

CIRCULAR INFORMATIVA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES 2026

El **COLEGIO CORPORACION EDUCACIONAL SAINT JOHN'S SCHOOL**, ha renovado a partir del 31/03/2026 y hasta el 31/03/2027 el Seguro de Accidentes Personales que otorga cobertura ante cualquier tipo de accidente que pudiera afectar a los alumnos del establecimiento educacional durante las 24 horas del día, con la **Compañía Mapfre Seguros** e intermediado por **Gallagher 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 200
Desmembramiento Accidental	UF 200
Reembolso De Gastos Médicos Por Accidente	UF 125
Gastos Funerarios	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 ante la ocurrencia de un accidente del asegurado:

- 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"**, el cual se anexa 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 seguro complementario particular), **antecedentes que deben ser enviados por correo electrónico a la casilla de Mapfre: denunciasvida@mapfre.cl y SIEMPRE con copia a Edgardo Garrido correo: edgardo.garrido@ajg.com y a Maritza Olave M. e-mail: maritza_olave@ajg.com, a fin de hacer el seguimiento correspondiente.**
- Convenio Cerrado:**
Bajo esta modalidad, los asegurados podrán recurrir a las siguientes Clínicas en convenio, para solicitar las atenciones que requieran ante un accidente (**sólo atención de urgencia**) 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 Los Andes Concepción VIII Región****Importante: Antes de su atención se recomienda revisar previamente con su Isapre u otro sistema previsional, los convenios vigentes.**

Consideraciones importantes:

- La cobertura considera suscripción del riesgo las 24 Horas, los 365 días del año, dentro y fuera de Chile
- La cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente **opera en exceso de ISAPRE, FONASA u otro sistema de salud**. 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. 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.
- En caso de que el Asegurado no cuente con Sistema Previsional de Salud o el gasto no sea cubierto por su sistema de Salud, (timbre no bonificado), el seguro reembolsará el 50% de los gastos médicos, hasta el límite anual de la Póliza.
- 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.
- Este Seguro otorga cobertura dentro y fuera de Chile. En el evento que el accidente ocurra en el extranjero, la cobertura de Gastos médicos se cubrirá en un 50%, con tope del 50% del límite anual de la Póliza.
 - Para considerarse continuidad de tratamiento (cobertura) de un mismo Accidente: 365 días, contados desde la fecha del accidente.
- Este Seguro otorga las siguientes coberturas especiales de forma adicional:
 - Terremoto, Movimientos Sísmicos cualquiera sea su grado y Tsunami
 - Negligencia o Imprudencia Leve, Asalto y Homicidio
 - Cobertura de deportes de pasatiempo y competencias escolares tales como: Fútbol, Rugby, Básquetbol, Hockey, Equitación, Sky, Tenis, Voleibol, Atletismo, Hockey, Natación y otros que regule el colegio.
 - El ejercicio de deportes extraordinarios y notoriamente peligrosos tales como: polo, hockey, rugby, fútbol, paperchase, steeplechase, andinismo, box y sky, y toda demostración atlética o deportiva que no se premie con dinero. Equitación o rodeo practicados como deporte amateur.
- Plazo de presentación solicitud de reembolso:**
 - 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**.
 - En caso de no contar con los antecedentes y respaldos, se deberá efectuar la Notificación de la ocurrencia del Siniestro, a fin de cumplir con el plazo de 60 días desde la fecha del accidente, establecido en la Póliza de Seguros.**

La Presente Circular es de carácter informativo del Seguro de Escolaridad y no constituye la póliza ni otorga cobertura de ninguna clase. Para otras consultas o información adicional acerca del Seguro de Accidentes, contáctese con la Sra. Maritza Olave, ejecutiva asignada de GALLAGHER Corredores de Seguros, email maritza_olave@ajg.com

Instructivo para el Llenado del Formulario Solicitud de Reembolsos Gastos
Médicos de Accidentes Personales- Mapfre Seguros

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 por 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).
 - 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: 60 DIAS contados desde la fecha del Accidente:

- **El Formulario de Solicitud de Reembolsos:**

Junto a todos los gastos y comprobantes de la atención médica, deberán enviarse por correo electrónico a la casilla de correo: denunciasvida@mapfre.cl **SIEMPRE** con copia a Edgardo Garrido correo: edgardo.garrido@ajg.com y a Maritza Olave M. e-mail: maritza_olave@ajg.com, a fin de hacer el seguimiento correspondiente.

Modalidad de Pago: Para los gastos que hayan sido aprobados:

- Transferencia bancaria, **sólo cuando** la persona que realizó el pago de la atención médica indica los datos de su cuenta bancaria (detallado en el punto anterior).
- Vale vista electrónica (de no indicarse los datos bancarios).

Se recomienda guardar copia de todos los antecedentes presentados para solicitar el reembolso.

Modalidad de Pago: Para los gastos que hayan sido aprobados: Transferencia bancaria, **sólo cuando** la persona que realizó el pago de la atención médica indica los datos de su cuenta bancaria (detallado en el punto anterior).

Vale vista electrónica (de no indicarse los datos bancarios).

**MAPFRE** | SEGUROS**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 Naturaleza y causa del accidente, Relato de cómo sucedió el accidente, detalle del lugar, día y hora				
DATOS A COMPLETAR POR MEDICO TRATANTE				
Detallar métodos, diagnósticos empleados (medicamentos, exámenes de laboratorio, radiográficos, ultrasonido, otros)				
DATOS DE LA PERSONA A QUIEN LIQUIDAR EL SINIESTRO				
BENEFICIARIO	RUT	BANCO	CUENTA DESTINO	CORREO ELECT
DOCUMENTACION POR INDEMNIZACION SOLICITADA				
MUERTE ACCIDENTAL				
✓ Certificado de Defuncion original				
✓ Fotocopia de Cedula de Identidad del asegurado afectado				
✓ Parte Policial si es fallecimiento				
INVALIDEZ POR ACCIDENTE Y/O DESMEMBRAMIENTO				
✓ Fotocopia de Cedula de Identidad del asegurado afectado				
✓ Dictamen de Invalidez. (Compin, Comisión Médica AFP, Comisión Mutua)				
✓ Certificado Médico original del centro hospitalario, que indique la fecha en que ocurrió el accidente que produjo la invalidez.				
GASTOS MEDICOS				
✓ Fotocopia de cédula de Identidad del asegurado afectado.				
✓ Bonos o Boletas Originales				
✓ Certificado Médico				
FECHA DE RECEPCION COMPAÑÍA			Firma del Asegurado Titular	

POLIZA DE SEGURO

ACCIDENTES PERSONALES

N° 111-26-00019995

MAPFRE Seguros de Vida considerando :

La propuesta de seguro presentada por el contratante o la cotización efectuada por el asegurador y su aceptación por parte del contratante y con arreglo a las condiciones generales y particulares estipuladas e incorporadas a este contrato, conocidas y aceptadas por ambas partes, todo lo cual se considera parte integrante de la presente póliza, asegura a:

IDENTIFICACION DE LA POLIZA

Producto	: ACCIDENTES PERSONALES COL.	Período de Vigencia	:
Sucursal	: GRANDES CORREDORES	Desde las 00:00 hrs. del	31-03-2026
Corredor	: ARTHUR J. GALLAGHER CORREDORES DE SEGUROS SPA	Hasta las 00:00 hrs. del	31-03-2027
RUT Corredor	: 77.682.370-8	Días	: 365

IDENTIFICACION DEL PROPONENTE

Proponente	: CORPORACION EDUCACIONAL SAINT JOHN'		
Dirección	: FUNDO EL VENADO S/N		
Comuna	: SAN PEDRO DE LA PAZ	RUT Proponente	: 71.301.400-1
Ciudad	: SAN PEDRO DE LA PAZ		
Fono	: 2466440	Casilla	:

IMPORTES

Moneda	: UNIDAD DE FOMENTO	Prima afecta	: 1.107,26
Monto asegurado	: 0,00	Prima exenta	: 0,00
		IVA	: 210,38
Comisión Corredor	: 332,17	Prima Total	: 1.317,64

CONDICIONES APLICABLES A ESTA POLIZA

- La presente Póliza cubre, de acuerdo a las Condiciones Particulares que se indican y a las Condiciones Especiales y Generales que se anexan, sólo aquellas coberturas contratadas por el aceptante; las cuales se especifican detalladamente.
- Para todos los efectos legales que emanen de la Presente Póliza de Seguro, las partes fijan Domicilio Especial en la ciudad y comuna de Santiago.
- El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.
- Esta póliza se deberá documentar o pagar antes del 11/07/2026

GRANDES CORREDORES, 11 de JUNIO de 2026
1112600019995.0.GLMICH2.1 Coaseguro Exento
Folio : 4091378



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

N° 111-26-00019995

IDENTIFICACION DEL ASEGURADO

Relación c/Proponente : .
Asegurado : CORPORACION EDUCACIONAL SAINT JOHN'S SCHOOL
RUT : 71.301.400 -1 Fono : 2466440
Dirección : FUNDO EL VENADO S/N
Comuna : SAN PEDRO DE LA PAZ Ciudad : SAN PEDRO DE LA PAZ
Nacionalidad : CHILENA Fecha de Nacim.: 01-01-1970 Sexo :
Actividad : . Profesión : .
Credito :
Beneficiarios : HEREDEROS LEGALES

COBERTURAS PARA EL RIESGO N° 1

Detalle	Monto Asegurado	Tasa	Prima Fija	Prima Neta
COBERTURA DESMEMBRAMIENTO	304.400,00	0,1000		30,44
COBERTURA INCAP.PERMANENT	304.400,00	0,1000		30,44
COBERTURA REEMBOLSO GTOS.	213.080,00	4,9107		1.046,38
TOTAL				1.107,26



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

N° 111-26-00019995

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES EL RIESGO N°1

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 atienda 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



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

N° 111-26-00019995

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES EL RIESGO N°1

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



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

N° 111-26-00019995

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES EL RIESGO N°1

CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PERDIDA Y DE INDEMNIZACION A PAGAR. EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION ESTA SOMETIDO A LOS PRINCIPIOS DE CELERIDAD Y ECONOMIA PROCEDIMENTAL, DE TRANSPARENCIA Y ACCESO. 2. FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION LA LIQUIDACION PUEDE EFECTUARLA DIRECTAMENTE LA COMPAÑIA O ENCOMENDARLA A UN LIQUIDADOR DE SEGUROS. LA DECISION DEBE COMUNICARSE AL ASEGURADO DENTRO DEL PLAZO DE TRES DIAS HABILES CONTADOS DESDE LA FECHA DE LA DENUNCIA DEL SINIESTRO. 3. DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA EN CASO DE LA LIQUIDACION DIRECTA POR LA COMPAÑIA, EL ASEGURADO O BENEFICIARIO PUEDE Oponerse a ella, SOLICITANDOLE POR ESCRITO QUE DESIGNE UN LIQUIDADOR DE SEGUROS, DENTRO DEL PLAZO DE CINCO DIAS HABILES CONTADOS DESDE LA NOTIFICACION DE LA COMUNICACION DE LA COMPAÑIA DEBERA DESIGNAR AL LIQUIDADOR EN EL PLAZO DE DOS DIAS HABILES CONTADOS DESDE DICHA OPOSICION. 4. INFORMACIONAL AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES. EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑIA DEBERA INFORMAR AL ASEGURADO POR ESCRITO, EN FORMA SUFICIENTE, Y OPORTUNA, AL CORREO ELECTRONICO (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, SOLICITAND O 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 SURGIEREN PROBLEMAS Y DIFERENCIAS DE CRITERIOS SOBRE CAUSAS, EVALUACION DEL RIESGO O EXTENSION DE LA COBERTURA, PODRA EL LIQUIDADOR ACTUANDO DE OFICIO O A PETICION DEL ASEGURADO, EMITIR UN PRE - INFORME DE LIQUIDACION SOBRE LA COBERTURA DEL SINIESTRO Y EL MONTO DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS, EL QUE DEBERA PONERSE EN CONOCIMIENTO DE LOS INTERESADOS. EL ASEGURADO O LA COMPAÑIA PODRA N HACER OBSERVACIONES POR ESCRITO AL PRE - INFORME DENTRO DEL PLAZO DE CINCO DIAS HABILES DESDE SU CONOCIMIENTO. 6. PLAZO DE LIQUIDACION DENTRO DEL MAS BREVE PLAZO NO PUDIENDO EXCEDER DE 45 DIAS CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO, A EXCEPCION DE: A) SINIESTROS QUE CORRESPONDAN A SEGUROS INDIVIDUALES SOBRE RIESGOS DEL PRIMER GRUPO CUYA PRIMA ANUAL SEA SUPERIOR A 100 UF: 90 DIAS CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO B) SINIESTROS MARITIMOS QUE AFECTEN A LOS CASCOS O EN CASO DE AVERIA



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

N° 111-26-00019995

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES EL RIESGO N°1

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 PREVERSE 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 DISPONDRA 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



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

N° 111-26-00019995

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES EL RIESGO N°1

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 1°, 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."



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

N° 111-26-00019995

HOJA ANEXA

· ACCIDENTES PERSONALES

· ANTECEDENTES DEL CONTRATANTE
CORPORACION EDUCACIONAL SAINT JOHNS SCHOOL
RUT : 71.301.400 - 1

· MATERIA ASEGURADA

1. SE OTORGA COBERTURA NOMINADA A 1522 ALUMNOS REGULARES DEL COLEGIO CONTRATANTE A TRAVES DE LA MATRICULA ANUAL, QUE SE ENCUENTRAN AFILIADOS A UNA INSTITUCION DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRE O FONASA) 2. 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.

· ÁMBITO DE COBERTURA
24 HORAS, LOS 365 DIAS DEL AÑO

· COBERTURAS, CAPITAL POR ASEGURADO Y PRIMAS ANUALES
ALUMNOS REGULARES

· COBERTURAS / MONTO ASEGURADO POR PERSONA (UF) / TASAS NETA

· ITP 2 / 3 / 200 / 0.10 /
DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL / 200 / 0.10 /
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACC. / 125 / 5,50 /
GASTOS FUNERARIOS / 15 / 0 /

(NOTA : MONTO DE GASTOS FUNERARIOS INCLUIDO EN COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACC.)

· EDADES LIMITES DE INGRESO Y PERMANENCIA

· COBERTURAS:
ITP 2 / 3, DESMEMBRAMIENTO, REEMBOLSO DE GASTOS



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

N° **111-26-00019995**

HOJA ANEXA

MEDICOS POR ACCIDENTE Y GASTOS FUNERARIOS

EDAD MINIMA DE INGRESO: 01 AÑOS
 EDAD MAXIMA DE INGRESO: 64 AÑOS
 EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA: 70 AÑOS

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, 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

02112

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

N° 111-26-00019995

HOJA ANEXA

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

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



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

N° 111-26-00019995

HOJA ANEXA

TOTAL, ES DECIR LA AUSENCIA DEFINITIVA, IRREVERSIBLE Y TOTAL DE 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 ÉSTA 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 365 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 DE 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.

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



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

N° 111-26-00019995

HOJA ANEXA

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.

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 EMPLEADOS QUE CONTRATADOS POR LA EMPRESA CONTRATANTE Y REUNIENDO LAS CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDAS,



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

N° 111-26-00019995

HOJA ANEXA

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 INSTITUCIÓN 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 GASTO INCURRIDOS 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 CONTEMPLAN 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, SKI, 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.
PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSOS: LA COMPAÑIA ENTREGARA



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

N° 111-26-00019995

HOJA ANEXA

REEMBOLSOS UNA VEZ QUE EL ASEGURADO ENTREGUE TODA LA DOCUMENTACION POR LOS GASTOS YA BONIFICADOS POR LA ISAPRE Y / O FONASA. EL PLAZO PARA DENUNCIAR Y / O PRESENTAR REEMBOLSOS: ES DE 60 DIAS, CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE DEL ASEGURADO. EN CASO DE CONTINUACION DEL TRATAMIENTO EL ASEGURADO DEBERA HACER LLEGAR LOS ANTECEDENTES A LA COMPANIA DE SEGUROS E INDICAR QUE DIAGNOSTICO INICIAL, CERTIFICADO MEDICO Y / O DAU.

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

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

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

EQUITACION O RODEO PRACTICADOS COMO DEPORTES.

7. 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.

8. SECUBREN 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 ANOS.

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 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 ANOS DE EDAD, CASO CONTRARIO LOS PASAJEROS NO ESTARAN CUBIERTOS. LOS CUMULOS POR EVENTO



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

N° 111-26-00019995

HOJA ANEXA

Y POR AÑO QUEDARAN REDUCIDOS AL 40% EN CASO DE UN ACCIDENTE EN CONSECUENCIA DE VUELO NO REGULAR.
9. LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE MOTINES, TERRORISMO O TUMULTOS, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO RESPECTO DE LA INTERVENCIÓN DEL ASEGURADO EN DICHOS ACTOS

GASTOS FUNERARIOS

ÚF 15 POR ASEGURADO (BENEFICIO SIN COBRO DE PRIMA) SIN TOPE ANUAL DEL BENEFICIO SE CUBREN LOS GASTOS FUNERARIOS EN QUE DEBERIA INCURRIR COMO CONSECUENCIA DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DE ESTE. PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA, SE ENTENDERÁ POR GASTOS FUNERARIOS EL DE LA COMPRA DE LA ÚRNA, ATAUD, ANFORA O COFRE; EL SERVICIO DE TRANSPORTE DE LOS RESTOS; LA PUBLICACIÓN DEL FALLECIMIENTO EN UN DIARIO DEL DOMICILIO DEL ASEGURADO FALLECIDO; GASTOS DE SEPULTURA Y LOS DEL SERVICIO RELIGIOSO. SOLO SE PAGARÁ TALES GASTOS SI LA MUERTE OCURRE DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL Y, EN TODO CASO HASTA EL MONTO MÁXIMO INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA.

PLAZO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

SERÁ DE 10 DÍAS HÁBILES DESDE LA FECHA EN LA QUE SE PRESENTAN TODOS LOS ANTECEDENTES A LA COMPAÑÍA. DE REQUERIR INFORMACIÓN ADICIONAL, LA COMPAÑÍA DEBE SOLICITARLA DENTRO DE UN PLAZO MÁXIMO DE 5 DÍAS HÁBILES. SI LA SOLICITUD DE REEMBOLSO ES RECHAZADA, LA COMPAÑÍA DEBE INFORMARLO EN UN PLAZO MÁXIMO DE 5 DÍAS HÁBILES

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE: EL CONTRATANTE ASUME LAS RESPONSABILIDADES QUE EMANEN DE SU ACTUACIÓN COMO CONTRATANTE DEL PRESENTE SEGURO COLECTIVO. 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 REALIZARÁ 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 DEMÁS COBERTURAS EL MISMO ASEGURADO O SU TUTOR LEGAL EN CASO DE SER MENOR DE EDAD.



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

N° 111-26-00019995

HOJA ANEXA

· LIQUIDACION DE SINIESTROS

· LIQUIDA LA COMPAÑIA DIRECTAMENTE. - LAS DENUNCIAS DE SINIESTROS, SE DEBEN ENVIAR DIRECTAMENTE A CLAUDIA.ORELLANA@MAPFRE.CL

· OTROS

· CONVENIO CON CLINICAS EN LA REGION CLINICA ANDES LOS ANGELES VIII REGION CLINICA ADVENTISTA LOS ANGELES VIII REGION CLINICA LOS ANDES CONCEPCION VIII REGION

· PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSOS

· LA COMPAÑIA REALIZARA LOS REEMBOLSOS UNA VEZ QUE EL ASEGURADO ENTREGUE LA DOCUMENTACION POR LOS GASTOS YA BONIFICADOS POR LA ISAPRE Y / O FONASA.

· SI EL ASEGURADO SE ATIENDE CON ALGUNA DE LAS CLINICAS PREFERENTES, EL CO - PAGO POR LA ATENCION ES EN LINEA; POSTERIORMENTE LA COMPAÑIA DE SEGUROS REEMBOLSARA DICHOS GASTOS A LA CLINICA POR MEDIO DE UNA FACTURA. EN CASO DE QUE EL SISTEMA NO EFECTUE EL REEMBOLSO EN LINEA DEBE PRESENTAR LOS DOCUMENTOS DIRECTO EN LA COMPAÑIA PARA LIQUIDAR DICHOS GASTOS.

· EN CASO DE CONTINUACION DEL TRATAMIENTO EL ASEGURADO DEBERA HACER LLEGAR LOS ANTECEDENTES A LA COMPAÑIA DE SEGUROS E INDICAR QUE DIAGNOSTICO INICIAL, CERTIFICADO MEDICO Y / O DAU

· SE DEJA ESTABLECIDO QUE SE EXTIENDE COBERTURA A LOS ALUMNOS DE IV QUE EGRESEN HASTA EL FINAL DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA MIENTRAS ESTEN DETALLADOS E INFORMADOS EN LA NOMINA VIGENTE

· PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

· LAS DENUNCIAS DE SINIESTROS, SE DEBEN ENVIAR DIRECTAMENTE A DENUNCIASVIDA@MAPFRE.CL SE DEBE SIEMPRE COPIAR A EDGARDO GARRIDO EDGARDO_GARRIDO@AJG.COM Y MARITZA_OLAVE@AJG.COM PARA SEGUIMIENTO Y GESTION.
LA COMPAÑIA DE SEGUROS SE RESERVA EL DERECHO DE LLEVAR EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE FORMA DIRECTA,



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

N° 111-26-00019995

HOJA ANEXA

O DERIVAR A LIQUIDADORES EXTERNOS SEGUN CONVENIOS
VIGENTES AL MOMENTO QUE SE EFECTUE LA DENUNCIA

.
. .
. .
. .
. .



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