

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
ESCOLARIDAD
POLIZA N° 000187-000**



1. CONTRATANTE

SERVICIO BIENESTAR SOCIAL ARMADA VALPARAISO

RUT: 61.102.033-3
JORGE MONTT N° 11700
VALPARAISO
VALPARAISO

2. ASEGURADOR

ITAU CHILE COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

RUT: 76.034.737-K
SAN ANTONIO N° 113, PISO 4
SANTIAGO

De acuerdo a lo dispuesto por el Consejo de Autorregulación de la Asociación de Aseguradores, Itaú Chile Compañía de Seguros de Vida S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes.

Copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en nuestras oficinas y en www.aach.cl.

Asimismo ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Itaú Chile Compañía de Seguros de Vida S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.

3. INTERMEDIARIO

SEGUMONT CORREDORES DE SEGUROS LIMITADA

RUT: 76.394.400-K
MEDIO ORIENTE N° 831 OF. 305
VIÑA DEL MAR
VIÑA DEL MAR

Comisión Neta

12,00%

Aplicada sobre la prima neta pagada, descontadas las devoluciones y anulaciones. A esta comisión debe agregársele el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) cuando corresponda.

4. VIGENCIA

Vigencia Inicial: **01-01-2012** a las 00:00 hrs.

Vigencia Final: **31-12-2012** a las 24:00 hrs.

La presente póliza permanecerá vigente sólo si es pagada la prima estipulada en el punto N° 12 de estas Condiciones Particulares y durante el período cubierto por dicha prima. Sin embargo, tanto el Contratante como el Asegurador podrán poner término anticipado a la póliza, previo aviso por escrito con 60 días de anticipación mediante carta certificada enviada al último domicilio registrado de la Compañía o el Contratante.

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
ESCOLARIDAD
POLIZA N° 000187-000**



5. COBERTURAS – CAPITALES – BENEFICIARIOS – CONDICIONES ASEGURABILIDAD - TASAS

Cobertura	Condicionado General	Capital Asegurado Anual (UF)	Beneficiarios
Fallecimiento	POL 2 09 088	75,00	El beneficiario de la póliza corresponde a él o los alumnos definidos como BENEFICIARIOS del Sostenedor Económico pertenecientes al COLEGIO CAPELLAN PASCAL , y por los cuales se haya cancelado prima
Invalidez Total y Permanente 2/3	CAD 2 09 089	75,00	

El capital total a indemnizar, en caso de ocurrencia de un siniestro, corresponderá al número de años que al beneficiario o alumno le resten para terminar sus estudios escolares más 6 años de estudios superiores, si se hubiere contratado, considerando como máximo un año de repitencia. El número de años restantes se considerarán desde educación Pre Básica (Play Group).

Por cada uno de estos años, la compañía cancelará un monto igual al definido en estas condiciones particulares, es decir, **UF 75,00**.

Cobertura	Edad Mínima Ingreso	Edad Máxima Ingreso	Edad Máxima Permanencia
Fallecimiento	18 Años	64 Años	75 Años
Invalidez Total y Permanente 2/3	18 Años	64 Años	65 Años

Para cada una de las coberturas la edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia es el día en que el Asegurado cumpla la edad estipulada anteriormente.

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.

Cobertura	Prima Neta Anual por Alumno (UF)	IVA (UF)	Prima Bruta Anual por Alumno (UF)
Prima Total Primer Sostenedor hasta 4° Medio + 6 Años de Extensión Universitaria			1.1826
Fallecimiento	0.8643	0.0000	0.8643
Invalidez Total y Permanente 2/3	0.2675	0.0508	0.3183
Prima Total Primer Sostenedor hasta 4° Medio			0.6167
Fallecimiento	0.4428	0.0000	0.4428
Invalidez Total y Permanente 2/3	0.1461	0.0278	0.1739
Prima Total Segundo Sostenedor hasta 4° Medio + 6 Años de Extensión Universitaria			0.9934
Fallecimiento	0.7260	0.0000	0.7260
Invalidez Total y Permanente 2/3	0.2247	0.0427	0.2674
Prima Total Segundo Sostenedor hasta 4° Medio			0.5180
Fallecimiento	0.3720	0.0000	0.3720
Invalidez Total y Permanente 2/3	0.1227	0.0233	0.1460

Se amparan en las Condiciones Generales registradas en el Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
ESCOLARIDAD
POLIZA N° 000187-000**



6. DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

Las coberturas que considera esta póliza, se amparan en las Condiciones Generales registradas en el Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros, códigos **POL 2 09 088** y **CAD 2 09 089**.

7. ASEGURADOS

Son las personas naturales, definidas como **SOSTENEDOR ECONOMICO**, informados como tales en las nóminas de incorporación, que financie(n) la educación del **ALUMNO BENEFICIARIO** perteneciente al **COLEGIO CAPELLAN PASCAL**, también informados en las nóminas de incorporación, que cumplan con las condiciones de asegurabilidad de la póliza definidas y descritas en estas Condiciones Particulares. **Esta póliza considera los riesgos propios de la actividad militar tanto en territorio nacional como extranjero, incluyendo misiones de paz.**

8. VIGENCIA DE LAS COBERTURAS DE CADA ASEGURADO

La Compañía mantendrá vigente la cobertura del seguro para todas las personas informadas por el Contratante y por las que se ha emitido la presente póliza y por el período que se hubiere contratado el seguro. Adicionalmente, será condición necesaria para mantener estas coberturas vigentes, que el Contratante haya pagado la prima según lo estipulado en el punto N° 12 de este condicionado particular.

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. CARENIA

Se considerará una Carencia de **180** días corridos para todos los nuevos asegurados que se incorporen a la póliza. La cartera inicial que proviene de la póliza N° **5001455**, emitida por **Santander Seguros de Vida S.A.** no tendrá carencia y se les otorga Continuidad de Cobertura.

10. EXCLUSIONES

Las exclusiones que contempla esta póliza son las mismas que se establecen en las condiciones generales de este seguro. Es decir, las especificadas en el **Artículo 5°** del condicionado **POL 2 09 088** y en el **Artículo 3°** del condicionado **CAD 2 09 089**.

11. 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.

12. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

La compañía enviará mensualmente al contratante una **Nota de Cobranza** indicando el monto de la prima que el Contratante deberá cancelar a la compañía por la cobertura de estos Asegurados. La facturación se enviara en forma vencida.

Periodicidad Cobro Prima: **TRIMESTRAL**

Forma de Cobro Prima: **VENCIDO**

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
ESCOLARIDAD
POLIZA N° 000187-000**

13. 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, para lo cual el Contratante deberá remitir a la Compañía Aseguradora una carta que incluya al menos los siguientes documentos:

Cobertura Fallecimiento

- Parte Policial, si corresponde
- Certificado de defunción, original, el cual indique la causa de fallecimiento.
- Certificado de Alcoholemia, si corresponde
- Certificado de nacimiento, para acreditar edad del Asegurado
- Certificado de Alumno Regular, con el respectivo nivel educacional de cada Beneficiario correspondiente al sostenedor fallecido

La Compañía se reserva el legítimo derecho de exigir antecedentes adicionales respecto al Fallecimiento del Asegurado para proceder a la liquidación del siniestro. Además, al momento de liquidar el siniestro, la Compañía cerciorará que el Asegurado cumpla con los requisitos de asegurabilidad mencionados en el punto N° 5 de estas Condiciones Particulares.

Cobertura Incapacidad Total y Permanente 2/3

- Certificado de nacimiento para acreditar la edad.
- 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 D.L. N° 3.500 de 1980.
- Certificado de Alumno Regular, con el respectivo nivel educacional de cada Beneficiario correspondiente al sostenedor fallecido

Además, al momento de liquidar el siniestro, la Compañía cerciorará que el Asegurado cumpla con los requisitos de asegurabilidad mencionados en el punto N° 5 de estas Condiciones Particulares.

Si el siniestro ocurre entre los meses de Marzo a Diciembre, el monto a pagar se dividirá en 10 (diez) y se multiplicará por el número de meses que hay entre el mes siguiente al de ocurrencia del siniestro y Diciembre del mismo año.

Por otra parte, si la ocurrencia del siniestro es en los meses de Enero o Febrero de un año, la compañía pagará el total del monto pactado anual.

Los próximos pagos se cancelarán cada año, a comienzos del mes de Marzo y corresponderán al 100% del capital anual.

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
ESCOLARIDAD
POLIZA N° 000187-000**

14. REQUISITOS DE INFORMACION PARA EL MOVIMIENTO DE ASEGURADOS

Tanto para la carga inicial de los Sostenedores Económicos y de los Beneficiarios Alumnos como para los futuros movimientos de ellos que pudieran presentarse, el Contratante deberá enviar a la Compañía un archivo Excel con todos los antecedentes relativos a ambos tipos de personas y que contenga, como mínimo, la siguiente información:

Sostenedores Económicos

- RUT
- Nombre Completo
- Fecha de Nacimiento
- Sexo

Beneficiarios o Alumnos

- RUT
- Nombre Completo
- Fecha de Nacimiento
- Sexo
- Curso o Nivel
- RUT Sostenedor Económico

15. DOMICILIO

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

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

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
ESCOLARIDAD
POLIZA N° 000187-000**



ANEXO
INFORMACIÓN SOBRE PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 1.487 de Julio de 2000, las compañías de seguros deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado o beneficiario, u otros legítimos interesados, como aquellos que la Superintendencia de Valores y Seguros les derive.

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

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