CHUBB

SOLICITUD DE INCORPORACION SEGURO DE VIDA ESCOLARIDAD

I.-ANTECEDENTES DEL CONTRATANTE

NOMBRE	RUT	POLIZA COLECTIVA
COLEGIO DE LOS SAGRADOS CORAZONES	81643100-K	00001118

II.- ASEGURADO TITULAR (1er SOSTENEDOR) COBERTURA AL 100%

RUT	NOMBRES	APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	DIRECCIÓN	NUMERO	DPTO
COMUNA	CIUDAD	TELEFONO	

CELULAR	FECHA NACIMIENTO	SEXO	CORREO ELECTRONICO
		M____ F____	

III.- ASEGURADO (2do SOSTENEDOR) COBERTURA AL 100%

RUT	NOMBRES	APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	DIRECCIÓN	NUMERO	DPTO
COMUNA	CIUDAD	TELEFONO	

CELULAR	FECHA NACIMIENTO	SEXO	CORREO ELECTRONICO
		M____ F____	

IMPORTANTE:

USTED ESTA SOLICITANDO SU INCORPORACIÓN COMO ASEGURADO A UNA POLIZA O CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILA S.A. DIRECTAMENTE CON LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

CON LA EMISIÓN DE LA PRESENTE PROPUESTA NO SE OBTIENE COBERTURA ALGUNA AL RIESGO QUE SE PROCURA ASEGURAR. LA COBERTURA COMIENZA A REGIR ÚNICAMENTE A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE ESTA PROPUESTA SEA ACEPTADA POR EL ASEGURADOR Y SE INICIE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

IV.- MATERIA ASEGURADA

ESTE SEGURO CUBRE EL RIESGO DE MUERTE E INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA 2/3 POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

PLANES, MONTOS Y PRIMAS (MARQUE CON "X" EL PLAN SELECCIONADO).

DESDE PLAYGROUP HASTA 4° AÑO MEDIO		**DESDE PLAYGROUP HASTA 6° AÑO DE EDUCACIÓN SUPERIOR**	
PLAN 1 ☐	**PLAN 2** ☐	**PLAN 3** ☐	**PLAN 4** ☐
1 SOSTENEDOR	2 SOSTENEDORES	1 SOSTENEDOR	2 SOSTENEDORES
$70.331 POR ALUMNO	$163.928 POR ALUMNO	$132.807 POR ALUMNO	$295.391 POR ALUMNO

NOMBRE DEL ALUMNO

RUT	NOMBRE COMPLETO	FECHA NACIMIENTO	CURSO / NIVEL

V.- DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (D.P.S.)

SI USTED TIENE CONOCIMIENTO DE PADECER, ESTAR EN PROCESO DE DIAGNÓSTICO, TENER DIAGNOSTICADA ALGUNA DOLENCIA, HABERLA TENIDO O SI HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:
CARDIOVASCULARES, CORAZÓN, ACCIDENTE VASCULAR, VÁLVULAS, ARRITMIAS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES O PREDIABETES, METABÓLICAS, OBESIDAD, GASTROINTESTINALES, COLON, HÍGADO, PÁNCREAS, CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER NATURALEZA, HERNIA NÚCLEO PULPOSA, TIROIDES, NEUROLÓGICAS, TRASTORNOS MENTALES O DEL SISTEMA NERVIOSO, CEREBRO, MÉDULA Y NERVIOS PERIFÉRICOS, DESORDENES CONGÉNITOS, BRONCOPULMONARES O GENITOURINARIAS, ALCOHOLISMO, DROGAS Y OTRAS ADICCIONES, COMPLICACIONES DE ACCIDENTES Y CIRUGÍAS, CIRROSIS, OSTEOMUSCULARES, AUTOINMUNES, TRANSMISIÓN SEXUAL, HIV POSITIVO, SIDA, RENALES, PANCREATITIS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS PARASITARIAS, TRASTORNOS ENDOCRINOS O CUALQUIER ENFERMEDAD GRAVE QUE NO SE ALUDA EN ESTA DECLARACIÓN, ASÍ COMO INCAPACIDAD Y/O ESTÁ USTED EN PROCESO DE ESTUDIO PARA SOLICITARLO A LA AFP O COMPIN, ENTONCES DEBE DETALLAR(LAS) A CONTINUACIÓN, REGISTRANDO CUAL(ES) Y LA(S) FECHAS(S) DIAGNOSTICO.

Nombre Sostenedor 1 _____
Diagnóstico
Fecha Diagnostico: _____

Nombre Sostenedor 2 _____
Diagnóstico
Fecha Diagnostico: _____

LA OMISION DE COMENTARIOS SE ENTIENDE COMO UNA DECLARACIÓN QUE IMPLICA NO HABER PRESENTADO NINGUNA DE LAS SITUACIONES SEÑALADAS.

CANTIDAD DE ALUMNOS	**DESDE PLAYGROUP HASTA 4° AÑO MEDIO**		**DESDE PLAYGROUP HASTA 6° AÑO DE EDUCACIÓN SUPERIOR**	
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4

LA PRIMA ES ANUAL POR CADA ALUMNO Y ESTAN CALCULADAS A VALOR DE LA UF CORRESPONDIENTE AL 31/08/2026 POR $ 40.873,77.

VI.- VIGENCIA QUE SE PROPONE A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

DESDE	01-01-2027	HASTA	31/12/2027

VII.- ANTECEDENTES DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

CHUBB SEGUROS DE VIDA S.A.	R.U.T.: 99.588.060-1

FIRMA SOLICITUD
DE INCORPORACION PRIMER SOSTENEDOR

FIRMA SOLICITUD
DE INCORPORACION SEGUNDO SOSTENEDOR

P.P. CHUBB VIDA

VIII.- COBERTURAS

EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3 O MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL DEL ASEGURADO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ ANUALMENTE EL BENEFICIO, A CONTAR DE LA FECHA DE SINIESTRO HASTA QUE COMPLETE EL BENEFICIARIO LA ENSEÑANZA MEDIA, CON UN MÁXIMO DE UN 1 AÑO DE REPITENCIA O HASTA 5 AÑOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR, SEGÚN EL PLAN ELEGIDO, O HASTA QUE CUMPLA LOS 25 AÑOS Y 364 DÍAS.

SI EL FALLECIMIENTO O LA INVALIDEZ DEL ASEGURADO OCURRE ENTRE LOS MESES DE MARZO A DICIEMBRE, EL MONTO A PAGAR SE DIVIDIRÁ POR 10 (DIEZ) Y SE MULTIPLICARÁ POR EL NÚMERO DE MESES QUE HAY ENTRE EL MES SIGUIENTE Y DICIEMBRE DEL MISMO AÑO, MÁS EL NÚMERO DE DÍAS PROPORCIONALES CONTADOS DESDE EL DÍA SIGUIENTE AL DEL SINIESTRO Y EL ÚLTIMO DÍA DEL MES DE OCURRENCIA DE ÉSTE. PARA LOS SINIESTROS OCURRIDOS EN ENERO Y FEBRERO, SE PAGARÁ EL MONTO COMPLETO. LOS PAGOS SUCESIVOS A ESTE SE REALIZARÁN DURANTE EL MES DE MARZO DE CADA AÑO CALENDARIO Y CORRESPONDERÁN AL MONTO TOTAL DETERMINADO EN LA PÓLIZA AL DÍA DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.

SI UN ALUMNO BENEFICIADO CON EL PLAN DE SEGURO, SE CAMBIA DE COLEGIO, LA COMPAÑÍA CONTINUARÁ PAGANDO EL MONTO DETERMINADO A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, HASTA QUE COMPLETE LA ENSEÑANZA MEDIA O HASTA QUE COMPLETE LOS CINCO AÑOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR O HASTA QUE CUMPLA LOS 25 AÑOS Y 364 DÍAS.

INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS: LA PÉRDIDA IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA, A CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE O DEBILITAMIENTO DE LAS FUERZAS FÍSICAS O INTELECTUALES, DE A LO MENOS DOS TERCIOS (2/3) DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO, EVALUADO CONFORME A LAS "NORMAS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ" DE LOS TRABAJADORES AFILIADOS AL NUEVO SISTEMA DE PENSIONES.

MUERTE NATURAL: ENTENDIÉNDOSE POR ESTA EL FALLECIMIENTO POR ENFERMEDAD DEL ASEGURADO.

MUERTE ACCIDENTAL: ENTENDIENDO POR ACCIDENTE UN SUCESO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO CAUSADO POR FACTORES EXTERNOS.

LA INDEMNIZACIÓN SE PAGARÁ A LOS HEREDEROS DESIGNADOS EN LA PÓLIZA Y A FALTA DE ELLOS AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PAGARÁ A LOS HEREDEROS LEGALES.

IX.- NOTAS IMPORTANTES

- PARA TOMAR EL SEGURO, CADA ASEGURADO DEBERÁ COMPLETAR EL PRESENTE FORMULARIO, Y ÉSTE DEBERÁ SER EVALUADO Y ACEPTADO POR PARTE DEL ASEGURADOR. ESTA PÓLIZA NO CUBRE LOS SINIESTROS QUE SEAN A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA VIGENCIA INICIAL DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
- EL ASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR MAYORES ANTECEDENTES EN AQUELLOS CASOS QUE ESTIME NECESARIO Y CONVENIENTE.
- PARA AQUELLAS INSTITUCIONES EDUCACIONALES QUE TENGAN AL MOMENTO DE COTIZAR ESTE SEGURO UNA PÓLIZA DE SEGUROS DE VIDA QUE PROTEJA A SUS APODERADOS, SE OTORGA CONTINUIDAD DE COBERTURA.
- SOLO SERÁN BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO LAS PERSONAS QUE SE INDIQUEN EN NOMINA Y POR LOS CUALES SE PAGUE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.
- EN CASO DE SINIESTRO DEL PRIMER SOSTENEDOR SE INDEMNIZARÁ AL BENEFICIARIO CON EL 100% DEL MONTO ASEGURADO Y EN CASO DE SINIESTRO DEL SEGUNDO SOSTENEDOR SE INDEMNIZARÁ AL BENEFICIARIO CON EL 100% DEL MONTO ASEGURADO.
- SE ENTENDERÁ POR SOSTENEDOR AL PADRE, LA MADRE O QUIEN ACREDITE A SATISFACCIÓN DE LA COMPAÑÍA, FINANCIAR LA EDUCACIÓN DEL ALUMNO.

X.- EXCLUSIONES DE ACUERDO A POL 2 2013 1111 POLIZA COLECTIVA TEMPORAL DE VIDA Y CAD 3 2013 1173 CLAUSULA PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA DOS TERCIOS.

EXCLUSIONES SEGÚN POL 2 2013 1111

ESTE SEGURO NO CUBRE EL RIESGO DE MUERTE SI EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO FUERE CAUSADO POR:

A) SALVO PACTO EN CONTRARIO, SEÑALADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, EL RIESGO DE SUICIDIO DEL ASEGURADO SÓLO QUEDARÁ CUBIERTO A PARTIR DE DOS AÑOS DE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO, O DE HABER ESTADO VIGENTE EL SEGURO POR IGUAL PLAZO EN VIRTUD DE SUCESIVAS RENOVACIONES O DESDE SU REHABILITACIÓN O ÚLTIMO AUMENTO DE CAPITAL. EN ESTE ÚLTIMO CASO EL INCREMENTO DE CAPITAL NO SERÁ CONSIDERADO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN CUANDO ESTE HUBIESE SIDO REALIZADO CON UNA ANTERIORIDAD INFERIOR A DOS AÑOS CONTADOS DESDE LA FECHA DEL SUICIDIO.

B) PENA DE MUERTE O POR PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ACTO DELICTIVO.

C) ACTO DELICTIVO COMETIDO, EN CALIDAD DE AUTOR O CÓMPLICE, POR UN BENEFICIARIO O QUIEN PUDIERE RECLAMAR O VERSE BENEFICIADO POR EL PAGO DE LA CANTIDAD ASEGURADA O LA INDEMNIZACIÓN.

D) GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, SEA QUE HAYA HABIDO O NO DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, INSURRECCIÓN, SUBLEVACIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN O HECHOS QUE LAS LEYES CALIFICAN COMO DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD INTERIOR DEL ESTADO.

E) PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN ACTO TERRORISTA, ENTENDIÉNDOSE POR ACTO TERRORISTA TODA CONDUCTA CALIFICADA COMO TAL POR LA LEY, ASÍ COMO EL USO DE FUERZA O VIOLENCIA O LA AMENAZA DE ÉSTA, POR PARTE DE CUALQUIER PERSONA O GRUPO, MOTIVADO POR CAUSAS POLÍTICAS, RELIGIOSAS, IDEOLÓGICAS O SIMILARES, CON LA INTENCIÓN DE EJERCER INFLUENCIA SOBRE CUALQUIER GOBIERNO O DE ATEMORIZAR A LA POBLACIÓN, O A CUALQUIER SEGMENTO DE LA MISMA.

F) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS TEMERARIOS O EN CUALQUIER MANIOBRA, EXPERIMENTO, EXHIBICIÓN, DESAFÍO O ACTIVIDAD NOTORIAMENTE PELIGROSA, ENTENDIENDO POR TALES AQUELLAS DONDE SE PONE EN GRAVE PELIGRO LA VIDA E INTEGRIDAD FÍSICA DE LAS PERSONAS.

G) LA PRÁCTICA O EL DESEMPEÑO DE LOS SIGUIENTES DEPORTES RIESGOSOS: CARRERAS DE AUTOMÓVILES, CABALLOS, MOTOCICLISMO O LANCHAS A MOTOR; PARAPENTE, PARACAIDISMO, ALAS DELTA, SALTO BUNGEE, BOXEO, RODEO CHILENO Y BUCEO.

H) LA PRACTICA O DESEMPEÑO DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: MANEJO DE EXPLOSIVOS O SUSTANCIAS QUÍMICAS CORROSIVAS, MINERÍA SUBTERRÁNEA, TRABAJOS EN ALTURA O EN LÍNEAS DE ALTA TENSIÓN, INMERSIÓN SUBMARINA Y PILOTO CIVIL.

I) PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL ASEGURADO EN LAS FUERZAS ARMADAS Y/O FUNCIONES POLICIALES DE CUALQUIER TIPO EN CARABINEROS DE CHILE, POLICÍA DE INVESTIGACIONES DE CHILE, GENDARMERÍA DE CHILE, EMPRESAS DE TRANSPORTE DE VALORES O GUARDIAS PRIVADOS.

J) DESEMPEÑARSE COMO DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO O PROFESIONAL SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 8º DE LA LEY DEL DEPORTE Nº 19712 DE ENERO DE 2001 Y EN EL DFL 1 DE 1970, RESPECTIVAMENTE.

K) SITUACIONES O ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR TALES LAS DEFINIDAS EN ESTAS CONDICIONES GENERALES PARA LOS EFECTOS DE LA APLICACIÓN DE ESTA EXCLUSIÓN, AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DEBERÁ CONSULTAR AL ASEGURABLE ACERCA DE TODAS AQUELLAS SITUACIONES O ENFERMEDADES PREEXISTENTES QUE PUEDEN IMPORTAR UNA LIMITACIÓN O EXCLUSIÓN DE COBERTURA. EN EL CERTIFICADO DE COBERTURA SE ESTABLECERÁN LAS RESTRICCIONES Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE LA DECLARACIÓN DE SALUD EFECTUADA POR EL ASEGURABLE.

L) QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN ESTADO DE EBRIEDAD O BAJO LOS EFECTOS DE DROGAS O ALUCINÓGENOS. ESTOS ESTADOS DEBERÁN SER CALIFICADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

M) FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

N) UNA INFECCIÓN OPORTUNISTA O NEOPLASMA MALIGNO CAUSADO O QUE RESULTE COMO CONSECUENCIA QUE, A LA FECHA DEL SINIESTRO, EL ASEGURADO ESTUVIERE AFECTO O FUERE PORTADOR DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

CON TAL PROPÓSITO, SE ENTENDERÁ POR: "SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA O SIDA", LO DISPUESTO PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA INCLUIRÁ ENCEFALOPATÍA, DEMENCIA POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, V.I.H., Y SÍNDROME DE DESGASTE POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, V.I.H. INFECCIÓN OPORTUNISTA INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE A, NEUMONÍA CAUSADA POR PNEUMOCYSTIS CARINII, ORGANISMO DE ENTERITIS CRÓNICA, INFECCIÓN VÍRICA O INFECCIÓN MICROBACTERIANA DISEMINADA. NEOPLASMA MALIGNO INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE, AL SARCOMA DE KAPOSI, AL LINFOMA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL O A OTRAS AFECCIONES MALIGNAS YA CONOCIDAS O QUE PUEDAN CONOCERSE COMO CAUSAS INMEDIATAS DE MUERTE EN PRESENCIA DE UNA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. DE OCURRIR EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DEBIDO A ALGUNO DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS ANTES SEÑALADAS, SE ENTENDERÁ QUE NO EXISTE COBERTURA PARA EL CASO EN PARTICULAR, Y PRODUCIRÁ EL TÉRMINO DEL SEGURO PARA DICHO ASEGURADO, NO EXISTIENDO OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA Y TENIENDO LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA PAGADA. CONFORME A LO ANTERIOR, LA PÓLIZA SEGUIRÁ VIGENTE PARA TODOS LOS EFECTOS CON RESPECTO A LOS DEMÁS ASEGURADOS.

EXCLUSIONES SEGÚN CAD 3 2013 1173

LA PRESENTE CLÁUSULA ADICIONAL EXCLUYE DE SU COBERTURA LA INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA DOS TERCIOS DEL ASEGURADO QUE OCURRAN A CONSECUENCIA DE:

A) INTENTO DE SUICIDIO, CUALQUIERA SEA LA ÉPOCA EN QUE OCURRA O POR LESIONES INFERIDAS AL ASEGURADO POR SI MISMO O POR TERCEROS CON SU CONSENTIMIENTO.

B) LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS TEMERARIOS O EN CUALQUIER MANIOBRA, EXPERIMENTO, EXHIBICIÓN, DESAFÍO O ACTIVIDAD NOTORIAMENTE PELIGROSA, ENTENDIENDO POR TALES AQUELLAS DONDE SE PONE EN GRAVE PELIGRO LA VIDA E INTEGRIDAD FÍSICA DE LAS PERSONAS.

C) LA PRÁCTICA DE DEPORTES RIESGOSOS, QUE DE COMÚN ACUERDO LAS PARTES HAYAN DECIDIDO EXCLUIR DE LA COBERTURA. DICHA EXCLUSIÓN DEBERÁ DEJARSE EN CONSTANCIA Y ESTAR DETALLADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA. SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR QUEDA EXCLUIDA DE COBERTURA LA PRÁCTICA DE LOS SIGUIENTES DEPORTES RIESGOSOS: INMERSIÓN SUBMARINA, MONTAÑISMO, ALAS DELTA, PARACAIDISMO; CARRERAS DE CABALLOS, AUTOMÓVILES, MOTOCICLETAS Y DE LANCHAS.

D) LA PRÁCTICA O EL DESEMPEÑO DE ALGUNA ACTIVIDAD, PROFESIÓN U OFICIO CLARAMENTE RIESGOSO, QUE NO HAYAN SIDO DECLARADOS POR EL ASEGURADO AL MOMENTO DE CONTRATAR EL SEGURO O DURANTE SU VIGENCIA.

E) QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN ESTADO DE EBRIEDAD O BAJO LOS EFECTOS DE DROGAS O ALUCINÓGENOS. ESTOS ESTADOS DEBERÁN SER CALIFICADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

F) VIAJE O VUELO EN VEHÍCULO AÉREO DE CUALQUIER CLASE, EXCEPTO COMO PASAJERO EN UNO OPERADO POR UNA EMPRESA DE TRANSPORTE AÉREO COMERCIAL, SOBRE UNA RUTA ESTABLECIDA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS SUJETO A ITINERARIO.
G) CUALQUIER ENFERMEDAD, PATOLOGÍA, INCAPACIDAD, LESIÓN, DOLENCIA O SITUACIÓN QUE AFECTE AL ASEGURADO Y QUE SEA CONOCIDA O HAYA SIDO DIAGNOSTICADA CON
ANTERIORIDAD A LA FECHA DE LA CONTRATACIÓN O INCORPORACIÓN DE ESTA PÓLIZA, SEGÚN CORRESPONDA. LA COMPAÑÍA DEBERÁ PREGUNTAR AL ASEGURABLE ACERCA DE TODAS AQUELLAS SITUACIONES O ENFERMEDADES QUE PUEDAN IMPORTAR UNA LIMITACIÓN O EXCLUSIÓN DE COBERTURA. EN LAS CONDICIONES PARTICULARES SE ESTABLECERÁN LAS RESTRICCIONES O LIMITACIONES DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE LA DECLARACIÓN EFECTUADA POR EL ASEGURABLE.
ASIMISMO, SE ENTIENDE QUE RIGEN PARA ESTA CLÁUSULA ADICIONAL LAS EXCLUSIONES
ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO PRINCIPAL DE LA PÓLIZA.

XI.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

MUERTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

EN CASO DE SINIESTRO, EL BENEFICIARIO DEBERÁ INFORMAR A CHUBB SEGUROS DE VIDA, CON DIRECCIÓN EN AVENIDA PRESIDENTE RIESCO # 5435 PISO 7. O COMUNICARSE AL TELÉFONO 600 – 843 2000, DENTRO DE UN PLAZO DE CUATRO AÑOS, CONTADOS DESDE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL MISMO. (ART. N°822 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.) PARA LA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO DEBERÁ PRESENTAR:

- CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ORIGINAL.
- INFORME MEDICO TRATANTE.
- FOTOCOPIA CEDULA IDENTIDAD DEL ASEGURADO
- FOTOCOPIA CEDULA IDENTIDAD DE LOS BENEFICIARIOS
- PARTE POLICIAL
- PROTOCOLO DE AUTOPSIA
- RESULTADO DE LA ALCOHOLEMIA
- RESULTADO TOXICOLOGICO
- Y CUALQUIER OTRO ANTECEDENTE QUE LA COMPAÑÍA ESTIME NECESARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO.

INVALIDEZ POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

EN CASO DE SINIESTRO, EL BENEFICIARIO DEBERÁ INFORMAR A CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE.

PARA LA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO DEBERÁ PRESENTAR:

- INFORME MEDICO TRATANTE
- FOTOCOPIA CEDULA IDENTIDAD DEL ASEGURADO
- PARTE POLICIAL
- RESULTADO DE ALCOHOLEMIA
- RESULTADO TOXICOLOGICO
- DICTAMEN DE INVALIDEZ
- Y CUALQUIER OTRO ANTECEDENTE QUE LA COMPAÑÍA ESTIME NECESARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO.

XII.- CLAUSULA DE RENOVACION

SIN PERJUICIO DE QUE EL PRESENTE PRODUCTO NO CONTEMPLA RENOVACIÓN GARANTIZADA, FACULTO (AMOS) EXPRESAMENTE AL CORREDOR DE SEGUROS PARA QUE, EN EL CASO QUE LA COMPAÑÍA OTORGUE LA RENOVACIÓN AL VENCIMIENTO ANUAL DE COBERTURA, LO RENUEVE BAJO LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN LA PRESENTE PROPUESTA. PARA EL CASO QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA REALICE CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS INICIALMENTE PACTADOS, LA RENOVACIÓN DEL MISMO BAJO LAS NUEVAS CONDICIONES, SÓLO TENDRÁN LUGAR A CONTAR DE LA NUEVA VIGENCIA, CUANDO LA COMPAÑÍA HAYA PREVIAMENTE INFORMADO AL ASEGURADO DE LOS CAMBIOS Y ÉSTE MANIFIESTE EN FORMA EXPRESA SU CONFORMIDAD CON LOS NUEVOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL SEGURO QUE SE RENUEVA. RECIBIDA LA COMUNICACIÓN DE RENOVACIÓN ANUAL DEL SEGURO, EL ASEGURADO PODRÁ RENUNCIAR AL CONTRATO MEDIANTE COMUNICACIÓN ESCRITA DIRIGIDA AL ASEGURADOR O AL CORREDOR DE SEGUROS, DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES DE RECIBIDA LA COMUNICACIÓN, SIÉNDOLE RESTITUIDA LA PRIMA QUE SE HUBIERA ABONADO DESDE LA RENOVACIÓN. DE NO ACEPTAR, EL ASEGURADO, LAS NUEVAS CONDICIONES DE PRIMA O COBERTURAS PROPUESTAS POR LA COMPAÑÍA, EL CONTRATO TERMINARÁ AUTOMÁTICAMENTE UNA VEZ VENCIDO LA VIGENCIA ANUAL DE LA PÓLIZA.

XIII.- NOTAS LEGALES

1. EL PROPONENTE HA TOMADO CONOCIMIENTO DEL DERECHO A DECIDIR SOBRE LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS Y A LA LIBRE ELECCIÓN DEL INTERMEDIARIO Y DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.
2. CHUBB SEGUROS DE VIDA S.A. SE ENCUENTRA ADHERIDA VOLUNTARIAMENTE AL CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN Y AL COMPENDIO DE BUENAS PRACTICAS DE LAS

COMPANIAS DE SEGUROS, CUYO PROPOSITO 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 CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE CHUBB SEGUROS DE VIDA S.A, 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 CHUBB SEGUROS DE VIDA S.A O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.DDACHILE.CL.

3. ESTE SEGURO ES INTERMEDIADO POR ARTHUR J. GALLAGHER CORREDORES DE SEGUROS, S.A., LA COMPAÑÍA QUE CUBRE EL RIESGO ES CHUBB SEGUROS DE VIDA S.A, RUT. 99.588.060-1. LAS COBERTURAS SE ENCUENTRAN AMPARADAS EN LAS
SIGUIENTES CONDICIONES GENERALES QUE SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE DEPOSITADAS EN EL REGISTRO DE PÓLIZAS DE LA COMISION PARA EL MERCADO FINANCIERO BAJO EL CÓDIGO POL 2 2013 1111 POLIZA COLECTIVA TEMPORAL DE VIDA Y CAD 3 2013 1173 CLAUSULA PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA DOS TERCIOS.

4. EL PROPONENTE DECLARA QUE EN ESTE ACTO HA RECIBIDO DE BANCHILE CORREDORES DE SEGUROS LTDA., LA INFORMACIÓN SOBRE DIVERSIFICACIÓN DE SUS NEGOCIOS Y DE LAS DEMÁS ENTIDADES ASEGURADORAS CON QUE TRABAJA, ASÍ COMO DE LAS PÓLIZAS DE SEGUROS QUE HA CONTRATADO PARA RESPONDER EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES CON INTERMEDIARIOS, DE CONFORMIDAD A LA NORMA DE CARÁCTER GENERAL Nº 80 DE LA COMISION PARA EL MERCADO FINANCIERO.

5. EL ASEGURADO TIENE DERECHO A RETRACTARSE DEL SEGURO ADQUIRIDO, SIN EXPRESIÓN DE CAUSA NI PENALIZACIÓN ALGUNA, EN EL PLAZO DE 10 DÍAS CONTADOS DESDE QUE EL ASEGURADO TOME CONOCIMIENTO DE LA PÓLIZA RESPECTIVA O DESDE LA FECHA QUE ESTA LLEGUE AL DOMICILIO DESIGNADO AL EFECTO. LA RETRACTACIÓN
DEBERÁ COMUNICARSE AL SEGURADOR O AL CORREDOR DE SEGUROS QUE INTERMEDIE EL SEGURO SEGÚN CORRESPONDA, POR CUALQUIER MEDIO QUE PERMITA LA EXPRESIÓN FEHACIENTE DE LA VOLUNTAD. LO ANTERIOR, PODRÁ SER A TRAVÉS DE CARTA O FAX, EN CONJUNTO CON LA FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD POR AMBOS LADOS DEL ASEGURADO QUE SE RETRACTE.

6. AUTORIZO A CHUBB SEGUROS DE VIDA S.A. Y/O A ARTHUR J. GALLAGHER CORREDORES DE SEGUROS, S.A. PARA QUE LA PÓLIZA DE SEGURO, CERTIFICADO DE COBERTURA, RENOVACIONES DE PÓLIZA Y TODA AQUELLA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL PRESENTE SEGURO, SEA ENVIADA A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INDICADA
EN LA PRESENTE PROPUESTA. ALTERNATIVAMENTE AUTORIZO, QUE LA CORRESPONDENCIA INDICADA EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, SEA ENVIADA A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO REGISTRADA O POR CORREO CERTIFICADO.