIR DE SUS MEDICOS TRATANTES TODOS LOS ANTECEDENTES QUE ELLOS POSEAN Y DAR LAS FACILIDADES Y SOMETERSE A LOS EXAMENES Y PRUEBAS QUE LA COMPAÑIA SOLICITE PARA EFECTOS DE DETERMINAR Y VERIFICAR LA EFECTIVIDAD DE LA INCAPACIDAD CUBIERTA POR LA POLIZA. EL COSTO DE ESTOS EXAMENES SERA DE CARGO DE LA COMPAÑIA. LA COMPAÑIA DETERMINARA EN UN PLAZO MAXIMO DE CUARENTA Y CINCO (45) DIAS, CONTADOS DESDE LA FECHA EN QUE CONSTE LA PRESENTACION DE LA ULTIMA INFORMACION REQUERIDA, SI SE HA PRODUCIDO LA INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS (2/3) DE UN ASEGURADO, CONFORME A LAS PRUEBAS PRESENTADAS Y LOS EXAMENES REQUERIDOS, EN SU CASO. LA DECLARACION DE INVALIDEZ DEL ASEGURADO DE ALGUN ORGANISMO PREVISIONAL O LEGAL, SOLO TENDRA PARA LA COMPAÑIA UN VALOR MERAMENTE INFORMATIVO. DURANTE EL PERIODO DE EVALUACION, Y HASTA QUE PROCEDA EL PAGO DEFINITIVO DE LA INDEMNIZACION, EL CONTRATANTE DEL SEGURO DEBERA CONTINUAR PAGANDO LAS PRIMAS A



Handwritten signature or initials: C 2112

AFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	16

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

COBERTURA DESDE EL MES SIGUIENTE DE LA REFERIDA DECLARACION DE INCAPACIDAD, SIEMPRE QUE NO EXISTAN CUOTAS ATRASADAS, EN CUYO CASO SERAN DEDUCIDAS DEL TOTAL DE PRIMAS A RESTITUIR. SI EL ASEGURADO RESULTARE EN ESTADO DE INCAPACIDAD PERMANENTE DOS TERCIOS (2/3) Y EN FORMA PREVIA SE HUBIERE PAGADO ALGUNA INDEMNIZACION CON CARGO A OTRA COBERTURA CONTRATADA, LA COMPAÑIA DEDUCIRA DE LA INDEMNIZACION EL IMPORTE TOTAL DE LO YA PAGADO POR EL MISMO ACCIDENTE.

.
.

COBERTURA POR DESMEMBRAMIENTO

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA LA COMPAÑIA PAGARA AL ASEGURADO EL MONTO ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, CUANDO SE PRODUZCA CUALQUIERA DE LAS PERDIDAS QUE A CONTINUACION SE INDICAN: 1. 100% EN CASO DE PERDIDA TOTAL DE LA VISION DE AMBOS OJOS, O DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZOS), O DE LAS DOS MANOS, O DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNAS), O DE LOS DOS PIES, O DE UN MIEMBRO INFERIOR (PIERNA) CON UNA MANO O UN BRAZO; 2. 50% POR LA PERDIDA TOTAL DE UNO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZOS), O UNO DE LOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNA), O DE UNA MANO, O DE UN PIE, O POR LA SORDERA COMPLETA DE AMBOS OIDOS, O POR LA PERDIDA DEL HABLA; 3. 50% POR LA CEGUERA TOTAL DE UN OJO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERE TENIDO CEGUERA TOTAL DEL OTRO ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO; 4. 35% POR LA PERDIDA TOTAL DE LA VISION DE UN OJO; 5. 25% POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OIDO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERA TENIDO SORDERA COMPLETA DEL OTRO, ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO; 6. 20% POR LA PERDIDA TOTAL DEL PULGAR DE UNA MANO; 7. 15% POR LA SORDERA TOTAL COMPLETA DE UN OIDO; 8. 5% POR LA PERDIDA TOTAL DE CUALQUIERA DE LOS DEMAS DEDOS DE LA MANO; 9. 3% POR LA PERDIDA TOTAL DE UN DEDO DEL PIE. LA POLIZA CUBRE EL RIESGO DE DESMEMBRAMIENTO SIEMPRE QUE TALES CONSECUENCIAS SE MANIFIESTEN DENTRO DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS CONTADOS DESDE LA



Handwritten signature or initials: C 2112

AFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	16

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

LA CAPACIDAD DE FUNCION O FISILOGIA DEL O LOS ORGANOS AFECTADOS, PUDIENDO O NO ESTAR IMPLICADO EL ASPECTO ANATOMICO DEL MIEMBRO COMPROMETIDO, SE CONSIDERARA PERDIDA TOTAL PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA. EN EL CASO DE OCURRIR MAS DE UN SINIESTRO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, LOS PORCENTAJES A INDEMNIZAR SE CALCULARAN EN BASE AL MONTO ASEGURADO Y NO AL SALDO DE ESTE, DESPUES DE HABER EFECTUADO OTROS PAGOS. SIN EMBARGO, EL TOTAL DE INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE DESMEMBRAMIENTOS POR UNO O MAS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE ESTA POLIZA, NO PODRA, EN NINGUN CASO, EXCEDER DEL 100% DEL MONTO ASEGURADO PARA ESTA COBERTURA.

.

REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

.

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA LA COMPAÑIA REEMBOLSARA AL ASEGURADO, HASTA EL MONTO MAXIMO SEÑALADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, POR LOS GASTOS MEDICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS, QUE SEAN CONSECUENCIA INMEDIATA Y DIRECTA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA. LA POLIZA CUBRE LOS GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE SIEMPRE QUE SEAN PRODUCTO DE ATENCIONES PRESTADAS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS DENTRO DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE. SERA CONDICION NECESARIA PARA PROCEDER AL REEMBOLSO, LA PRESENTACION POR PARTE DEL ASEGURADO, DE LAS BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES COMPROBATORIAS DE LOS GASTOS EFECTUADOS.

.

EN CASO QUE EL ASEGURADO TUVIESE BENEFICIOS DE ALGUNA INSTITUCION DE SALUD ESTATAL, PRIVADA Y/O BIENESTAR, DEBERA HACER USO DE ELLOS PREVIAMENTE. EN ESE EVENTO, NO SERA EXIGIBLE LA PRESENTACION DE BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES, BASTANDO QUE SE PRESENTAN DOCUMENTOS COMPROBATORIOS DE LOS BENEFICIOS PERCIBIDOS Y DEL REAL GASTO INCURRIDO POR EL ASEGURADO. EN ESTOS CASOS



AFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	16

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

SE DEJA CONSTANCIA QUE LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE OPERA EN EXCESO DE ISAPRE, FONASA Y/U OTRO SISTEMA DE SALUD. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE AFILIADO A ALGUNA DE LAS ANTERIORES LA COMPAÑIA REEMBOLSARA EL 50% DE LA PRESTACION MEDICA Y/O GASTOS MEDICOS.

.
.
.

PARA LOS ALUMNOS QUE SEAN EXTRANJEROS Y/O FUNCIONARIOS QUE NO TENGAN SISTEMA PREVISIONAL EN EL PAIS LA COMPAÑIA REEMBOLSARA EL 50% DE LA PRESTACION MEDICA Y/O GASTOS MEDICOS.

.
.

EL SERVICIO DE AMBULANCIA SE DESCONTARA DEL CAPITAL ASEGURADO CORRESPONDIENTE A RGM Y CUBRIRA HASTA EL TOPE CONTRATADO POR ASEGURADO.

.
.
.

INCLUSION, EXCLUSION Y MODIFICACION DE ASEGURADOS

.
.
.

PARA MANTENER ACTUALIZADA LA NOMINA DE ASEGURADOS CUBIERTOS, EL CONTRATANTE ENVIARA POR ESCRITO AL ASEGURADOR Y ANTES DEL DIA 20 DE CADA MES, LAS SOLICITUDES DE INCLUSION, EXCLUSION O MODIFICACION DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS ASEGURADOS YA EXISTENTES EN LA NOMINA.

.
.
.

PARA LA INCLUSION DE ASEGURADOS, EL CONTRATANTE INDICARA LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES PARA CADA ASEGURADO:

- NOMBRE, RUT Y FECHA DE NACIMIENTO.
- FECHA DE INCLUSION.

.
.
.



Afecta Poliza Numero	Endoso
1112200016955 A	16

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

POR PARTE DEL CONTRATANTE. EN CASO QUE CUYA FECHA SEA RETROACTIVA SE RESPETARA SIEMPRE Y CUANDO EL PAGO DE LAS PRIMAS ESTE AL DIA, DE LO CONTRARIO, ESTA REGIRA A PARTIR DEL PRIMERO DEL MES SIGUIENTE, AL MES DE RECEPCION DE LA EXCLUSION POR PARTE DEL ASEGURADOR.

.
.

PARA LA MODIFICACION DE LAS CARACTERISTICAS DE UN ASEGURADO, EL CONTRATANTE DEBERA INDICAR EL NOMBRE COMPLETO, RUT Y LA MODIFICACION SOLICITADA. ESTA MODIFICACION REGIRA A PARTIR DE LA FECHA DE SOLICITUD POR PARTE DEL CONTRATANTE. EN CASO DE NO INDICAR FECHA, ESTA REGIRA A PARTIR DE LA FECHA DE RECEPCION DE LA MODIFICACION POR PARTE DEL ASEGURADOR.

.
.

SE DEJA CONSTANCIA, QUE LA COBRANZA DE LAS PRIMAS SE EFECTUARA EN FUNCION DE LOS MOVIMIENTOS Y/O MODIFICACIONES A LAS CARACTERISTICAS DE LOS ASEGURADOS VIGENTES, POR CONSIGUIENTE, LAS DIFERENCIAS QUE SE GENEREN SE REFLEJARAN EN LA COBRANZA DEL MES SIGUIENTE.

.

EL INGRESO DE NUEVOS ASEGURADOS LO PODRAN REALIZAR DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, SOLO LAS NUEVAS CONTRATACIONES. AQUELLOS EMPLEADOS QUE CONTRATADOS POR LA EMPRESA CONTRATANTE Y REUNIENDO LAS CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDAS, NO HAYAN INGRESADO A LA FECHA DE RENOVACION DE LA POLIZA, NO LO PODRAN HACER HASTA EL ANIVERSARIO SIGUIENTE.

.

OTRAS CONDICIONES

.

COBERTURA: GASTOS MEDICOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS POR ACCIDENTE, EN EXCESO DE ISAPRE Y/O FONASA.

.

UN 100% DE REEMBOLSO, SI EL GASTO ES EN EXCESO DEL REEMBOLSO DE LA INSTITUCION DE SALUD PREVISIONAL DEL ASEGURADO (ISAPRE O



Handwritten signature or initials: C 2112

AFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	16

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

ESE EVENTO NO SERA EXIGIBLE LA PRESENTACION DE BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES, EN VEZ DE ELLAS DEBERA PRESENTAR DOCUMENTOS COMPROBATORIOS DE LOS BENEFICIOS YA RECIBIDOS Y DEL REAL GASTOS INCURRIDO POR EL ASEGURADO. EN ESTOS CASOS SOLO SERAN REEMBOLSADOS LOS GASTOS QUE SEAN DE CARGO DEL ASEGURADO (COPAGO).

• PARA LOS ASEGURADOS QUE NO TENGAN SISTEMA PREVISIONAL (ISAPRE O FONASA), O NO REEMBOLSEN ESTAS INSTITUCIONES, SE REEMBOLSARA EL 50% DE LOS GASTOS HASTA EL LIMITE ESTIPULADO EN LA POLIZA (UF250).

• EN EL EVENTO QUE EL ACCIDENTE OCURRA EN EL EXTRANJERO, LA COBERTURA DE GASTOS MEDICOS SE CUBRIRA EN UN 50%, CON TOPE DEL 50% DEL CAPITAL ASIGNADO PARA DICHA COBERTURA

• EL ASEGURADO DEBERA, EN PRIMERA INSTANCIA, HACER USO DE SU SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD (ISAPRE O FONASA) Y POSTERIORMENTE SOLICITAR EL REEMBOLSO A LA COMPAÑIA ASEGURADORA.

• EN CASO QUE LOS SISTEMAS PREVISIONALES NO CONTEMPLÉN DENTRO DE SUS BENEFICIOS UNA PRESTACION, SE PROCEDERA A BONIFICAR EL 50% DEL GASTO INCURRIDO Y PRESENTADO HASTA EL TOPE DE ANUAL UF250, EL QUE DEBERA ACREDITARSE MEDIANTE UN TIMBRE SIN BONIFICACION O NO BONIFICABLE.

• EL SERVICIO DE AMBULANCIA SE DESCONTARA DEL CAPITAL CORRESPONDIENTE AL REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS HASTA EL TOPE DE UF250 ANUAL.

• COBERTURA DE DEPORTES DE PASATIEMPO Y COMPETENCIAS ESCOLARES TALES COMO: FUTBOL, RUGBY,

• BASQUETBOL, HOCKEY, EQUITACION, SKY, TENIS, VOLEIBOL, ATLETISMO, HOCKEY, NATACION Y OTROS QUE REGULE EL COLEGIO.

• COBERTURA DENTRO Y FUERA DE CHILE



AFFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	16

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

INSUMOS Y PROCEDIMIENTOS. REEMBOLSO AL 100%

- INCLUYE COBERTURA PARA YESO, BASTONES Y TODO TIPO DE ORTESIS
- CUBRE MEDICAMENTOS AL 100%
- EL PLAZO PARA SOLICITAR REEMBOLSOS DE 60 DIAS.
-
-
- ADICIONALES
- SE DEJA CONSTANCIA QUE SE OTORGARAN LAS SIGUIENTES COBERTURAS ADICIONALES:
-
-
- TERREMOTO, MOVIMIENTOS SISMICOS CUALQUIERA SEA SU GRADO Y TSUNAMI. -
- NEGLIGENCIA O IMPRUDENCIA LEVE
- DEPORTES BASICOS
- ASALTO Y HOMICIDIO
- MOTOCICLISMO, SEA EN CALIDAD DE CONDUCTOR O PASAJERO Y ADEMAS EL USO DE MOTONETAS, MOTO FURGONETAS O VEHICULOS SIMILARES, SOLO COMO MEDIO DE TRANSPORTE.
- EL EJERCICIO DE DEPORTES EXTRAORDINARIOS Y NOTORIAMENTE PELIGROSOS TALES COMO: POLO, HOCKEY, RUGBY, FUTBOL, PAPERCHASE, STEEPLECHASE, ANDINISMO, BOX Y SKY, Y TODA DEMOSTRACION ATLETICA O DEPORTIVA QUE NO SE PREMIE CON DINERO. EQUITACION O RODEO PRACTICADOS COMO DEPORTES.
- SE OTORGA COBERTURA DE CONGELAMIENTO Y/O INSOLACION A LOS ASEGURADOS QUE OCASIONALMENTE QUEDEN EXPUESTOS A UN FACTOR CLIMATICO ADVERSO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
- SE CUBREN LOS VIAJES AEREOS EN VUELOS NO



AFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	16

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

SER REALIZADOS ENTRE AEROPUERTOS TERRESTRES LEGALMENTE ESTABLECIDOS. QUEDAN EXCLUIDOS LOS VUELOS EN ROTOR CRAFT, VEHICULOS AEREOS DE PRUEBA, NAVES INDUSTRIALES PARA AUXILIO Y RESCATE, MILITARES O SIMILARES, Y LA UTILIZACION DE CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE AEREO QUE NO ESTE REGISTRADO PARA REALIZAR EL TRANSPORTE COMERCIAL DE PASAJEROS. PILOTOS Y TRIPULACION NO ESTARAN CUBIERTOS Y DEBEN TENER, EL MAXIMO DE 65 AÑOS DE EDAD, CASO CONTRARIO LOS PASAJEROS NO ESTARAN CUBIERTOS. LOS CUMULOS POR EVENTO Y POR AÑO QUEDARAN REDUCIDOS AL 40% EN CASO DE UN ACCIDENTE EN CONSECUENCIA DE VUELO NO REGULAR.

• LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE MOTINES, TERRORISMO O TUMULTOS, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO RESPECTO DE LA INTERVENCION DEL ASEGURADO EN DICHS ACTOS

GASTOS FUNERARIOS

• UF 15 POR ASEGURADO (BENEFICIO SIN COBRO DE PRIMA) TOPE ANUAL DEL BENEFICIO UF100 PARA AMBOS GRUPOS.

• SE CUBREN LOS GASTOS FUNERARIOS EN QUE DEBERIA INCURRIR COMO CONSECUENCIA DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DE ESTE. PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA, SE ENTENDERA POR GASTOS FUNERARIOS EL DE LA COMPRA DE LA URNA, ATAUD, ANFORA O COFRE; EL SERVICIO DE TRANSPORTE DE LOS RESTOS; LA PUBLICACION DEL FALLECIMIENTO EN UN DIARIO DEL DOMICILIO DEL ASEGURADO FALLECIDO; GASTOS DE SEPULTURA Y LOS DEL SERVICIO RELIGIOSO. SOLO SE PAGARA TALES GASTOS SI LA MUERTE OCURRE DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL Y, EN TODO CASO HASTA EL MONTO MAXIMO INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA.

• **CONDICIONES DE SUSCRIPCION**

• **RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE: EL**



AFECTA POLIZA NUMERO	ENDOSO
1112200016955 A	16

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES DEL RIESGO

EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDAS EN LA POLIZA DE PARTE DE UN ASEGURADO NO DARA DERECHO, EN NINGUN CASO, AL PAGO DE ALGUN SINIESTRO CUBIERTO POR ESTE CONTRATO.

EL PAGO DE UN SINIESTRO, SE REALIZARA A QUIEN SE SEÑALE EN LA POLIZA SUSCRITA. EN ESTE CASO PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL (SOLO OTORGADA AL GRUPO 2) LOS BENEFICIARIOS SON LOS HEREDEROS LEGALES, PARA LAS DEMAS COBERTURAS EL MISMO ASEGURADO O SU TUTOR LEGAL EN CASO DE SER MENOR DE EDAD.

MODALIDAD DE PAGO:

CONTADO : SIN INTERES.

CREDITO : 1, 3, 4, 6, 10 CUOTAS IGUALES Y CONSECUTIVAS SIN INTERES. -

CONVENIO CERRADO:

BAJO ESTA MODALIDAD LOS ASEGURADOS PODRAN RECURRIR A LAS SIGUIENTES CLINICAS EN CONVENIO PARA SOLICITAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN ANTE UN ACCIDENTE. LOS GASTOS MEDICOS HASTA EL TOPE DEL CAPITAL ASEGURADO POR EL TITULAR SERAN COBRADOS DIRECTAMENTE A MAPFRE SEGUROS:

CLINICA LOS ANDES LOS ANGELES VIIIREGION
CLINICA ADVENTISTA LOS ANGELES VII REGION
CLINICA ANDES SALUD CONCEPCION VIII REGION

