BICE VIDA

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE ESCOLARIDAD

N° de Póliza : COL - 10387 - 12
Fecha Emisión : 09-01-2026

Contratante

Nombre	SOC EDUCACIONAL GREENHOUSE SCHOOL LIMITADA			**R.U.T.**	79.830.810-6
Dirección	INES DE SUAREZ N 1500				
Comuna	TEMUCO		**Ciudad**	TEMUCO	
Teléfono	0	**Fecha Inicio Cobertura**	01-01-2026	**Fecha Término Cobertura**	31-12-2026

Coberturas

N°	Cobertura	Código Condicionado	Número de Asegurados	Número de Alumnos	Prima Anual por Alumno[UF]	Edad Máxima de Ingreso (Años)	Edad Máxima de Cobertura (Años)
1	VIDA ESCOLARIDAD	POL220240093	898	898	2,9071	64	75
2	PAGO ANT.DE CAPITAL ASEG.INV. TOTAL O PERMANT. 2/3	CAD220130945	898	898	0,7459	64	65

Las primas anuales indicadas en el recuadro Coberturas, no incluye el impuesto al valor agregrado (IVA). Para determinar la prima a cancelar, deberá agregársele dicho impuesto, exceptuando la cobertura principal, Vida.

Comisión

Intermediario	BEL PRODUCTORES DE SEGUROS LIMITADA	**R.U.T**	77.121.180-1	**Comision del Corredor**	12.00% de la prima neta

La solicitud de seguro y la cotización forman parte integrante de la póliza, la que se emite en función de los antecedentes en ellos consignados, y de cuya veracidad es responsable el contratante del seguro.	EL CONTRATANTE ASUME LAS RESPONSABILIDADES QUE EMANEN DE SU ACTUACIÓN COMO CONTRATANTE DEL SEGURO COLECTIVO

Asegurados

Se consideran asegurados para efectos de este contrato de seguro, las personas naturales, definidas como Sostenedor Económico, informados como tales en la nómina de incorporación o en el Formulario de Solicitud de Incorporación Seguro Escolaridad, que financie(n) la educación del Alumno Beneficiario perteneciente al Contratante de la póliza, también informados en la nómina de incorporación o en el Formulario de Solicitud de Incorporación Seguro Escolaridad, y que cumplan con los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en estas Condiciones Particulares.

Coberturas

Vida (POL 2 2013 0939)

Bajo los términos del presente contrato de seguro, el capital asegurado señalado en estas Condiciones Particulares será pagado por la Compañía Aseguradora a los beneficiarios, una vez acreditado el fallecimiento del asegurado, si éste ocurre durante la vigencia del contrato de seguro y por causa no excluida en este contrato de seguro. Si el asegurado sobrevive a la fecha de término de su cobertura individual en el contrato de seguro colectivo, no tendrá derecho a indemnización alguna. La prima respecto de cada asegurado se devengará hasta la fecha de término de su cobertura individual en el contrato de seguro colectivo, establecida en estas Condiciones Particulares, o hasta la fecha de fallecimiento del asegurado, si esto ocurre antes.

Invalidez Total y Permanente Dos Tercios (2/3) (CAD 2 2013 0945)

Bajo los términos de la presente cláusula adicional, la Compañía Aseguradora pagará al Asegurado el Capital Asegurado que está establecido en estas Condiciones Particulares para el caso de fallecimiento, en caso de acreditarse la "Invalidez Total y Permanente Dos Tercios" del Asegurado, en adelante "Invalidez", siempre que se cumplan, copulativamente, las siguientes condiciones:
a) Que la "Invalidez" se produzca como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional; o que la "Invalidez" se produzca como consecuencia de una enfermedad diagnosticada o conocida por el Asegurado durante la vigencia de esta cláusula adicional.
b) Que, a la fecha del accidente del asegurado, o a la fecha del diagnóstico o conocimiento de la enfermedad por el asegurado, que originan -según corresponda- el menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, la póliza principal se encuentre vigente.
c) Que la "Invalidez" se produzca antes que el Asegurado cumpla la edad máxima de cobertura en el contrato de seguro colectivo.
d) Que la "Invalidez" se produzca por causa no excluida en esta cláusula adicional.

Se entiende por "Invalidez" al menoscabo permanente, definitivo e irreversible, ocurrido durante la vigencia de la cláusula adicional, de al menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente, de una o más enfermedades o por el debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales.
Para efectos de esta cláusula adicional, el menoscabo deberá ser evaluado y determinado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. Nº 3.500, de 1980 y sus modificaciones.
En todo caso, siempre se considerará como "Invalidez" los siguientes casos:
La pérdida total de:
- la visión de ambos ojos, o
- ambos brazos, o
- ambas manos, o
- ambas piernas, o
- ambos pies, o
- una mano y un pie.

Para los efectos de este adicional, la fecha de invalidez corresponderá a la fecha de denuncio del siniestro a la compañía de seguros.

Por consiguiente, el pago al asegurado de la indemnización por concepto de la presente cláusula adicional producirá la terminación inmediata de la póliza principal y de todas las demás cláusulas adicionales, de la misma forma que si se hubiese pagado el capital asegurado por fallecimiento en la póliza principal.

Definiciones

Para efectos de este contrato de seguro se entiende por :

Accidente: Para los efectos de este contrato de seguro se entiende que accidente corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se considera como accidente aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

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

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

Miembro: Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.

Órgano: Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

Enfermedad: Es un estado que se produce por la pérdida de la función de cualquier sistema u órgano, que se traduce en un malestar acompañado de un conjunto de signos y síntomas que altera la función vital normal.
Su diagnóstico y confirmación deben ser efectuados por un Médico. Todas las consecuencias posteriores relacionadas a una enfermedad o asociadas a la misma familia de enfermedades se considerarán como una misma enfermedad.
Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad. Todas las enfermedades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas, o a enfermedades asociadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad.
No se consideran como enfermedad aquellas afecciones corporales auto-provocadas intencionalmente por el asegurado.

Enfermedad y Dolencia Preexistente: Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

Prima y Efecto del No Pago de la Prima

Para determinar la prima a cancelar de acuerdo a la periodicidad definida en estas Condiciones Particulares, será la que resulte de la multiplicación de las respectivas tasas por el capital asegurado correspondiente a cada cobertura. Deberá agregársele el impuesto IVA a cada cobertura, exceptuando las coberturas asociadas a fallecimiento

a) Pago de Primas:

El contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía Aseguradora de acuerdo a la periodicidad indicada en estas condiciones particulares hasta un plazo de 30 días posteriores a emitida la factura correspondiente.

Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de ésta será siempre de responsabilidad del contratante de la póliza. Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la Compañía Aseguradora.

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

b) No pago de la prima:

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 (quince) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo ¿Comunicación entre las Partes¿, dirija la Compañía Aseguradora al contratante, y dará derecho a la Compañía Aseguradora para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Dicha terminación no aplicará en caso que el contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho de poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima. Producida la terminación, la responsabilidad de la Compañía Aseguradora por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

c) Impuestos:

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

Exclusiones

Vida (Pol 2 2013 0939)

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

a) Suicidio o muerte producida a consecuencia de lesiones auto inferidas. No obstante respecto de la cobertura que otorga este contrato de seguro, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido dos (2) años completo e ininterrumpido desde la fecha de incorporación del asegurado a este contrato de seguro o desde el aumento de capital asegurado. En este último caso si ya se ha cumplido el plazo antes referido, el plazo volverá a computarse pero sólo respecto del incremento del capital asegurado.
b) Pena de muerte.
c) Participación del asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor, cómplice o encubridor.
d) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose la muerte tanto del asegurado a causa de su estado de ebriedad, como a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados en estado de ebriedad, de

acuerdo a la graduación alcohólica establecida en la legislación vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
e) Siniestro causado dolosamente por el beneficiario o quien pudiera reclamar el capital asegurado, respecto de dicho beneficiario.
f) Guerra; invasión; actos de enemigos extranjeros; hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra; guerra civil; insurrección; sublevación; rebelión, sedición; motín; o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
g) Participación activa del asegurado en acto terrorista. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno, atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma.
h) Participación del asegurado en actos temerarios, notoriamente imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
i) Realización de una actividad o deporte riesgoso, aun cuando se practique en forma esporádica, que pueda influir en la apreciación del riesgo, entendiéndose como tal aquellas en que se pone en grave peligro la vida o integridad física de las personas, que no haya sido declarado por el contratante o por el asegurado, al momento de la suscripción de la solicitud de ingreso, o si hubiere sido declarada, que no haya sido debidamente aprobada por el asegurador en forma expresa.
j) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
k) Enfermedades y dolencias preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en el Certificado de Cobertura se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas.

Invalidez Total y Permanente Dos Tercios (2/3) (CAD 2 2013 0945)

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios del Asegurado, que ocurra a consecuencia de lesiones o enfermedades originadas por, o que provengan de:

a) Cualquiera de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza principal a la que accede.
b) Accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de esta cláusula adicional.
c) Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
d) Realización o participación de una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades o deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichas actividades o deportes no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión y, como deportes riesgosos, el buceo o inmersión submarina, montañismo o escalada, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, de automóviles, de motocicletas y de lanchas, parapente, benji, canopy, rappel, rafting, kayak, trekking, boxeo, rodeo, equitación.
e) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
f) Enfermedades y Dolencias Preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en las Condiciones Particulares de la póliza se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán

cubiertas.

Designación y Cambio de Beneficiarios

En caso de invalidez el beneficiario será el asegurado titular.

En caso de fallecimiento los beneficiarios corresponderán a la o las personas designadas por el Asegurado en el Formulario de Solicitud de Incorporación Seguros Colectivos.

La designación del beneficiario podrá hacerse en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador.

Si al momento de la muerte real o presunta del Asegurado no hubiere beneficiarios ni reglas para su determinación, se tendrá por tales a sus herederos de conformidad a la ley.

La indemnización es inembargable, está exenta de impuesto de herencia y no se requiere trámite de posesión efectiva para su pago, siempre y cuando se hayan declarado los beneficiarios.

Obligaciones del Asegurado

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del asegurado son las siguientes:
1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar y apreciar la extensión de los riesgos;
2. Pagar la prima en la forma y época pactadas;
Si el contratante del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.
Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el asegurado.

Vigencia del Contrato de Seguro Colectivo

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en el cuadro "Contratante" situado en la primera hoja de estas Condiciones Particulares y podrá ser renovada por un nuevo periodo a partir de la fecha de vencimiento del contrato de seguro, bajo las nuevas condiciones de coberturas y primas pactadas con el contratante, siempre y cuando se cumpla las condiciones definidas para la renovación del contrato de seguro.

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

Incorporación y Vigencia de la Cobertura Individual

Todas las personas que quisieran ingresar al contrato de seguro deberán presentar su solicitud o propuesta de seguros, someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando para estos efectos una declaración de salud, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la póliza

La vigencia inicial de la cobertura para los asegurados comenzará el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la compañía de seguros.

Exclusión de Enfermedades o Dolencias Preexistentes

Se entenderá por enfermedades o dolencias preexistentes las que corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho a aceptar o rechazar la cobertura de las enfermedades o dolencias preexistentes, de acuerdo a cada evaluación y calificación del estado de salud de los asegurables que soliciten la incorporación al contrato de seguro colectivo.

En atención a la exclusión de cobertura por enfermedades o dolencias preexistentes que incluye las condiciones generales de la póliza, hacemos presente nuevamente que los beneficios de este contrato de seguro no operarán si la causa del siniestro fuere producto de alguna de las enfermedades o dolencias preexistentes declaradas expresamente por usted en el Formulario de Solicitud de Incorporación, las que podrá consultar a través de su Sucursal Virtual, a la que puede acceder a través de www.bicevida.cl.

Término del Contrato de Seguro Colectivo

El contrato de seguro colectivo terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en estas Condiciones Particulares.

Encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará anticipadamente respecto del contratante, en los siguientes casos:

a) Por no pago de la prima convenida y haya trascurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 del condicionado general;
b) Cuando se verifique la situación señalada en el Artículo "Moneda o unidad del Contrato" y el Contratante no acepte el cambio de moneda o unidad del contrato.

En el caso de término anticipado del contrato de seguro descrito en la letra b) mencionada en el párrafo anterior, la Compañía Aseguradora enviará al contratante una comunicación señalando que el contrato de seguro quedará sin efecto en un plazo de treinta (30) días desde la notificación conforme al Artículo "Comunicación entre las Partes".

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

Término de las Coberturas Individuales

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

a) Por termino del contrato de seguro colectivo;
b) Cuando el contratante informe que el asegurado titular ya no es parte del grupo asegurado;
c) Por fallecimiento;
d) A las 24:00 horas del último día de vigencia del contrato de seguro colectivo en que el asegurado cumpla la edad máxima de cobertura;
e) Por no pago de prima por dicho asegurado dentro de los plazos establecidos y haya trascurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 del condicionado general;
f) Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo "Obligaciones del Asegurado", conforme a lo señalado en el Artículo 525 del Código de Comercio;
g) Cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

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

Procedimiento de Cobranza

Altas y bajas

La fecha de cierre para incorporaciones y exclusiones es el día 5 del mes en cobro.
La vigencia a las solicitudes de incorporación recibidas hasta el día 5 del mes en cobro, será a contar del día 1 del mes en cobro.
Las exclusiones informadas hasta el día 5 del mes en cobro, se hará efectiva a contar del día 1 del mes en cobro.
La vigencia a las solicitudes de incorporación recibidas posteriormente al día 5 del mes en cobro, será el 1 del mes siguiente.
Las exclusiones informadas con posterioridad al día 5 del mes en cobro, se realizarán a contar del mes siguiente.

Emisión de Factura anticipada

El día 15 del mes en cobro.

Fecha de la UF

Valor UF del último día del mes en cobro.

Denuncia de Siniestros

El fallecimiento, la ocurrencia de la lesión o la declaración de la invalidez del asegurado, deberán ser notificado a la Compañía Aseguradora, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento, la ocurrencia de la lesión o la declaración de la invalidez del asegurado, mediante comunicación por escrito a la Compañía, a través de la página web www.bicevida.cl, llamando al teléfono 800 20 20 22 o en cualquier sucursal de la Compañía.

No obstante lo anterior, la Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía Aseguradora, hasta 30 días después desde que fue posible su notificación una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

Documentos a presentar de acuerdo a cada cobertura:

Vida (Pol 2 2013 0939)

a) Certificado de Defunción original del asegurado, con causa de muerte;
b) Fotocopia Cédula de Identidad del asegurado o Certificado de Nacimiento original;
c) Informe Médico;
d) Parte Policial y Alcoholemia (si correspondiese), cuando se trate de un accidente o una causa distinta a la de muerte natural.

Invalidez Total y Permanente Dos Tercios (2/3) (CAD 2 2013 0945)

a) Fotocopia Cédula de Identidad del asegurado o Certificado de Nacimiento original;
b) Informe Médico;
c) Parte Policial y Alcoholemia (si correspondiese);
d) Otros antecedentes tales como, ficha clínica, informes médicos, exámenes, dictamen de invalidez u otros documentos afines.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía

los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el siniestro denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por este contrato de seguro y determinar el monto de la indemnización. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de las pericias y exámenes médicos. El asegurado deberá requerir de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación del siniestro denunciado o autorizar a la Compañía o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el siniestro denunciado.

La Compañía de seguros evaluará y determinará, en conformidad a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", si se ha producido la Invalidez Total y Permanente dos tercios (2/3) de acuerdo a lo señalado en la descripción de esta cobertura adicional. Las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial.
La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta.

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

Nota: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros, Circular 2106 de Superintendencia de Valores y Seguros.

Comunicación entre las Partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o al asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que éste no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza o en el Formulario de Solicitud de Incorporación.

En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en el Formulario de Solicitud de Incorporación respectivo.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

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

Domicilio

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

Moneda o Unidad del Contrato

El Capital Asegurado y el monto de la Prima de este contrato de seguro se expresan en Unidades de Fomento (UF).

El valor de la unidad de fomento que se considerará para el pago de primas e indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

Si la moneda o unidad estipulada dejara de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptase la nueva unidad y lo comunicase así a la compañía aseguradora dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciese sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

Servicio de Atención al Cliente

BICE Vida cuenta con un servicio de atención al cliente el cual atenderá las consultas y reclamos de sus clientes. Se puede acceder a este servicio por vía telefónica de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y los viernes de 8:30 a 14:00 horas llamando al 800 20 20 22, donde un ejecutivo de servicio al cliente atenderá sus consultas y reclamos, o le informará el estado de avance de una consulta o reclamo ingresado previamente, o ingresando al sitio web de BICE Vida (www.bicevida.cl), hacer clic en ¿Necesitas ayuda?; y completar el formulario indicando el motivo del contacto ("consulta " o "reclamo").

Este servicio no corresponde al servicio de atención al cliente (SAC) que regula el reglamento sello SERNAC.

El presente contrato es un seguro que no se encuentra asociado a aquellos productos o servicios financieros enumerados en el artículo 55 de la ley de protección de los derechos de los consumidores, y conforme a ello se deja constancia que no cuenta con el sello SERNAC.

Información sobre Presentación de Consultas y Reclamos

En virtud de la Circular Nº 2131 de 28 de Noviembre 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

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

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

Autorregulación

Bice Vida Compañía de Seguros se encuentra adherida al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros. El consejo de Autorregulación de las Compañías de seguros fue constituido para ser la entidad encargada de velar por la plena aplicación del compendio de buenas prácticas corporativas que se han comprometido a respetar las aseguradoras y de recomendar la mejor forma de satisfacer el objetivo de prestar un servicio adecuado a sus clientes, en un ambiente de sana competencia. Las normas de dicho compendio tienen por objeto perfeccionar el desempeño del mercado de seguros, como sujeción a los principios de libre competencia y de buena fe que deben existir tanto entre las empresas de seguros, como con los asegurados.

Copia del compendio se encuentra a disposición de los interesados en www.autorregulacion.cl. Asimismo, Bice Vida Compañía de Seguros se encuentra adherida al Defensor del Asegurado, aceptando la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con la Compañía. Los clientes pueden presentar sus reclamos al Defensor del Asegurado a través de la página www.ddachile.cl.

ANEXO PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACION

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

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

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION

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

3) DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA

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

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

El liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permiten, 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 sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACION

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

b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos
Desde fecha denuncio;

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión para el Mercado Financiero, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para la entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACION

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055 de 2012, Diario Oficial, 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado. Impugnado el informe, el liquidador o la Compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

Condiciones Especiales

- MANCOMUNADO 100%
  Se identifica al asegurado como padre y madre. Se paga al 100% del capital asegurado (renta anual), ante el fallecimiento de padre o de la madre.
- El seguro cubre aquella parte de la colegiatura que no ha sido cancelada al momento del fallecimiento o invalidez del sostenedor. También se entenderá como escolaridad cancelada los pagos anticipados efectuados hasta la ocurrencia del siniestro.
- Esta póliza contempla un año de repetición durante el período de cobertura del seguro.
- De existir algún tipo de riesgo especial, ajeno a la actividad propia de cada trabajador, se deberá informar a la Compañía para su evaluación.
- Cobertura las 24 horas, dentro o fuera del territorio nacional.
- Para esta cobertura se requiere identificación de los asegurables.
- Al ingresar a la póliza los asegurados deberán estar en buenas condiciones de salud.
- En el caso de que un alumno que se encuentre percibiendo los beneficios de este seguro se cambie de institución educacional, la Compañía seguirá cumpliendo su compromiso de pago de la colegiatura anual hasta que se complete el período de pagos de beneficios.
- En caso de que ocurra un siniestro de un apoderado durante el transcurso del período de estudios, la renta correspondiente a dicho año se calculará proporcionalmente a los meses que falten para el término de dicho período, comenzando a generarse a partir del mes siguiente de ocurrido el siniestro.
- Cualquier variación de anualidad deberá ser informada a la Compañía para actualización de tarifas. Si el seguro se encuentra en vigor, se indemnizará según el último arancel informado hasta la ocurrencia del siniestro.
- Son elegibles para la cobertura de este seguro los alumnos matriculados en el colegio.
- En caso de que ocurra un siniestro del sostenedor que haya contratado este beneficio, se pagará el valor de la colegiatura anual hasta el último año de estudios.
- En caso de suicidio, se deberá considerar la vigencia del asegurado en la Compañía anterior, para evaluar la cobertura del siniestro, vigencia que deberá acreditarse con un certificado que indique período de cobertura otorgado por la otra compañía.
- Si la ocurrencia del siniestro se produce entre Enero y Febrero, la Compañía pagará la totalidad del monto anual pactado. Si el siniestro se produce durante los restantes meses, se dividirá el monto anual por beneficio por 10 y se multiplicará por los meses que restan de escolaridad en ese año calendario. Las restantes cuotas anuales, se pagarán cada año en el mes de Marzo.
- Capitales individuales desde Pre-Kinder a 6to de Enseñanza Superior UF 170.
- Formula y Condiciones:
  Si la siniestralidad de la cartera en el periodo comprendido entre el 01 de Enero del 2026 hasta el 31 de Diciembre del 2026, es menor al 85% se aplica la fórmula de cuadro adjunto. Si la siniestralidad de la cartera evaluada en el periodo antes indicado es mayor al 85% el premio es 0%.
  Formula de Siniestralidad % Siniestralidad = Siniestros Devengados en el periodo + Comisión total del Corredor (Incluye Impuesto) + Gastos de administración 6,5% de la prima neta devengada / Prima Neta Devengada en el periodo

Rango de Prima Neta Devengada
Seguros Colectivos de Vida y Salud Porcentaje de premio por Comisión adicional Anual Neta
1. UF 0.001 hasta UF 13.999 0%
2. UF 14.000 hasta UF 22.000 1%
3. UF 22.001 hasta UF 32.000 2%
4. UF 32.001 hasta UF 45.000 3%
5. UF 45.001 hasta UF 55.000 4% (*1)
6. Desde UF 55.001 y más 5% (*2)
(*1) Menor a 85% premio 4%; menor a 80% se suma un 1% adicional
(*2) Menor a 85% premio 5%; menor a 75% se suma un 2% adicional

- Se consideran asegurados para efectos de este contrato de seguro, las personas naturales individualizadas e informadas a Bice Vida, como tales, por el contratante, en la nómina inicial de incorporación pertinente.

- También se consideran como asegurados, aquellas personas naturales que no estando en la nómina inicial, se incorpora al seguro durante su vigencia por medio del Formulario de Solicitud de incorporación Seguro Escolaridad y que cumplan con los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidas en estas Condiciones Particulares. Los asegurados se relacionarán con uno o más alumnos beneficiarios perteneciente al Contratante de la póliza, los que también estarán informados en la nómina de incorporación o en el Formulario de Solicitud de Incorporación Seguro Escolaridad, según corresponda.



Firma Representante(s) Contratante Póliza
Nombre SOC EDUCACIONAL GREENHOUSE SCHOOL LIMITADA
R.U.T. 79.830.810-6

p.p. Bice Vida Compañía de Seguros S.A

SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON RENTA ANUAL POR ESCOLARIDAD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL220240093

ARTÍCULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

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

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

a) Seguro Colectivo: Es aquel que mediante una sola póliza cubre contra los mismos riesgos, a un grupo determinado o determinable de personas vinculadas con o por el contratante.

b) Contratante: Es quien celebra el presente contrato de seguro con la compañía aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato y se indica expresamente como tal en las Condiciones Particulares de esta póliza.

El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo, excepto las que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por el asegurado conforme a los términos del presente contrato de seguro.

El contratante de la póliza deberá informar las incorporaciones y las salidas de los asegurados, a través de los medios que la compañía aseguradora ponga a su disposición, según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

Por lo general, el contratante, para efectos de este contrato de seguro, es aquella institución educacional

reconocida por el Ministerio de Educación de Chile, sin perjuicio de lo cual, en caso de ser el contratante otra entidad, se indicará aquello en las Condiciones Particulares de esta póliza.

c) Asegurados: Son aquellos a quienes afecta el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora y adquieren dicha calidad exclusivamente, ya sea por vía de solicitud expresa de incorporación o por formar parte de la nómina enviada por parte del contratante.

c.1) Vía Solicitud Expresa de Incorporación: Se consideran asegurados a aquellas personas naturales que estando vinculadas o relacionadas con uno o más alumnos hayan solicitado expresamente su incorporación a la póliza colectiva, suscribiendo el documento pertinente y cuya solicitud haya sido expresamente aceptada por la compañía aseguradora, en razón de haber cumplido con los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

c.2) Vía Nómina enviada por el Contratante: También serán considerados como asegurados, exclusivamente las personas naturales que estando vinculadas o relacionadas con uno o más alumnos formen parte de la nómina respectiva que el contratante envía a la compañía aseguradora, en la medida que la compañía aseguradora haya aceptado este procedimiento como forma de incorporación de asegurados, siempre, en todo caso que la nómina haya sido expresamente aceptada por la compañía aseguradora, en razón que cada asegurado incluido en dicha nómina haya cumplido con los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

En las Condiciones Particulares de la póliza se podrá establecer la posibilidad de que dos personas naturales vinculadas o relacionados con uno o más alumnos tengan la calidad de asegurados respecto de dicho o dichos alumnos en un porcentaje igual o distinto al 100% del Capital Asegurado en caso de Fallecimiento. Se entenderá esto como la opción mancomunada.

d) Beneficiarios: Son beneficiarios del presente contrato de seguro colectivo los alumnos regulares de la Institución Educacional que están relacionados o vinculados a un asegurado de la póliza. Un alumno está vinculado con un asegurado por el hecho de estar señalada su relación o vínculo en la solicitud de incorporación o en la nómina confeccionada por el contratante y entregada a la compañía aseguradora.

e) Renta Anual por Escolaridad: Corresponde a la cantidad de dinero que la compañía aseguradora pagará, como anualidades, en caso de fallecimiento del asegurado. El monto, número de anualidades, la proporcionalidad de la primera Renta Anual por Escolaridad, procedimiento y modalidad de pago se establecen expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

f) Anualidades: Corresponde al número de pagos de Renta Anual por Escolaridad que se pagará por cada alumno relacionado o vinculado con un asegurado fallecido cuyo siniestro haya sido aceptado por la compañía aseguradora en el proceso de liquidación correspondiente. El número de anualidades se

determinará para cada alumno considerando la etapa educacional en que se encuentre a la fecha del siniestro (educación parvularia, básica o media) y el número de años que le quedan para cumplir con la etapa educacional máxima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, considerando un desarrollo normal del Plan de Estudios establecido por el Ministerio de Educación para completar la enseñanza obligatoria. Podrá considerarse en forma adicional un número de anualidades para la educación superior (técnica o universitaria) y un número limitado de repitencias, todo lo cual se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.

g) Institución Educacional: Centro educativo, Colegio, Escuela, Instituto Superior o Universidad debidamente reconocidos por el Ministerio de Educación de Chile, ubicado en el territorio nacional, que imparte cursos regulares de Educación Básica, Media, Técnica o Profesional o Educación Superior, al cual pertenece el beneficiario como alumno regular que está relacionado o vinculado con un asegurado, bajo la presente póliza.

h) Capital Asegurado en caso de Fallecimiento. Corresponderá al monto total en dinero a indemnizar por este seguro, que se calculará al momento del fallecimiento del asegurado por cada alumno relacionado o vinculado con aquél, tomando en considerando la Renta Anual por Escolaridad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza para cada alumno, multiplicándola por el número total de Anualidades que restan por pagar hasta el término del Plan de Estudios cubierto por la póliza y que su pago será por anualidades, según se señala en la letra e) anterior. El Capital Asegurado en caso de Fallecimiento estará detalladamente definido en las Condiciones Particulares.

i) Plan de Estudio: Son la cantidad de años educativos que se consideran para cada alumno y que se indican en las Condiciones Particulares, incluyéndose la repitencia, si ésta se ha pactado.

ARTICULO 3: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

Bajo los términos del presente contrato colectivo de seguro, la compañía aseguradora pagará a los beneficiarios el Capital Asegurado en caso de Fallecimiento establecido en las Condiciones Particulares, una vez acreditado el fallecimiento del asegurado, si éste ocurre durante la vigencia del contrato de seguro y por causa no excluida en este contrato de seguro.

Para acceder a la cobertura que entrega esta póliza es necesario que se cumplan los siguientes requisitos copulativos:

a) Que el fallecimiento del asegurado ocurra durante su vigencia en este contrato de seguro.

b) Que el fallecimiento del asegurado no se haya producido como consecuencia de algunas de las situaciones mencionadas como exclusiones de cobertura en el artículo 4 de estas Condiciones Generales.

c) Que el beneficiario relacionado o vinculado con el asegurado fallecido tenga la calidad de alumno regular de la institución educacional a la fecha de fallecimiento del asegurado. La calidad de alumno regular deberá ser certificada por la propia institución educacional.

Pago de la Renta Anual por Escolaridad a la Institución Educacional.

Sin perjuicio que los alumnos son los beneficiarios, esta póliza colectiva permite que el Capital Asegurado en caso de Fallecimiento sea pagado bajo la modalidad de Renta Anual por Escolaridad, directamente a la Institución Educacional, en la medida que el beneficiario mantenga la calidad de alumno regular de dicha entidad. El monto y número de Anualidades se establecerán en las Condiciones Particulares de la póliza.

Previo al pago de cada una de la Renta Anual por Escolaridad, se deberá acreditar ante la compañía aseguradora que el beneficiario: (a) se encuentre vivo (ii) que tiene la calidad de alumno regular de la Entidad Educacional (iii) la etapa educacional que está cursando. Lo anterior deberá acreditarse mediante el correspondiente certificado de alumno regular.

El pago de la Renta Anual por Escolaridad estará destinado a solventar el todo o parte del valor del costo anual del alumno por los servicios educacionales que presta la institución educacional.

Repitencia de un beneficiario.

La posibilidad de repitencia, así como la cantidad de veces que un beneficiario puede repetir un mismo año escolar quedará establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Retiro de un beneficiario de Institución Educacional

Si un alumno relacionado o vinculado con un asegurado fallecido, cuyo proceso de liquidación de siniestro haya concluido y aceptado, por la razón que sea, deja de pertenecer a la institución educacional, el Capital Asegurado en caso de Fallecimiento que se encuentre pendiente de pago, será entregado en forma anticipada a cada beneficiario, dando término anticipado a las obligaciones contempladas en esta póliza por el siniestro cubierto.

El Capital Asegurado en caso de Fallecimiento que correspondiere será pagado directamente al beneficiario si es mayor de edad. En caso contrario a su representante legal.

Fallecimiento de un alumno con posterioridad al fallecimiento del asegurado

Si un alumno relacionado o vinculado con un asegurado fallecido, cuyo proceso de liquidación de siniestro haya concluido y aceptado, fallece con posterioridad al fallecimiento del asegurado, el Capital Asegurado en caso de Fallecimiento que se encuentre pendiente de pago, será entregado en forma anticipada a los herederos legales del alumno, en partes iguales, dando término anticipado a las obligaciones contempladas en esta póliza por el siniestro cubierto.

El procedimiento y modalidades de este pago anticipado se establecen expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de muerte cuando el fallecimiento del asegurado se produzca a consecuencia de algunas de las siguientes situaciones:

a. Suicidio o muerte producida a consecuencia de lesiones auto provocadas por el asegurado o por terceros con su consentimiento. No obstante, lo anterior, el riesgo de muerte por suicidio del asegurado sólo quedará cubierto a partir de dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de incorporación del asegurado a este contrato de seguro.

b. Pena de Muerte.

c. Participación del asegurado en actos calificados por la ley como delitos, en calidad de autor, cómplice o encubridor.

d. La conducción de cualquier vehículo, medio de transporte o la operación de cualquier tipo de maquinaria, ejecutada en estado de ebriedad o bajo la influencia del alcohol, de acuerdo a la graduación establecida en legislación vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente. Además, la conducción de cualquier vehículo o medio de transporte o la operación de cualquier tipo de maquinarias ejecutada bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas.

e. Guerra; invasión; actos de enemigos extranjeros; hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra; guerra civil; insurrección; sublevación; rebelión, sedición; motín; o hechos que

las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.

f. Participación activa del asegurado en acto terrorista. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

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

h. La práctica de cualquier deporte o actividad objetivamente riesgosa, considerándose como tales aquellas actividades o deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, cuando, habiendo sido consultada esta materia por la compañía aseguradora, no haya sido declarada a la compañía aseguradora y aceptada explícitamente por ésta al momento de contratar esta póliza. Serán considerados riesgosos deportes o actividades y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, como: el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión y, como deportes riesgosos, el buceo o inmersión submarina, montañismo o escalada, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, de automóviles, de motocicletas y de lanchas, parapente, benji, canopy, rappel, rafting, kayak, boxeo, rodeo, equitación u otros del mismo género.

Sin perjuicio de lo anterior, la compañía aseguradora cubrirá el fallecimiento del asegurado como consecuencia directa de la práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en esta letra h), cuando dichas actividades o deportes hayan sido declarados por el asegurado, al tenor de lo que solicite la compañía aseguradora y aceptados expresamente por la compañía aseguradora. En este caso la compañía aseguradora podrá realizar una adecuación a la prima del contrato de seguro. De todo lo anterior se dejará constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

i. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

j. Enfermedades y Dolencias Preexistente, entendiendo que éstas corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

En las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas

ARTICULO 5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado deberá dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el artículo 524 del Código de Comercio que le sean atingentes en consideración al tipo de seguro de que se trate. En especial, el asegurado estará obligado a:

1.- Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar y apreciar la extensión de los riesgos;

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

Si el contratante del seguro y el asegurado son personas distintas, como es el caso de la presente póliza colectiva, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el asegurado.

Dado la naturaleza colectiva de esta póliza de seguro, aplica lo dispuesto en el artículo 517 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 6: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

La póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la compañía aseguradora en cumplimiento a la obligación referida en el numeral 1 del artículo anterior.

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el asegurado informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo. Esta declaración y el efecto de sus errores, reticencias o inexactitudes se rigen por el artículo 525 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 7: PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima es la retribución o precio del seguro, cuyo monto se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza.

De acuerdo con la forma de pago o financiamiento de las primas, se definen dos tipos de modalidades, una de las cuales deberá quedar expresamente establecida en las Condiciones Particulares:

a) Modalidad Contributoria: La prima es financiada conjuntamente por el contratante y el asegurado.

b) Modalidad No Contributoria: La prima es financiada sólo por el contratante de la póliza o sólo por el asegurado.

Sin perjuicio de lo anterior, el pago de la prima a la compañía aseguradora en la forma y época pactada será de responsabilidad y le corresponderá al contratante de la póliza, quien se obliga a recaudarla cuando sea de cargo del asegurado, en cuyo caso se entenderá que ésta fue pagada en la fecha en que el contratante la recibió de aquel.

El monto de la prima se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza.

a) Pago de Primas: Se deberá pagar la prima en las oficinas de la compañía aseguradora o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que la compañía aseguradora podrá poner a disposición del contratante. Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la compañía aseguradora.

La compañía aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima.

b) Plazo de gracia: Efectuado el pago de la primera prima de la póliza, la compañía aseguradora podrá conceder un plazo de gracia el cual estará establecido en las Condiciones Particulares para el pago de las primas siguientes. Durante este período, la póliza permanecerá vigente, y si se produjere el fallecimiento del asegurado durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente de la cantidad a pagar la prima vencida y no pagada.

c) No pago de la prima: La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato o la exclusión o término anticipado de la vigencia de algún asegurado, a la expiración del plazo de 15 (quince) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 14 de estas Condiciones Generales, dirija la compañía aseguradora al contratante, y dará derecho a la compañía aseguradora para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de su terminación y los gastos de formalización del contrato. Dicha terminación no aplicará en caso que el contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente.

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

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

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

ARTICULO 8: INCORPORACION DE LOS ASEGURADOS E INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Las personas que quisieran incorporarse como asegurado al contrato de seguro colectivo deberán presentar su solicitud de incorporación al contrato colectivo y, cuando corresponda, someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando para ello una declaración de salud, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Mismo procedimiento se aplicará cuando un asegurado que ya está incorporado en la póliza colectiva desea relacionar o vincular un nuevo alumno a su cobertura, aumentando de esta forma el capital asegurado en riesgo del asegurado.

El inicio de vigencia de cobertura para los asegurados será a contar del primer día del mes siguiente a la aceptación expresa de la compañía de la solicitud de incorporación o de la aceptación expresa de la nómina enviada por el contratante, según sea el caso.

ARTÍCULO 9: VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA ASEGURADO

El contrato de seguro colectivo entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares, y podrá ser renovada por el lapso, condiciones y prima que autorice el contratante.

La vigencia de la cobertura individual de cada asegurado será la que se especifique en el respectivo Certificado de Cobertura para cada uno de los asegurados en particular y estará siempre sujeta a la fecha de término de vigencia del contrato de seguro colectivo.

Por tanto, terminada la vigencia del contrato de seguro colectivo, la vigencia individual de los asegurados también terminará.

Con todo, terminada la vigencia del contrato del seguro colectivo, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 10: TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

El contrato de seguro colectivo terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza.

El contratante podrá poner término anticipado a la póliza, comunicándolo por escrito al asegurador.

La terminación del presente contrato de seguro colectivo tendrá el efecto de que no podrán seguir incorporándose nuevos asegurados a aquel, desde la fecha de su terminación.

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

ARTÍCULO 11: TÉRMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

La cobertura del presente contrato colectivo de seguro terminará respecto de un asegurado, en los siguientes casos:

a) Por término del contrato de seguro colectivo;

b) Cuando el contratante o el propio asegurado informe que él ya no es parte del grupo asegurado;

c) Por el fallecimiento del asegurado;

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

e) Por no pago de la prima correspondiente por dicho asegurado dentro de los plazos establecidos y haya trascurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 7 precedente;

f) Por dejar de tener la calidad de alumno regular o retiro definitivo de él o de todos los beneficiarios, si eran más de uno, de la institución educacional, lo que deberá constar en el pertinente certificado emitido por dicha institución dando cuenta de dicho hecho.

Terminada la cobertura individual, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los

riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 12: DENUNCIA DEL SINIESTRO

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

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

a) Certificado de Defunción original del asegurado, con causa de muerte

b) Fotocopia Cédula de Identidad del asegurado o Certificado de Nacimiento original

c) Informe del Médico Tratante del asegurado, respecto a las causas de su fallecimiento.

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

e) Documentación necesaria que acredite que el asegurado tenía dicha calidad y aquella relacionada con la calidad de alumno regular del beneficiario de la póliza, en el establecimiento educacional.

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

Acreditada la ocurrencia del siniestro y aprobada la liquidación del mismo, para el pago de cada Renta Anual por Escolaridad, se requerirá presentar certificado de alumno regular del beneficiario, extendido por la Institución Educacional.

ARTÍCULO 13: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

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

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

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

ARTICULO 14: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la compañía aseguradora al contratante o al asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, en la Solicitud de Incorporación o en la nómina enviada por el contratante, salvo que éste no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros. Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de incorporación respectiva.

ARTÍCULO 15: SOLUCION DE CONFLICTOS

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y

el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa tendrá las facultades que establece el artículo 543 del Código de Comercio.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del beneficiario.

No obstante, lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de cuando el monto de la indemnización reclamada no sea superior a 120 unidades de fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley Nº 251, de Hacienda, de 1931

ARTÍCULO 16: DOMICILIO

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

ARTÍCULO 17: CLAUSULAS ADICIONALES

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

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD220130945

ARTÍCULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Las mismas establecidas en la póliza principal a la que accede.

ARTÍCULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

Bajo los términos de la presente cláusula adicional, la Compañía Aseguradora pagará al Asegurado el Capital Asegurado que está establecido en las Condiciones Particulares de la póliza principal para el caso de fallecimiento, en caso de acreditarse la "Invalidez Total y Permanente Dos Tercios" del Asegurado, en adelante "Invalidez", siempre que se cumplan, copulativamente, las siguientes condiciones: **a)** Que la "Invalidez" se produzca como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional; o que la "Invalidez" se produzca como consecuencia de una enfermedad diagnosticada o conocida por el Asegurado durante la vigencia de esta cláusula adicional. **b)** Que, a la fecha del accidente del asegurado, o a la fecha del diagnóstico o conocimiento de la enfermedad por el asegurado, que originan -según corresponda- el menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, la póliza principal se encuentre vigente. **c)** Que la "Invalidez" se produzca antes que el Asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de la póliza. **d)** Que la "Invalidez" se produzca por causa no excluida en esta cláusula adicional. Se entiende por "Invalidez" al menoscabo permanente, definitivo e irreversible, ocurrido durante la vigencia de la cláusula adicional, de al menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente, de una o más enfermedades o por el debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales.

Para efectos de esta cláusula adicional, el menoscabo deberá ser evaluado y determinado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. Nº 3.500, de 1980 y sus modificaciones.

En todo caso, siempre se considerará como "Invalidez" los siguientes casos: La pérdida total de: La visión de ambos ojos, o / ambos brazos, o / ambas manos, o / ambas piernas, o / ambos pies, o / una mano y un pie.

Para los efectos de este adicional, la fecha de invalidez corresponderá a la fecha de denuncio del siniestro a la compañía de seguros.

Se deja expresa constancia que el monto del capital asegurado a pagar por esta cláusula adicional, será siempre igual al monto que se debiera indemnizar por el seguro principal, en caso de fallecimiento, a la fecha de la invalidez.

Por consiguiente, el pago al asegurado de la indemnización por concepto de la presente cláusula adicional producirá la terminación inmediata de la póliza principal y de todas las demás cláusulas adicionales, de la misma forma que si se hubiese pagado el capital asegurado por fallecimiento en la póliza principal.

ARTÍCULO 3: EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios del Asegurado, que ocurra a consecuencia de lesiones o enfermedades originadas por, o que provengan de: **a)** Cualquiera de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza principal a la que accede. **b)** Accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de esta cláusula adicional. **c)** Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente. **d)** Realización o participación de una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades o deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichas actividades o deportes no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente

enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión y, como deportes riesgosos, el buceo o inmersión submarina, montañismo o escalada, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, de automóviles, de motocicletas y de lanchas, parapente, benji, canopy, rappel, rafting, kayak, trekking, boxeo, rodeo, equitación. **e)** Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario. **f)** Enfermedades y Dolencias Preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en las Condiciones Particulares de la póliza se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas.

ARTÍCULO 4: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La Compañía cubrirá la Invalidez que afecte al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el artículo 3 letra d), cuando dichas actividades o deportes hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la Compañía Aseguradora. En estos casos se acordará la prima adicional que corresponda.

ARTÍCULO 5: VIGENCIA DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

La cláusula adicional entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares.
Terminada la vigencia de la cláusula adicional, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía Aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 6: TERMINACIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria de la póliza principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la póliza principal, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal esté vigente, terminando en los siguientes casos: **a)** Por terminación de la póliza principal de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Generales de la misma. **b)** Por efectuarse el pago al Asegurado de la indemnización contemplada en esta cláusula adicional. **c)** A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de la póliza, rebajándose desde entonces la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional para el Asegurado. Terminada la vigencia de esta cláusula adicional, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 7: DENUNCIA DE SINIESTROS Y LIQUIDACIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

La invalidez del Asegurado, a consecuencia de un accidente o a consecuencia de una enfermedad, deberán ser notificados a la Compañía, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia de la invalidez, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza. No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía hasta el plazo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro del Asegurado. Asimismo, se deberán presentar a la Compañía los siguientes antecedentes relativos al siniestro: **a)** Fotocopia Cédula de Identidad del asegurado o Certificado de Nacimiento original; **b)** Informe Médico; **c)** Parte Policial y Alcoholemia (si correspondiese); **d)** Otros antecedentes tales como, ficha clínica, informes médicos, exámenes, dictamen de invalidez u otros documentos afines.
El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que

se relacionen directamente con el siniestro denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por este contrato de seguro y determinar el monto de la indemnización. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de las pericias y exámenes médicos. El asegurado deberá requerir de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación del siniestro denunciado o autorizar a la Compañía o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el siniestro denunciado.
En caso de requerirse mayores antecedentes, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N° 1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo modifique.

ARTÍCULO 8: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

La Compañía de seguros evaluará y determinará, en conformidad a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", si se ha producido la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios de acuerdo a lo señalado en los Artículos 2 y 7 precedentes. Las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial.
La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta.

ARTÍCULO 9: ACCESORIEDAD

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria de la póliza principal, y se regirá, en todo lo aquí no expresamente estipulado, por lo dispuesto en las Condiciones Generales de la póliza principal.

ARTÍCULO 10: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:
a) Pérdida Total: La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.
b) Pérdida Funcional Absoluta: La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de funciones o fisiología del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
c) Miembro: Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
d) Órgano: Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.
e) Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se considera como accidente aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.