



## SEGURO COLECTIVO DE VIDA ESCOLARIDAD

### PÓLIZA N° 5001455

CONDICIONES GENERALES REGISTRADAS EN EL DEPÓSITO DE PÓLIZAS  
DE LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS BAJO  
LOS CÓDIGOS POL 2 09 088 Y CAD 2 09 089.

#### CONDICIONES PARTICULARES

Santander Seguros de Vida S.A., considerando los antecedentes entregados por la empresa Contratante emite las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales, se consideran parte integrante del presente contrato.

- 1. ASEGURADOR : SANTANDER SEGUROS DE VIDA S.A.**  
DOMICILIO : Bombero Adolfo Ossa N° 1068 Piso 4, Santiago.  
R.U.T. : 96.819.630 - 8
  
- 2. CONTRATANTE : SERVICIO BIENESTAR SOCIAL ARMADA VALPARAISO.**  
DOMICILIO : Jorge Montt 11700, Valparaíso, Valparaíso.  
R.U.T. : 61.102.033– 3
  
- 3. ASEGURADOS**  
Son las personas naturales, padre, madre o Sostenedor Económico que financie la educación del alumno Beneficiario pertenecientes al **COLEGIO CAPELLAN PASCAL**, que cumplan con las Condiciones Particulares y requisitos de asegurabilidad de la póliza.
  
- 4. COBERTURAS**  
Las coberturas de este Seguro Colectivo de Vida Escolaridad son: Fallecimiento POL 2 09 088 e Invalidez Permanente 2/3 CAD 2 09 089, que se amparan en las Condiciones Generales registradas en el Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS).

## 5. CAPITAL ASEGURADO

El capital para las coberturas de cada Asegurado es el siguiente:

### Grupo 1: Cobertura hasta 4ª Medio

Cobertura	Capital Asegurado
Fallecimiento	UF 75
Invalidez Permanente 2/3	UF 75

### Grupo 2: Cobertura hasta 6 años Educación Superior

Cobertura	Capital Asegurado
Fallecimiento	UF 75
Invalidez Permanente 2/3	UF 75

El capital Asegurado es de UF 75 anuales y cubrirá el costo de educación del alumno Beneficiario, arancel y matrícula anual estudiantil, desde el mes siguiente del Fallecimiento o Invalidez Permanente 2/3 del apoderado Asegurado en nuestra Compañía, por el período de cobertura contratado que corresponde desde Pre Básica (PlayGroup) hasta 4º Año de Educación Media para el Grupo 1 y hasta 6 años de educación superior para el Grupo 2, considerando un año de repitencia para el período escolar y otro para la educación superior.

No obstante lo anterior, el año de ocurrencia del siniestro, se pagará la proporcionalidad entre el mes siguiente de ocurrido el siniestro y el término del año lectivo en curso. Para todo efecto se considera año lectivo de 10 meses, para el período comprendido entre Marzo y Diciembre de cada año de cobertura.

## 6. BENEFICIARIOS

El beneficiario de la póliza es él o (los) alumnos beneficiarios del (o los) Asegurado(s) titular(res) pertenecientes a la **COLEGIO CAPELLAN PASCAL**, por él o (los) cuales se ha cancelado prima.

## 7. VIGENCIA

La presente póliza permanecerá vigente desde el 01 de Enero de 2010 hasta el 31 de Diciembre de 2011 sólo si es pagada la prima estipulada en el punto N° 14 de las Condiciones Particulares de esta póliza y durante el período cubierto por dicha prima, sin embargo, el Contratante como el Asegurador podrán poner término anticipado a la póliza, previo aviso por escrito con 30 días de

anticipación mediante carta certificada al domicilio de la Compañía o del Contratante.

En caso de no existir objeción por parte de ambos en el plazo estipulado, a partir del 01 de Enero de 2012 se entenderá renovada automáticamente por un nuevo período, si y sólo si la póliza no se encuentre en estado de mora por pagos de primas pendientes.

## **8. VIGENCIA DE LAS COBERTURAS DE CADA ASEGURADO**

La responsabilidad que el Asegurador asume por el presente contrato, sólo comienza en la fecha en que la Compañía suscribe y acepta el riesgo de cada Asegurado, el Asegurador mantendrá vigentes las coberturas del seguro siempre y cuando se haya pagado la prima estipulada y sólo durante el período cubierto por dicha prima. Al momento de terminar la vigencia de la póliza, también finalizan las coberturas existentes en el presente contrato para todos sus Asegurados, a partir de ese momento, la Compañía Aseguradora no tendrá responsabilidad alguna por cualquier siniestro que pudiera ocurrir.

## **9. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PARA NUEVAS INCORPORACIONES**

Los requisitos de asegurabilidad correspondientes a la presente póliza para el Grupo 1 y Grupo 2 son los siguientes:

**Edad mínima de ingreso para todas las coberturas** **18 años**

### **Edad máxima de ingreso**

- Cobertura Fallecimiento **64 años**
- Cobertura Invalidez Permanente 2/3 **64 años**
- Requiere Declaración Personal de Deportes y/o actividades Riesgosas.

### **Edad máxima de permanencia**

- Cobertura Fallecimiento **75 años**
- Cobertura Invalidez Permanente 2/3 **65 años**

La edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia es el día en que el Asegurado cumpla la edad estipulada anteriormente. No requiere Declaración Personal de Salud (DPS) para nuevas incorporaciones.

La Compañía Aseguradora cubrirá deportes o actividades riesgosas siempre y cuando esto sea declarado por el Asegurado y la Compañía suscriba y acepte el riesgo de asegurarlo según lo indicado en el artículo N° 7 del Condicionado General de esta póliza.

## 10. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PARA STOCK

Para todos los efectos legales, esta póliza otorga continuidad de Cobertura para aquellos Asegurados vigentes en la póliza **N° 11100682** suscrita por **Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A.** a la fecha de término de su cobertura.

Conforme a lo señalado en el párrafo anterior la presente póliza mantendrá la condición de Asegurabilidad a los Asegurados traspasados, tanto para la realización o participación en actividades o deportes riesgosos actualmente cubiertos que fueron declarados por el Contratante o el Asegurado a **Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A.**

Por tanto, estos Asegurados al inicio de la cobertura de la Póliza **N° 5001455** suscrita por **SANTANDER SEGUROS DE VIDA S.A.** se considerarán Asegurados desde el día en que ingresaron a la póliza anterior. La cantidad de Asegurados informados por el Contratante en ese momento es parte integrante de esta póliza. Por lo tanto las exclusiones contenidas en POL 2 09 088 y las contenidas en CAD 2 09 089 quedará sin efecto para los Asegurados bajo esta condición.

**Stock:** Contempla a todos aquellos Sostenedores Económicos incorporados a la póliza **N° 5001455** antes del 01 de Enero de 2010, que provienen de la póliza anterior.

## 11. CARENCIA

Conforme a lo indicado en el artículo N° 6, POL 2 09 088 se establece un período de carencia de 180 días, tanto para los asegurados provenientes de la póliza anterior **N° 11100682** como para nuevas incorporaciones.

## **12. REQUISITOS DE INFORMACIÓN SOLICITADOS PARA LA INCORPORACIÓN, EXCLUSIÓN Y MODIFICACIÓN DE ASEGURADOS**

La información requerida por la Compañía tanto para realizar la carga inicial de la nómina de Asegurados como para futuras incorporaciones debe ser enviada por el Contratante en un archivo Excel con los siguientes datos:

### **Sostenedor**

- a) Nombres
- b) Apellido Paterno
- c) Apellido Materno
- d) R.U.T. (Sin dígito verificador y sin separador de miles)
- e) Dígito verificador de R.U.T.
- f) Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
- g) Sexo (M o F)

### **Alumno Beneficiado**

- a) Nombres
- b) Apellido Paterno
- c) Apellido Materno
- d) R.U.T. (Sin dígito verificador y sin separador de miles)
- e) Dígito verificador de R.U.T.
- f) Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
- g) Curso

Para la exclusión de Asegurados sólo será necesario el R.U.T. y la fecha de exclusión, en tanto, para la inclusión de nuevos Asegurados la vigencia comenzará a regir en la fecha en que la Compañía acepta el riesgo de cada Asegurado incorporado. Cabe señalar que no se aceptarán y no se realizarán exclusiones e incorporaciones con fechas retroactivas.

Es obligación del Contratante mantener actualizada la nómina de Asegurados, esta información deberá ser entregada en la Compañía Aseguradora a más tardar el día 25 de cada mes o en su defecto el día hábil anterior indicando a los Asegurados a ser incluidos, excluidos o modificaciones que correspondan de acuerdo a las normas de suscripción de la póliza.

El no cumplimiento de lo estipulado revoca de toda obligación a la Compañía Aseguradora en relación a las coberturas ofrecidas.

El no cumplimiento de lo estipulado revoca de toda obligación a la Compañía Aseguradora en relación a las coberturas ofrecidas.

### 13. MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital Asegurado y el monto de la prima de esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento (UF), el valor de dicha unidad se considerará para el pago de la prima, devoluciones y beneficios, los cuales serán valorizados al día nueve de cada mes.

Sin perjuicio de lo anterior, la valorización del pago de los beneficios será la UF vigente al momento de su pago en efectivo.

### 14. PRIMA DE SEGURO

Conforme a lo señalado en el artículo N° 12 del Condicionado General POL 2 92 088 de la póliza, la prima trimestral del seguro para el **Grupo 1** será el equivalente a **UF 0,1603** y para el **Grupo 2** el equivalente a **UF 0,2962**. Las primas indicadas, permiten la incorporación de un Sostenedor o Apoderado al 100% del capital Asegurado, en caso de ser informado un Segundo Sostenedor al 100% del capital Asegurado se deberá cancelar **UF 0,3206** para el Grupo 1 y **UF 0,5924** para el Grupo 2 por cada alumno beneficiario.

Se considera un trimestre en su totalidad para el cálculo de la prima, independiente si la cobertura del Asegurado se mantuvo una fracción o parte del trimestre. La prima trimestral se compone según el siguiente cuadro:

#### Grupo 1:

Coberturas	Prima Neta UF	IVA	Prima Total UF
<b>Fallecimiento</b>	0,1257	0,0000	0,1257
<b>Invalidez Permanente 2/3</b>	0,0291	0,0055	0,0346
<b>Totales</b>	<b>0,1548</b>	<b>0,0055</b>	<b>0,1603</b>

#### Grupo 2:

Coberturas	Prima Neta UF	IVA	Prima Total UF
Fallecimiento	0,2283	0,0000	0,2283
Invalidez Permanente 2/3	0,0571	0,0108	0,0679
<b>Totales</b>	<b>0,2854</b>	<b>0,0108</b>	<b>0,2962</b>

La prima del seguro se cancelará desde el día nueve o hábil siguiente al primer mes de cobertura, responsabilidad que corresponde al Contratante.

Conforme a lo señalado en el artículo N° 12, POL 2 09 088 se otorga un plazo de gracia de 60 días para el pago de la prima inicial de la póliza.

El no pago de la prima por parte del Contratante en un plazo superior al estipulado, faculta a Santander Seguros de Vida S.A. caducar esta póliza, por tanto, la póliza y por ende las coberturas de cada Asegurado finalizarán automáticamente, siendo notificado mediante carta certificada de cancelación de la póliza al domicilio del Contratante.

Pasado dicho plazo, la Compañía no responderá por siniestros que ocurran estando impaga la prima.

## **15. FORMA DE PAGO**

La prima mensual se cancelará contra Factura anticipada, previa validación por parte del Contratante del Aviso de Cobranza emitido e informado por la Compañía Aseguradora. Estos documentos serán enviados al domicilio del Corredor señalado en el punto N° 20 de las Condiciones Particulares de ésta póliza.

## **16. PAGO DE LOS BENEFICIOS**

Ocurrido un evento amparado en una de las coberturas de esta póliza, el Contratante deberá presentar la respectiva denuncia de siniestro, dentro de los 60 días siguientes de conocer la ocurrencia del mismo.

A su vez para todo evento el Contratante deberá remitir a la Compañía Aseguradora una carta que incluya, al menos, los siguientes documentos:

### **Cobertura de Fallecimiento**

- Certificado de defunción, original, el cual indique la causa de Fallecimiento.
- Certificado de Nacimiento, para acreditar la edad del Asegurado.
- Certificado de alumno regular con el respectivo nivel educacional del (o los) Alumno(s) beneficiario(s).

### **Cobertura de Invalidez Permanente 2/3**

- Certificado de nacimiento para acreditar la edad.
- Certificado de alumno regular con el respectivo nivel educacional del (o los) Alumno(s) beneficiario(s).
- Dictamen ejecutoriado por la Comisión Médica de AFP o COMPIN, que determine la calidad de incapacidad total y permanente.

- Dependiendo de la causa de incapacidad, la Compañía podrá solicitar antecedentes adicionales para resolver el pago del siniestro, de acuerdo a las normas de evaluación y calificación del grado de invalidez del sistema establecido por el DL-3500 de 1980.

No obstante, la Compañía podrá determinar el pago de la cobertura basándose en otros antecedentes médicos antes de contar con el dictamen. En caso de que el Asegurado no esté afiliado al sistema de Seguridad Social, deberá proporcionar los antecedentes médicos que permitan evaluar su condición de Invalidez Permanente 2/3 por parte de la Compañía.

La Compañía se reserva el legítimo derecho de exigir antecedentes adicionales respecto al Fallecimiento del Asegurado para proceder a la liquidación del siniestro.

Si el siniestro del Asegurado ocurre entre los meses de Marzo a Diciembre, el monto a pagar se dividirá en diez y se multiplicará por el número de meses que hay entre el mes siguiente y Diciembre del mismo año, si la ocurrencia del mismo se produce entre Enero y Febrero, la Compañía pagará la totalidad del monto pactado.

Los próximos pagos se cancelarán cada año, a comienzos del mes de Marzo, los próximos pagos del beneficio serán del 100% del capital.

La indemnización establecida en el artículo N° 5 de las Condiciones Particulares, está sujeta a la acreditación anual de la calidad de alumno regular mediante certificado emitido por algún establecimiento educacional reconocido por el Ministerio de Educación.

El pago de siniestros se efectuará por el plazo estipulado en las Condiciones Particulares en anualidades con un tope de UF 75 con excepción del primer año donde se cancela a contar del mes siguiente de ocurrido el siniestro la proporcionalidad sobre el capital asegurado anual por los meses restantes al año calendario.

## **17. EXCLUSIONES**

No se efectuará el pago de las indemnizaciones establecidas en las coberturas de esta póliza, cuando el siniestro del Asegurado se produzca directa o indirectamente por consecuencia de hechos mencionados, conforme a lo indicado en el Condicionado General POL 2 09 088 y CAD 2 09 089.

## 18. OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATANTE

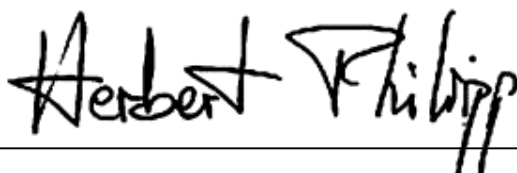
Se deja expresa constancia que en conformidad a lo establecido en la Circular N° 1457 de fecha 09 de Noviembre de 1999 de la Superintendencia de Valores y Seguros, que el Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Contratante del seguro colectivo.

## 19. DOMICILIO

Para todos los efectos legales de la presente póliza, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Santiago.

## 20. INTERMEDIACIÓN

Corredor : Segumont Corredores de Seguros Ltda.  
Dirección : I Norte N° 461 Oficina 607, Viña del Mar, Valparaíso.  
R.U.T. : 76.394.400 - K  
Comisión : 14,28% de la prima neta pagada, neta de devoluciones y anulaciones, IVA Incluido.



SANTANDER SEGUROS DE VIDA S.A.

Santiago, 01 de Febrero 2011.

