

POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS EDUCACIONAL

Penta Vida Compañía de Seguros de Vida S.A., considerando los antecedentes entregados por la Empresa Contratante emite la siguiente Póliza de seguros, que establece las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales se consideran parte integrante del presente contrato.

Datos Generales de la Póliza

Rut Contratante	96.996.370-1
Contratante	Sociedad Educacional San Miguel Arcángel S.A.
Dirección Contratante	Campanario N°455, Las Condes, Santiago
Vigencia	01-abril-2023 al 31-marzo-2024
Frecuencia de pago	En 8 cuotas. Primera cuota al inicio del período de vigencia
Rut Intermediario	77.682.370-8
Intermediario	Arthur J. Gallagher Corredores de Seguros, S.A.
Dirección Intermediario	El Golf 150, piso 9. Las Condes, Santiago
Comisión	10% + IVA, de las primas recaudadas netas de IVA
Rut Aseguradora	96.812.960-0
Aseguradora	Penta Vida Compañía de Seguros de Vida S.A.
Dirección Aseguradora	Hendaya 60, piso 7. Las Condes, Santiago

ARTICULO N° 1: CONTRATANTE

Empresa : Sociedad Educacional San Miguel Arcángel S.A.
RUT : 96.996.370-1
Dirección : Campanario N°455, Las Condes, Santiago

ARTICULO N° 2: ASEGURADOR

Empresa : Penta Vida Compañía de Seguros de Vida S.A.
RUT : 96.812.960-0
Dirección : Hundaya 60, piso 7. Las Condes, Santiago

ARTICULO N° 3: INTERMEDIARIO

Empresa : Arthur J. Gallagher Corredores de Seguros, S.A.
RUT : 96.812.960-0
Dirección : El Golf 150, piso 9. Las Condes, Santiago

ARTICULO N°4: ASEGURADOS

El asegurado es el sostenedor económico del alumno que puede ser: al padre, madre o tutor que sustenta económicamente las colegiaturas del alumno. Se considera que existen dos grupos de asegurados dentro de la póliza:

Grupo 1 o de Stock:

Son los Asegurados que provienen de la póliza anterior.

- Para estos Asegurados se otorga continuidad de cobertura.
- Las coberturas se rigen por: Fallecimiento POL 2 2013 0163 e Invalidez Total y Permanente CAD 3 2013 0165 registradas en la Comisión para el Mercado Financiero (CMF www.cmfchile.cl).

Grupo 2 o Nuevos Asegurados:

Son los nuevos Asegurados, o bien Asegurados vigentes con un nuevo alumno o el caso de un cambio de sostenedor:

- Para estos Asegurados, se otorga cobertura de preexistencias con excepción de 8 enfermedades nominadas que son las de la letra j) del Artículo de Exclusiones de las Condiciones Generales. Es decir, las Enfermedades preexistentes no cubiertas son: Cáncer, Cardiopatías, Enfermedad vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Parálisis, Trasplante de Órganos, Esclerosis Múltiple y Diabetes Mellitus.
- Sin perjuicio de lo anterior, se otorgará la cobertura de fallecimiento y adicionales, como consecuencia de las enfermedades o dolencias recién enunciadas, cuando éstas hayan sido diagnosticadas durante la vigencia individual del Asegurado en la póliza.
- Las coberturas se rigen por: Fallecimiento POL 2 2017 0060 e Invalidez Total y

Permanente CAD 2 2020 0183 registradas en la Comisión para el Mercado Financiero (CMF www.cmfchile.cl).

ARTÍCULO N°5: BENEFICIARIOS

Serán beneficiarios los alumnos del colegio contratante que hayan sido informados por el sostenedor (es) al momento de su incorporación al seguro, siempre que estos hayan sido informados y aceptados por la Compañía de Seguros y se haya pagado prima por éstos. Considerando que el espíritu de la póliza es el pago de los estudios de los alumnos beneficiarios antes indicados, mientras los alumnos informados como beneficiarios cursen estudios en el Colegio Contratante, el pago de la suma asegurada se hará directamente a dicha entidad.

Si después de ocurrir un siniestro, él o los alumnos sostenidos y beneficiados por el seguro que deben cambiar su residencia a otro Establecimiento, ciudad o país, la Compañía continuará igualmente obligada al pago de la renta anual, hasta por un valor igual contratado en la póliza, acreditando estudios.

ARTÍCULO N°6: OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATANTE

El contratante debe informar a los asegurados u otro legítimo interesado sobre la contratación del seguro, sus condiciones o modificaciones.

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

ARTICULO N°7: COBERTURAS

Las coberturas contratadas por esta póliza son las que se detallan a continuación y descritas en sus respectivos condicionados generales.

Para el Grupo 1: Son los Asegurados que provienen de la póliza anterior, para registros de la Compañía estos asegurados estarán en la **Póliza N° 1012034**.

Póliza N° 1012040	Condiciones Generales	Asegurados con Cobertura
Fallecimiento	POL 2 2013 0163	Sostenedores Stock
ITP 2/3	CAD 3 2013 0165	Sostenedores Stock

Para estos Asegurados se otorga continuidad de cobertura, esto significa que los asegurados de la póliza anterior no tendrán requisitos de incorporación (requisitos médicos, declaraciones de salud), quedando incorporados de manera automática a la nueva póliza, y quedando asegurados bajo las mismas condiciones o modalidades existentes y que hayan sido aceptadas por la compañía anterior. Su inclusión en la póliza anterior –y su aceptación en la compañía anterior, cuando sea el caso, incluyendo la Alternativa o modalidad etc.- deberá ser debidamente acreditada por el Contratante en caso de siniestro.

Para el Grupo 2: Son los nuevos Asegurados, o bien Asegurados vigentes con un nuevo alumno o el caso de un cambio de sostenedor, para registros de la Compañía estos asegurados estarán en la **Póliza N° 1012037**:

Póliza N° 1012037	Condiciones Generales	Asegurados con Cobertura
Fallecimiento	POL 2 2017 0060	Sostenedores 2023
ITP 2/3	CAD 2 2020 0183	Sostenedores 2023

Para estos Asegurados, se otorga cobertura de preexistencias con excepción de 8 enfermedades nominadas que son las de la letra j) del Artículo de Exclusiones de las Condiciones Generales. Es decir, las Enfermedades preexistentes no cubiertas son: Cáncer, Cardiopatías, Enfermedad vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Parálisis, Trasplante de Órganos, Esclerosis Múltiple y Diabetes Mellitus.

Sin perjuicio de lo anterior, se otorgará la cobertura de fallecimiento y adicionales, como consecuencia de las enfermedades o dolencias recién enunciadas, cuando éstas hayan sido diagnosticadas durante la vigencia individual del Asegurado en la póliza.

La enfermedad Covid 19 no será considerada como excluida de cobertura.

Los años escolares que se pagarían bajo el seguro, son los siguientes:

- Preescolar: Pre Kínder y Kínder.
- Básico: Desde Primero Básico hasta Octavo Básico.
- Medio: Desde Primero Medio hasta Cuarto Medio.
- Superior: 6 años de Universidad
- Lo anterior, más 1 año adicional en caso de repetición de alguno de los cursos.

ARTICULO N° 8: CAPITAL ASEGURADO.

Capital anual asegurado según colegiatura:

Cobertura	Capital 1° Sostenedor	Capital 2° Sostenedor (opcional o voluntario)
Fallecimiento	UF 135	UF 135
Invalidez Total y Permanente 2/3	UF 135	UF 135

ARTICULO N°9: PRIMA POR ALUMNO

Esta es la prima anual, aplicable para cada sostenedor por alumno:

Cobertura	Prima Neta UF	IVA	Prima Total UF
Fallecimiento	0,88	0,00	0,88
Invalidez Total y Permanente 2/3	0,29	0,06	0,35
Total	1,17	0,06	1,23

ARTICULO N°10: FECHA DE PAGO

La prima anual del seguro de Escolaridad se pagará en 8 cuotas, la primera cuota se cancelará al inicio del periodo de vigencia

ARTICULO N°11: REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Esta póliza considera continuidad de cobertura, por lo que se cubrirán todas aquellas preexistencias que se encuentran declaradas y cubiertas en la póliza anterior.

Para los nuevos ingresos, las condiciones de asegurabilidad serán las siguientes: Al ingresar a la póliza, todas las personas deberán estar en buenas condiciones de Salud (no podrán estar hospitalizados). El ingreso de los Asegurados será por nómina sin completitud de Declaración Personal de Salud (DPS) y se otorgará cobertura de preexistencias con excepción de 8 enfermedades nominadas que son las de la letra j) del Artículo de Exclusiones de las Condiciones Generales. Es decir, las Enfermedades preexistentes no cubiertas son: Cáncer, Cardiopatías, Enfermedad vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Parálisis, Trasplante de Órganos, Esclerosis Múltiple y Diabetes Mellitus.

Sin perjuicio de lo anterior, se otorgará la cobertura de fallecimiento y adicionales, como consecuencia de las enfermedades o dolencias recién enunciadas, cuando éstas hayan sido diagnosticadas durante la vigencia individual del Asegurado en la póliza.

Podrán ingresar todos los sostenedores de acuerdo a la siguiente tabla:

Cobertura	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Fallecimiento(Desgravamen)	Hasta 64 años y 364 días	Hasta 69 años y 364 días
Invalidez Total y Permanente 2/3	Hasta 64 años y 364 días	Hasta 64 años y 364 días

ARTÍCULO N° 12: EXCLUSIONES.

Para el Grupo 1:

Las exclusiones de la cobertura de fallecimiento son aquellas descritas en el artículo N° 3 de las Condiciones Generales POL 2 2013 0163, salvo aquellas indicadas en sus letras a) y g) las cuales se encuentran cubiertas.

Exclusiones cobertura Invalidez Total y Permanente 2/3: son aquellas descritas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional CAD 3 2013 0165, salvo aquellas indicadas en sus letras a), la cual se encuentra cubierta.

Para el Grupo 2:

Las exclusiones de la cobertura de fallecimiento son aquellas descritas en el artículo N° 3 de las Condiciones Generales POL 2 2017 0060, salvo aquellas indicadas en sus letras a) y g) las cuales se encuentran cubiertas.

Para la cobertura de fallecimiento se debe considerar que NO se otorgará cobertura de Fallecimiento y/o Adicionales que sean como consecuencia de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias e intervenciones quirúrgicas, detalladas en la cláusula N° 3 del POL 2 2017 0060: Cáncer, Cardiopatías, Enfermedades Vasculares, Insuficiencia Renal Crónica, Parálisis, Trasplante de Órganos, Esclerosis Múltiple y Diabetes Mellitus.

Sin perjuicio de lo establecido en dicha cláusula, se otorgará la cobertura de Fallecimiento y

adicionales como consecuencia de las enfermedades o dolencias recién enunciadas, cuando estas hayan sido diagnosticadas durante la vigencia individual del asegurado en la póliza.

Para la cobertura de ITP 2/3 y con la finalidad de que los asegurados ingresaran por nomina en el artículo de exclusiones se debe considerar lo siguiente:

Se deja sin efecto la exclusión contenida en la letra j). De este modo se cubrirán preexistencia con excepción de aquellas que digan relación con Cáncer, Cardiopatías, Enfermedad Vasculares, Insuficiencia Renal Crónica, Parálisis, Trasplante de Órganos, Esclerosis Múltiple y Diabetes Mellitus.

ARTICULO N°13: TRAMITACION DE SINIESTROS

1) Aviso de siniestros

La denuncia del siniestro deberá realizarse a la compañía tan pronto sea posible, una vez tomado conocimiento del hecho, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

El denunciado del siniestro debe ser realizado a la Compañía por el Corredor a través de la plataforma dispuesta para esto en <https://colectivos.pentavida.cl> ingresando el usuario con el mail y clave de acceso.

Si es una persona natural quien denuncia el siniestro en la Compañía, puede hacerlo a través de la página web en: <https://www.pentavida.cl/servicios-en-linea/notificacion-de-siniestros/>

2) Documentos necesarios para efectuar la denuncia de siniestro de Desgravamen

Deberán remitirse como mínimo, los siguientes documentos a la Compañía:

- a) Formulario “Declaración de Siniestros” de la Compañía aseguradora.
- b) Certificado de Defunción del Asegurado,
- c) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado y del alumno beneficiario
- d) Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad del asegurador.
- e) Certificado emitido por la entidad educacional que dé cuenta de la calidad de alumno regular.

3) Documentos necesarios para efectuar la denuncia de siniestro de Invalidez Total y permanente 2/3

- a) Formulario “Declaración de Siniestros” de la Compañía aseguradora.
- b) Copia de la cédula de identidad de asegurado
- c) Resolución del COMPIN o Dictamen Ejecutoriado de la Comisión Médica Regional o Central, según corresponda.

- d) Todos los antecedentes médicos, como exámenes, radiografías, informes, etc., que la Compañía precise para la correcta evaluación de la invalidez
- e) En caso de desmembramientos por accidente, informe del tipo de accidente y las circunstancias en que sucedió, parte policial (si corresponde), certificado de atención en los servicios de urgencia (si corresponde) y cualquier otro elemento probatorio del accidente. Para efectos de determinar y verificar la efectividad de la Invalidez Total y Permanente el asegurado deberá proporcionar a la compañía de seguros todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, como también aquellos documentos legales y autorizarla para requerir de sus médicos tratantes y/o instituciones de salud, incluido el Instituto de Salud Pública (IPS) todos los antecedentes que ellos posean, como también someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite

No obstará a la denuncia de siniestro la omisión de uno o más de los antecedentes requeridos por la compañía de seguros para estos efectos, sin perjuicio que puedan ser solicitados con posterioridad.

4) Plazo para la liquidación y pago de indemnización:

El plazo para la emisión del Informe de liquidación, en caso de fallecimiento, no podrá ser inferior a cinco días hábiles ni superior a diez días hábiles contados desde la recepción en la compañía aseguradora de la documentación correspondiente para la correcta evaluación del siniestro. Tratándose de siniestros de invalidez, dicho plazo no podrá ser inferior a 20 días hábiles ni superior a 30 días hábiles.

El plazo para el pago de la indemnización no podrá ser inferior a tres días hábiles ni superior a seis días hábiles, contados desde la notificación de aceptación de la Penta Vida Compañía de Seguros de Vida de la procedencia del pago de la indemnización.

Sin perjuicio de lo anterior, los plazos totales de liquidación nunca podrán exceder los señalados en el Decreto Supremo N° 1055 de 2012.

ARTICULO N° 14: VIGENCIA

La vigencia de este seguro será anual renovable y comenzará a regir a partir de las 00:00 hrs. del día 01 de Abril de 2023 hasta las 24:00 Hrs. del día 31 de Marzo de 2024. Se entenderá renovada automáticamente la póliza por un nuevo período de igual duración, si ninguna de las partes avisase a la otra de su decisión de no renovar con una anticipación de a lo menos 30 días, a la fecha de término de cada período mediante una carta certificada a la dirección de la otra parte involucrada.

No obstante, la compañía aseguradora se reserva el derecho de poner término en la renovación, si observa que el volumen de asegurados vigentes en ese instante es inferior al 90% del volumen ingresado al inicio de vigencia de la póliza.

Sin perjuicio de lo anterior, cualquier asegurado que contribuya al pago de la prima podrá manifestar su intención de renunciar al seguro en cualquier momento, comunicando lo anterior al Contratante, quien deberá informar a la Compañía en los términos establecidos en el artículo referente a la Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados.

ARTICULO N°15: CLAUSULA DE ERRORES U OMISIONES

A través de esta Clausula se podrá subsanar los posibles errores u omisiones que pueda cometer el Colegio en la información de incorporación de los asegurados. Por ejemplo, cuando se informe a un sostenedor equivocado, o cuando se informe una cantidad menor de alumnos para un mismo sostenedor, etc. Para poder subsanar el error, es requisito esencial que, una vez detectado éste, se informe de ello a la Compañía; y se acredite satisfactoriamente la situación, acompañando de ser necesario los respectivos respaldos, que permitan verificar la información correcta. También se deberá hacer una revisión y pagar todas las primas que no se hubieren pagado oportunamente. Con todo, se establece que no se podrá incluir a una persona que no hubiere cumplido con los requisitos de ingreso (por ejemplo, por superar las edades límite). El límite máximo a cubrir por parte de la compañía, en virtud de esta cláusula, será de UF 3.000, para toda la vigencia del seguro.

ARTICULO N°16: REQUISITOS DE INFORMACIÓN SOLICITADOS PARA LA INCORPORACION, EXCLUSIÓN Y MODIFICACIÓN DE ASEGURADOS.

Con el objeto de mantener actualizada la nómina de asegurados que se encuentran cubiertos por el seguro, el Contratante es responsable de enviar a la Compañía Aseguradora, directamente o a través del Corredor, un archivo Excel antes del día 30 de cada mes, indicando las inclusiones, exclusiones o modificaciones de la nómina que se encuentre vigente.

En el caso de inclusión al seguro, el Contratante deberá enviar través del Corredor, una nómina con el detalle de la inclusión, esta nueva inclusión comenzará a regir a partir del primer día del mes siguiente a la recepción de la nómina. Estos movimientos serán reflejados en la Liquidación de Primas que se envía al Contratante. Se deja establecido, que aquellos asegurados que solicitaron voluntariamente su exclusión del seguro, no podrán volver a ser incorporados durante la vigencia actual de la póliza. En caso de solicitar su inclusión en una nueva vigencia, estos deberán incorporarse perdiendo toda continuidad de cobertura.

Los nuevos asegurados lo harán mediante nómina y no se requerirá DPS.

El Establecimiento Educacional enviará a la compañía a través del Corredor, la nómina por curso de los apoderados sostenedores sujetos del seguro, indicando:

- Nombre del Establecimiento Educacional
- Nombre completo del apoderado sostenedor
- Fecha de nacimiento del apoderado sostenedor
- RUT del apoderado sostenedor
- Nombre completo del (los) alumno (s)
- RUT del alumno
- Nivel cursado por el (los) alumno (s) al momento de la suscripción
- Indicación si es Padre, Madre, Tutor o Aval
- Solicitud de ingreso

- Al cambiar de apoderado sostenedor, se deberá presentar la solicitud de ingreso correspondiente.

Sin perjuicio de lo anterior, las solicitudes de ingreso de nuevos apoderados que han sido recepcionados por el Corredor y que aún no se encuentren en la compañía, tendrán cobertura sólo en caso de Fallecimiento Natural o accidental, no correspondiendo en los casos en que el siniestro sea consecuencia de una preexistencia o de diagnóstico informado en dicha solicitud.

La compañía contará con la nómina de asegurados, proporcionada por el colegio contratante a través del Corredor, ésta podrá evaluar e incorporar al seguro de escolaridad con todas sus coberturas o rechazar dicha incorporación por no cumplir con los requisitos de asegurabilidad.

Para la exclusión, el Contratante deberá indicar el nombre completo y RUT de la persona excluida del seguro. Dicha exclusión comenzará a regir a partir del primer día del mes siguiente a la recepción de la carta por parte de la Compañía Aseguradora. En caso de la exclusión del titular, se entenderá excluido todo el grupo familiar asociado. Estos movimientos serán reflejados en la Liquidación de Primas que mensualmente se envía al Contratante.

Cambio de Sostenedor:

Todo cambio de sostenedor de un alumno, durante el periodo de estudios o la renovación de la póliza, Deben completar la Nómina a través del Colegio contratante.

ARTICULO N°17: CONDICIONES GENERALES

El seguro se rige por las Condiciones Generales y Cláusula Adicional incorporadas al depósito de pólizas de la CMF bajo los códigos:

Grupo 1 o Póliza 1012035:

Cobertura	Condiciones Generales	Asegurados con Cobertura
Fallecimiento	POL 2 2013 0163	Sostenedores Stock
ITP 2/3	CAD 3 2013 0165	Sostenedores Stock

Grupo 2 o Póliza 1013037

Cobertura	Condiciones Generales	Asegurados con Cobertura
Fallecimiento	POL 2 2017 0060	Sostenedores 2023
ITP 2/3	CAD 2 2020 0183	Sostenedores 2023

ARTICULO N°18: DOMICILIO

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

CONDICIONES ESPECIALES

- Se otorga Cobertura por Suicidio desde el primer día de vigencia para asegurados antiguos y nuevos.
- Se cubre la práctica de deportes, sea que éstos sean catalogados habitualmente o no como riesgosos, siempre y cuando: (a) Correspondan a una práctica esporádica u ocasional, o práctica amateur (no una práctica profesional); (b) En caso de deportes catalogados habitualmente como riesgosos, éstos deberán ser practicados bajo medidas de protección y seguridad razonables, cumpliendo con las Leyes y las Normativas aplicables, y no encontrarse el asegurado bajo los efectos de las drogas o el alcohol al momento de ocurrir un siniestro.
- Se cubren las actividades o profesiones de los asegurados, que sean catalogadas habitualmente como riesgosas; siempre que éstas sean realizadas de manera lícita conforme a las Leyes y a las Normativas aplicables; y exceptuando en todo caso aquéllas que involucren elaboración, manejo o porte de: armas, explosivos, sustancias corrosivas, y/o sustancias peligrosas.
- Se cubren los viajes en vuelos aéreos catalogados como vuelos “no regulares”, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente: (a) Deberá ser realizado bajo medidas de protección y seguridad razonables, cumpliendo con las Leyes y las Normativas aplicables; (b) Ambos, el asegurado y el piloto, no deberán estar bajo los efectos de las drogas o el alcohol al momento de ocurrir un siniestro; (c) La nave no deberá superar los 40 años de antigüedad, y deberá tener sus mantenciones en regla.
- Se permite la incorporación al seguro de alumnos que estudien en otros establecimientos de educación básica, media y superior, que mantengan un hermano estudiando en el Colegio contratante. La cobertura será según las condiciones de la póliza vigente del colegio contratante. Podrán incorporarse al seguro los hermanos de los alumnos antes indicados en los términos y condiciones que establece la póliza, siempre y cuando se hayan sido informados a la Compañía, se haya pagado la prima establecida para éstos y se encuentren cursando estudios como alumnos regulares en alguna entidad reconocida por el Estado, lo cual podrá comenzar desde la etapa preescolar realizada en algún jardín infantil a partir de los 2 años de edad, hasta los estudios superiores, lo cual deberá acreditarse mediante el certificado correspondiente.
- Se permite la incorporación anticipada al seguro de Futuros alumnos que hayan sido aceptados por el Colegio Contratante.
- Se permite la incorporación de hijos de Funcionarios y Profesores del Colegio que estudien en otros establecimientos educacionales, bajo los mismos términos que el Colegio Contratante.
- Si después de ocurrir un siniestro, el alumno beneficiado por el seguro se cambia de establecimiento educacional; o bien cambia su residencia a otra ciudad o país, la Compañía Aseguradora continuará igualmente pagando la renta anual, hasta por un valor igual al contratado en la póliza.

- Nuevos Asegurados “término corto”: Se considera como alumno del colegio a todos aquellos alumnos que hayan sido aceptados e incluidos a la póliza de seguro escolar vigente, en consecuencia, se cobra prima proporcional desde el ingreso a la póliza hasta el término de vigencia de la misma.
- El pago del seguro se suspenderá durante el periodo de tiempo en que el alumno mantenga los estudios “congelados” por cuanto durante dicho tiempo éste no se verá obligado al pago de la mensualidad. Se considera un máximo de un año de congelamiento, después de ello no se procederá el pago de las coberturas de la presente póliza, perdiéndose el beneficio.
- Tratándose de alumnos que sean beneficiarios de Becas de Estudios, el monto asegurado que correspondería al periodo de la beca será pagado directamente al alumno beneficiario.
- Tratándose de beneficiarios informados a la compañía y por los cuales se haya pagado prima, que a la fecha del siniestro aun no hayan iniciado su etapa escolar, el pago del beneficio se postergará hasta que estos sean matriculados en algún establecimiento educacional reconocidos por el estado y sean certificados como alumnos regulares de éste.
- El seguro cubre únicamente los gastos por concepto de aranceles devengados luego del fallecimiento del asegurado. No se cubrirán gastos por concepto de aranceles morosos a la fecha del fallecimiento.
- La forma de Ingreso será por nómina. Se accede a que no será necesario tomar una declaración de salud.
- La enfermedad Covid 19 no será considerada como excluida de cobertura
- Se considerará 2 grupos de Asegurados: GRUPO 1 Y GRUPO 2.
- El Contratante, El Asegurado y/o El Beneficiario, según corresponda, deberá aceptar y hacerse cargo de los impuestos que en la oportunidad graven a sus respectivos pagos o indemnizaciones, según sea el caso.

ANEXO N° 1

(Circular N° 2106 Comisión para el Mercado Financiero.)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

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 LIQUIDACIÓN

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

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

En caso de liquidación directa por parte de 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 el liquidador dentro del plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, el correo electrónico (informado en la denuncia de siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia del siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre 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 preinforme dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncia, a excepción de;

- a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia;
- b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia

7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamente e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación en los casos calificados, y fijar un plazo para 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 LIQUIDACIÓN

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 al 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACIÓN

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.

ANEXO N° 2

INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se le 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 atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, 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 1º, Santiago



PENTAVIDA

Compañía de Seguros de Vida S.A.

