

**CONDICIONADO PARTICULAR
SEGURO COLECTIVO VIDA DE ESCOLARIDAD**

Colegio Saint Gabriel's

POLIZA N.º 1774

CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE S. A. Considerando las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares descritas a continuación, todo lo cual se considera parte integrante de esta póliza y aceptada por ambas partes, se extiende la presente póliza de Seguro Colectivo de Vida

Artículo N° 01

CONTRATANTE:

- Colegio Saint Gabriel's
Francisco Bilbao 3070, Providencia, Santiago
RUT: 83.198.500-3

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

Artículo N° 02

ASEGURADOR/COMPAÑÍA:

- Chubb Seguros de Vida Chile S.A.
Av. presidente Riesco 5435, Piso 7, Las Condes, Santiago
Rut: 99.588.060-1

Artículo N° 03

INTERMEDIARIO:

- ARTHUR J. GALLAGHER CORREDORES DE SEGUROS SPA
Andrés Bello 2457 piso 12, Providencia, Región Metropolitana.
Rut: 77.682.370-8

Comisión Intermediación 10 % + IVA.

Artículo N° 04

ASEGURADOS:

- Son las personas naturales, padre, madre o sostenedor económico, siempre que sustente económicamente la educación del alumno Beneficiario perteneciente al Colegio.
Se consideran 3 grupos de asegurados diferenciados según su inicio de vigencia:

Grupo 1) Son los Asegurados que ingresaron a la póliza de seguro con fecha anterior al 01 de enero 2021. 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) que excluye las preexistencias conocidas y diagnosticadas antes de la fecha de ingreso a la Póliza. Para estos asegurados se otorga continuidad de cobertura.

Grupo 2) Son los sostenedores asegurados a contar del 01 de enero 2021. Asegurados se rigen por el condicionado código: POL220170060 y CAD220200183, ambos inscritos en la Comisión para el Mercado Financiero (www.cmfchile.cl).

- 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.

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 c). De este modo se cubrirán preexistencia con excepción de aquellas que digan relación con Cáncer, Cardiopatías, Enfermedad Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Parálisis, Trasplante de Órganos, Esclerosis Múltiple y Diabetes Mellitus.

Se otorga continuidad de cobertura para los asegurados vigentes.

Grupo 3) Son los sostenedores asegurados a contar del 01 de mayo 2025, nuevos Asegurados, o bien Asegurados vigentes con un nuevo alumno o el caso de un cambio de sostenedor. Asegurados se rigen por el condicionado código: POL220170060 y CAD220200183, ambos inscritos en la Comisión para el Mercado Financiero (www.cmfchile.cl).

- 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.

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 c). De este modo se cubrirán preexistencia con excepción de aquellas que digan relación con Cáncer, Cardiopatías, Enfermedad Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Parálisis, Trasplante de Órganos, Esclerosis Múltiple y Diabetes Mellitus.

Para estos asegurados se liberará la exclusión de preexistencias para las 8 enfermedades nominadas, a contar del mes 13 de vigencia del asegurado.

Artículo N° 05

BENEFICIARIOS:

- Para la Cobertura de VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3, se entenderá por beneficiario a todos los hijos o protegidos de los asegurados, que se encuentren estudiando regularmente en el establecimiento correspondiente y detallado en nómina de ingreso al seguro. 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 y el pago se hará directamente al alumno beneficiario, siempre y cuando se acredite mediante un Certificado de Estudios emitido por la Institución que corresponda.

Artículo N° 06

COBERTURAS:

- **VIDA:** En caso de fallecimiento de un asegurado por esta póliza, el asegurador pagará el beneficio anual, hasta que complete, el beneficiario, 6 años de Educación Superior, en instituciones de Educación reconocidas por el Ministerio de Educación, acreditando mediante un Certificado de Estudios emitido por la Institución que corresponda.
- **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3:** Esta póliza cubre el riesgo de invalidez total y permanente 2/3 de un asegurado. En caso de ITP 2/3 de un asegurado por esta póliza, el asegurador pagará el beneficio anual, hasta que complete, el beneficiario, 6 años de Educación Superior, en instituciones de Educación reconocidas por el Ministerio de Educación, acreditando mediante un Certificado de Estudios emitido por la Institución que corresponda.

Cobertura	Condicionado General		
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Fallecimiento	POL220130163	POL220170060	POL220170060
ITP 2/3	CAD320130165	CAD220200183	CAD220200183

Artículo N° 07

EXCLUSIONES

- **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.

- **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 letra j) 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.

Exclusiones cobertura Invalidez Total y Permanente 2/3: son aquellas descritas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional CAD 2 2020 0183, salvo aquellas indicadas en sus letras a), la cual se encuentra cubierta.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente 2/3 y con la finalidad de que los asegurados ingresarán por nómina en el artículo de exclusiones se debe considerar lo siguiente: Se deja sin efecto la exclusión contenida en la letra c). De este modo se cubrirán preexistencia con excepción de aquellas que

digan relación con Cáncer, Cardiopatías, Enfermedad Vascular, 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 Invalidez Total y Permanente 2/3 como consecuencia de las enfermedades o dolencias recién enunciadas, cuando estas hayan sido diagnosticadas durante la vigencia individual del asegurado en la póliza.

- **Grupo 3)**

Las exclusiones de la cobertura de fallecimiento son aquellas descritas en el artículo N° 3 de las Condiciones Generales POL220170060, 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 letra j) del POL220170060: 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 como consecuencia de las enfermedades o dolencias recién enunciadas, cuando estas hayan sido diagnosticadas durante la vigencia individual del asegurado en la póliza.

Exclusiones cobertura Invalidez Total y Permanente 2/3: son aquellas descritas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional CAD220200183, salvo aquellas indicadas en sus letras a), la cual se encuentra cubierta.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente 2/3 y con la finalidad de que los asegurados ingresarán por nómina en el artículo de exclusiones se debe considerar lo siguiente:

Se deja sin efecto la exclusión contenida en la letra c). De este modo se cubrirán preexistencia con excepción de aquellas que digan relación con Cáncer, Cardiopatías, Enfermedad Vascular, 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 Invalidez Total y Permanente 2/3 como consecuencia de las enfermedades o dolencias recién enunciadas, cuando estas hayan sido diagnosticadas durante la vigencia individual del asegurado en la póliza.

Para ambas coberturas Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente 2/3, se libera la exclusión de preexistencias para las 8 enfermedades nominadas, a contar del mes 13 de vigencia del asegurado.

Aviso de Aplicabilidad de las normas de sanciones de los EE. UU.

Chubb es una subsidiaria de una compañía estadounidense. Como resultado, Chubb está sujeto a ciertas leyes y regulaciones de los EE. UU., además de las restricciones de sanciones nacionales, de la UE y de la ONU, que pueden prohibirle proporcionar cobertura o pagar reclamaciones de siniestros a ciertas personas o entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con ciertos países como Irán, Siria, Corea del Norte, Región de Crimea y Cuba.

Artículo N° 08

CAPITAL ASEGURADO:

- El capital Máximo Asegurado es de UF 200 anuales, por el período de cobertura contratado que corresponde desde **Medio Menor + 4° año Medio + 6 años de Enseñanza Superior**, considera un año de repetición durante todo el período de educación.

Para efectos de cálculo del capital a pagar para aquellos siniestros producidos dentro del año póliza, Este se hará considerando sobre una base 10 meses de colegiatura, es decir desde el mes de marzo a diciembre. Por lo tanto, el capital asegurado y se dividirá por 10 y este resultado se multiplicará por los meses restantes a diciembre del mismo año. Si la ocurrencia del siniestro se produce entre enero y febrero, la Compañía pagará totalidad del monto anual pactado.
Las restantes cuotas anuales, se pagarán cada año durante el mes de marzo.

Pago de Siniestros según Fechas de Fallecimiento o ITP 2/3

- Fallecimiento o ITP 2/3 antes del día 15 de cada mes: en este caso se pagará la proporción de meses que faltan para el término de dicho periodo, incluyendo el mes de la ocurrencia del siniestro.
- Fallecimiento o ITP 2/3 después del día 15 de cada mes: Se calcula el monto a pagar por dicho año proporcionalmente a los meses que faltan para el término de dicho periodo, comenzando a generarse la obligación del pago a partir del mes siguiente de ocurrido el siniestro.

Cobertura	Capital Asegurado	
	1° Sostenedor 100% capital	2° Sost. Voluntario 100% capital
Fallecimiento	UF 200	UF 200
ITP 2/3	UF 200	UF 200

Artículo N° 09

PRIMA:

- La prima bruta Anual por alumno varía según alternativa, de la siguiente forma:

Alternativa 1: 1er sostenedor 100% capital			
Cobertura	Prima Neta	IVA	Prima Total
Fallecimiento	UF 2.163	UF 0.000	UF 2.163
Invalidez Total y Permanente 2/3	UF 0.096	UF 0.018	UF 0.114
Total	UF 2.259	UF 0.018	UF 2.277

Alternativa 2: 2do Sostenedor al 100% capital (voluntario)			
Cobertura	Prima Neta	IVA	Prima Total
Fallecimiento	UF 2.163	UF 0.000	UF 2.163
Invalidez Total y Permanente 2/3	UF 0.096	UF 0.018	UF 0.114
Total	UF 2.259	UF 0.018	UF 2.277

El pago de la prima será de cargo del Contratante y se pagará en 2 cuotas.

Facturación

Cobranza anual, facturación anticipada, tipo cambio UF 31-03-2026.

Pago de Facturas

El pago de las facturas debe ser efectuado vía transferencia electrónica y enviar a la compañía el comprobante de depósito a la casilla pagos.bau.chile@chubb.com

El Depósito deberá ser realizado a la siguiente cuenta:

CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE S.A.
99.588.060-1
CTA CTE 52906-00
BANCO CHILE

Artículo N° 10

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

La edad límite de ingreso y edad límite de cobertura, a las distintas coberturas son:

Fallecimiento

- Edad Mínima de Ingreso: 18 años
- Edad Máxima de Ingreso: 64 años y 364 días
- Edad Máxima de Permanencia: 74 años y 364 días

ITP 2/3

- Edad Mínima de Ingreso: 18 años
- Edad Máxima de Ingreso: 64 años y 364 días
- Edad Máxima de Permanencia: 69 años y 364 días

La incorporación al Seguro de nuevos asegurados, considerando que cumplan con los requisitos de Asegurabilidad estipulados en la Póliza, este Ingreso será a través de nómina que será informada por el Colegio Contratante y se otorgará cobertura a preexistencias con excepción de 8 enfermedades nominadas en la letra j) de las exclusiones de las condiciones generales:

- i.Cáncer
- ii.Cardopatías
- iii.Enfermedades vasculares
- iv.Insuficiencia Renal Crónica
- v.Parálisis
- vi.Trasplante de Órganos
- vii.Esclerosis Múltiple
- viii.Diabetes Mellitus

Para nuevos Asegurados, o bien Asegurados vigentes que incorporen un nuevo alumno (para ese nuevo alumno) o el caso de un cambio de sostenedor, incorporados a contar del 01/05/2026, se liberará la exclusión de preexistencias para estas 8 enfermedades nominadas, a contar del mes 13 de vigencia del asegurado.

Artículo N°11

RESOLUCIÓN DE CONTRATO POR NO PAGO DE PRIMA

- Se considerará hasta 90 días de gracia por no pago de prima, de lo contrario, la Compañía podrá en el evento de mora o simple retardo en el pago de todo o parte de la prima, y se dará fin al contrato, con previo

envío de comunicación al Contratante y al asegurado. El envío de la comunicación se realizará a la dirección de correo electrónico, si el asegurado así lo hubiese autorizado, o mediante carta dirigida a la dirección del asegurado y del contratante.

La resolución del contrato operará al vencimiento del plazo de quince días corridos, contados desde la fecha de envío de la comunicación, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo, sea pagada toda la parte de la prima, que estén atrasadas, para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de quince días recién señalado recayera en sábado, domingo o festivo, se entenderá para el primer día hábil inmediatamente siguiente.

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

Artículo N° 12

SINIESTRO:

- Se considerará siniestro el fallecimiento o invalidez total y permanente 2/3, cualquier causa del Asegurado, según Condiciones Generales del seguro colectivo.

En caso de no contar, al ingreso del asegurado, con la información necesaria para validar las condiciones de asegurabilidad indicadas en el Artículo N°10, ésta se hará al momento de hacerse efectivo el siniestro, rechazándose el pago.

Los antecedentes que se requieren para evaluar y liquidar un siniestro, según corresponda, son:

Fallecimiento:

- Certificado de Defunción en caso de muerte.
- Parte policial en caso de muerte accidental
- Fotocopia Cédula de Identidad
- Certificado de Estudios de los hijos
- Informe Médico
- Ficha Clínica.

Se considerará siniestro por **Incapacidad Total y Permanente 2/3** cuando al asegurado se le determine la Invalidez otorgada por el COMPIN o por las Comisiones Médicas Regionales o Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

Para el pago de los siniestros la compañía requerirá de los siguientes documentos:

- Certificado Médico con historial de la enfermedad con timbre del centro hospitalario, que indique a lo menos el diagnóstico y la fecha en que se le diagnosticó la enfermedad o accidente que le causó la invalidez.
- Dictamen de Invalidez, en caso de Incapacidad 2/3 otorgado por el COMPIN o la Comisión Médica regulada por el DL 3500. A falta de este, la invalidez se registrará de acuerdo con las condiciones establecidas en el artículo N° 7 de las Condiciones Generales; en este caso deberá presentar originales de todos los exámenes médicos realizados. En cualquier caso, el dictamen del COMPIN o Comisión Médica prima ante cualquier evaluación para determinar la invalidez.
- Fotocopia de la Cédula de Identidad.

El plazo para dar aviso de un siniestro, por fallecimiento o invalidez total y permanente 2/3, por parte de los beneficiarios, según corresponda, queda definido por el Art. 822 del Código de Comercio (cuatro años). No obstante, el contratante se obliga a informar oportunamente a la compañía los siniestros que tenga en su conocimiento.

La compañía, una vez recibidos los antecedentes del siniestro, en un plazo de setenta y dos horas formulará las observaciones o solicitará antecedentes adicionales si corresponde.

El beneficio se pagará dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes, después de haber recibido, a su entera satisfacción, los antecedentes requeridos, en las oficinas del asegurador

Si con posterioridad al fallecimiento o invalidez total y permanente 2/3 alguien siguiere pagando las primas del seguro, la Compañía deberá restituir al beneficiario lo pagado en exceso, en la misma unidad de valor en que está denominado el crédito asegurado. Tanto las indemnizaciones como las devoluciones se expresarán en la misma unidad de valor en que esta denominado el crédito asegurado en la póliza.

Será obligación del asegurado, proporcionar a la compañía aseguradora todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la compañía aseguradora para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean para efectos de determinar la procedencia de la cobertura.

Sin perjuicio de lo anterior, la compañía aseguradora, si lo estima necesario, podrá solicitar o requerir otros documentos o antecedentes que le permitan evaluar y liquidar el siniestro denunciado.

En todas las denuncias deberá dejarse constancia del nombre, dirección y teléfono de la persona denunciante para posteriores contactos que sean necesarios.

La indemnización se pagará dentro de los 6 (seis) días hábiles siguientes de notificada la resolución de la compañía respecto de la procedencia del pago de la indemnización.

Artículo N° 13

PAGO DEL BENEFICIO:

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 y el pago se hará directamente al alumno beneficiario.

El capital asegurado anual, en el caso de estudios superiores, se pagará directamente al alumno beneficiario.

Los planes solo posibilitan la repetición de un nivel.

Artículo N° 14

INCLUSION, EXCLUSIÓN Y MODIFICACIÓN DE ASEGURADOS:

- Para mantener actualizada la nómina de asegurados cubiertos, el Contratante enviará mensualmente al Asegurador hasta el día 30 de cada mes, para quedar con cobertura a contar del mismo mes.
- El Ajuste de Movimientos (Altas y/o Bajas) se realizará de forma mensual, Trimestral o anual según corresponda.
- Emisión de cobranza previa validación de nómina asegurados, Colegio, Gallaguer y CHUBB.
- Casos especiales se acepta retroactividad de 60 días o plazo adicional según sea el caso.

- Facturación al colegio por primer y segundo sostenedor.

Artículo N.º 15**VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA:**

- El presente contrato regirá a partir de las 0:00 horas del día 01-05-2026 y durará hasta las 24 horas del día 30-04-2027, será renovada en forma automática por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno, si ninguna de las partes notifica por escrito a la otra, su decisión contraria con 30 días de anticipación. Asimismo, con la antelación indicada, el Asegurador ajustará las primas de acuerdo al Capital Asegurado, a la edad alcanzada por los asegurados o las indemnizaciones pagadas y a cualquier otra circunstancia que pudiera significar una variación del riesgo.

Artículo N.º 16**TERMINACIÓN ANTICIPADA:**

- El Asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato, en los términos dispuestos en el artículo 537 del Código de Comercio. La Compañía deberá expresar en la respectiva comunicación enviada al Contratante o Tomador, según el caso, las causas que motiven o justifiquen el término del seguro. Además de las causales legales de término anticipado, y sólo a modo ejemplar, y sin que la siguiente enunciación sea considerada como taxativa o excluyente de otras causales, la Compañía podrá poner término anticipado a este seguro en razón de cambios en las políticas de suscripción de la Compañía respecto del riesgo cubierto. La terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación al Contratante o Tomador.

Producida la terminación del contrato, la prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, y el Asegurador deberá poner el importe de prima no devengada, a disposición del quien corresponda, de inmediato. No se procederá a la restitución de prima, en caso de haber ocurrido un siniestro.

Artículo N.º 17**REAJUSTABILIDAD:**

- El valor de las primas como el de las indemnizaciones, se expresará en Unidad de Fomento (U.F.).

Artículo N.º 18**DOMICILIO:**

- Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.

Artículo N.º 19**CONDICIONES GENERALES:**

- Las Condiciones Generales por las que se rige el presente contrato han sido aprobadas y registradas en la Superintendencia de Valores y Seguros bajo los siguientes códigos:

Condicionado General			
Cobertura	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Fallecimiento	POL220130163	POL220170060	POL220170060
ITP 2/3	CAD320130165	CAD220200183	CAD220200183

Artículo N° 20

OTRAS CONDICIONES:

- En el caso que la o las personas aseguradas sean reemplazadas con posterioridad a la vigencia del seguro a la póliza, el contratante deberá notificar por correo electrónico al corredor de seguros para su información, que posteriormente informará a la compañía acerca de esta situación, indicando datos del nuevo asegurable, al cual se le otorgará cobertura una vez que dicha solicitud sea evaluada y aprobada por la compañía, según requisitos de asegurabilidad.
- **CONDICIONES ESPECIALES**
 - Se otorga cobertura de suicidio a partir del inicio de vigencia para asegurados nuevos y vigentes
 - Se otorga continuidad de cobertura a los asegurados provenientes de su vigencia anterior. 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 actualmente 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, con las cobranzas anteriores.
 - 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.
 - 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.
 - Se permite la incorporación al seguro de alumnos que estudien en otros establecimientos de educación básica, media y superior, dependiendo del plan contratado 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 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, dependiendo del plan contratado, 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.
- Se otorga cobertura a pilotos comerciales.
- Errores u Omisiones: 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 en forma inmediata (plazo máximo 45 días desde detectado); 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.
- 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.
- Esta póliza contempla como máximo 1 año que el beneficio no tenga la calidad de alumno regular.
- 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.
- Nuevos Asegurados término corto: Se considera como alumno del establecimiento 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.
- Si después de ocurrir un siniestro, él o los alumnos sostenidos y beneficiados por el seguro 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).
- Se permite la incorporación vía nomina para los nuevos asegurados.
- Exclusión de Asegurados por edad de permanencia: Los asegurados que excedan la edad límite de permanencia durante la vigencia de la póliza, serán excluidos al término de vigencia de la póliza. En caso de que la póliza sea prorrogada, la exclusión será a contar del inicio de la prórroga.
- Reajustabilidad en el pago de Indemnizaciones 3% en el capital a pagar a partir del segundo pago (por concepto de escolaridad). Con todo, el monto a pagar cada año no podrá superar el Capital vigente establecido en la póliza del año que se esté pagando el beneficio. Capital ajustado valor UF.
- Fondo de Libre Disposición: por un valor Anual de UF 190, el cual es aplicable sólo para todas las coberturas vigentes de la Póliza. El cual podrá ser utilizado por el contratante para la indemnización de un pago excepcional Rut 13282275-1(QEPD). La aplicación de gastos a este Fondo estará sujeta a renovación de la póliza.

Artículo N° 21

COMUNICACIONES

- Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar el Asegurador y/o el Corredor al Asegurado con motivo de la póliza, deberá efectuarse enviando la comunicación a la dirección de correo electrónico o través de WhatsApp que haya indicado el Asegurado al momento de la contratación del seguro, para lo cual se le pedirá su autorización expresa.
En caso de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, o si no cuenta con la autorización antes indicada, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta dirigida al domicilio del Contratante y/o del Asegurado. Será obligación del Asegurado el notificar a la Compañía de Seguros y/o al Corredor de cualquier cambio en la información respecto al medio de comunicación acordado.

Notas

Chubb Seguros de Vida Chile 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 asegurados. Copia del compendio de buenas prácticas corporativas de las compañías de seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de Chubb Seguros de Vida Chile S.A. y en www.aach.cl. Asimismo, ha aceptado la intervención del defensor del asegurado cuando los asegurados le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los asegurados pueden presentar sus reclamos ante el defensor del asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de la compañía Chubb Seguros de Vida Chile S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl

Artículo N° 22

SELLO SERNAC:

- Este documento no cuenta con sello Sernac, conforme al artículo 55 de la ley n°19.496.

Artículo N° 23

SERVICIO ATENCION AL CLIENTE:

- En caso de consultas o reclamos, el asegurado podrá comunicarse al teléfono de Atención al Cliente de Chubb Seguros Chile al 800 800 068 o escribiendo al e-mail asegurado.chile@chubb.com, en el siguiente horario de atención: lunes a jueves de 9:00 a 17:45 horas y viernes de 9:00 a 15:30 horas.

Artículo N° 24

INTERES ASEGURABLE:

- Es aquel que tiene el asegurado en la no ocurrencia del siniestro.

Artículo N° 25

RETRACTO:

- El Asegurado podrá retractarse de la contratación del presente seguro sin necesidad de expresión de causa, dentro del plazo de treinta y cinco (35) días corridos contados desde la fecha en que el Asegurado solicite su incorporación al seguro. Para estos efectos, deberá expresar su voluntad de retractarse a través de comunicación escrita dirigida a la compañía aseguradora o a través del mismo medio en que contrató el seguro.

Artículo N° 26

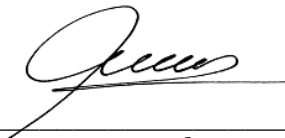
INFORMACIÓN SOBRE PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS:

- En virtud de la Circular Nro. 2.131 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 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 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 Comisiones para el Mercado Financiero, Área de

Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Avda. Libertador Bernardo O' Higgins 1449 Piso 1, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl

NOTA: Se incluye anexo relativo a liquidación de siniestros

Chubb Seguros de Vida Chile S.A.



Asegurador

Contratante

Corredores de Seguro

Fecha de emisión: febrero 2026

ANEXO PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS CIRCULAR 2106

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 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) 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, 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 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 PRE-INFORME 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 DEL 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 LIQUIDACIÓN

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 SUPERINTENDENCIA, PUDIENDO ESTA ÚLTIMA DEJAR SIN EFECTO LA AMPLIACIÓN, EN 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 A 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) IMPUGNACIÓN 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.