



# Certificado de Cobertura

MAPFRE Compañía de Seguros de Vida S.A., Rut: 96.933.030-K

## 1. Antecedentes Generales

<b>Póliza</b>	<b>1112400017960</b>
<b>Producto</b>	: Accidentes Personales.
<b>Período de Vigencia</b>	: Desde las 00:00 del 01-03-2024 hasta las 23:59 del 01-03-2025
<b>Contratante de la póliza</b>	: <b>Colegio Alemán de Temuco</b>
<b>RUT</b>	: 80.899.200-0

## 2. Identificación del Riesgo y Materia Asegurada

Se otorga cobertura en territorio nacional nominada las 24 Horas del día a 941 alumnos de la entidad contratante, los asegurados deben encontrarse con matrícula vigente o tener algún documento que respalde el vínculo que tiene con el Colegio.

## 3. Coberturas/Deducibles

<b>Cobertura</b>	<b>Condicionado General</b>	<b>Capital Total por Asegurado UF</b>
TP 2/3	POL 320131474	200 UF
Desmembramiento	POL 320131474	200 UF
Reembolso Gastos Médicos	POL 320131474	200 UF

## 4- Condicionado

### INCAPACIDAD PERMANENTE DOS TERCIOS

En virtud de esta cobertura la Compañía pagará al Asegurado el monto especificado en las Condiciones Particulares, cuando resultare en estado de incapacidad permanente dos tercios (2/3) como consecuencia directa de lesiones producidas en un accidente. La póliza cubre el riesgo de incapacidad permanente dos tercios (2/3) siempre que tales consecuencias se manifiesten dentro de ciento ochenta (180) días contados desde la fecha del accidente. Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente dos tercios, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo del Asegurado, que deberá ser determinada por la Compañía conforme a las pruebas presentadas y exámenes requeridos. Será obligación del Asegurado, proporcionar a la Compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la Compañía para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean y dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la incapacidad cubierta por la póliza. El costo de estos exámenes será de cargo de la Compañía. La Compañía determinará en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días, contados desde la fecha en que conste la presentación de la última información requerida, si se ha producido la invalidez permanente dos tercios (2/3) de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso. La declaración de invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la Compañía un valor meramente informativo. Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización, el contratante del seguro deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las demás coberturas de esta póliza. Si en definitiva

procede el pago de la indemnización, la Compañía pagará el monto asegurado y devolverá las primas pagadas por esta cobertura desde el mes siguiente de la referida declaración de incapacidad, siempre que no existan cuotas atrasadas, en cuyo caso serán deducidas del total de primas a restituir. Si el Asegurado resultare en estado de incapacidad permanente dos tercios (2/3) y en forma previa se hubiere pagado alguna indemnización con cargo a otra cobertura contratada, la Compañía deducirá de la indemnización el importe total de lo ya pagado por el mismo accidente.

### **COBERTURA POR DESMEMBRAMIENTO**

En virtud de esta cobertura la Compañía pagará al Asegurado el monto especificado en las Condiciones Particulares, cuando se produzca cualquiera de las pérdidas que continuación se indican:

- 100% en caso de pérdida total de la visión de ambos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;
- 50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano, o de un pie, o por la sordera completa de ambos oídos, o por la pérdida del habla;
- 50% por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
- 35% por la pérdida total de la visión de un ojo;
- 25% por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;
- 20% por la pérdida total del pulgar de una mano;
- 15% por la sordera total completa de un oído;
- 5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
- 3% por la pérdida total de un dedo del pie.

La póliza cubre el riesgo de desmembramiento siempre que tales consecuencias se manifiesten dentro de ciento ochenta (180) días contados desde la fecha del accidente. Se entenderá por Pérdida Total la eliminación definitiva de un miembro del organismo al cual pertenece. La Pérdida Funcional Total, es decir la ausencia definitiva, irreversible y total de la capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido, se considerará Pérdida Total para los efectos de esta póliza. En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos

durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta cobertura.

### **REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

En virtud de esta cobertura la Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el monto máximo señalado en las Condiciones Particulares, por los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios, razonables y acostumbrados, que sean consecuencia inmediata y directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza. La póliza cubre los gastos médicos por accidente siempre que sean producto de atenciones prestadas o medicamentos adquiridos dentro de ciento ochenta (180) días contados desde la fecha del accidente. Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado, de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados. En caso de que el Asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada y/o

Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales, bastando que se presenten documentos comprobatorios de los beneficios percibidos y del real gasto incurrido por el Asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del Asegurado. Se deja constancia que la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente opera en exceso de ISAPRE, FONASA y/u otro sistema de salud. En caso de que el asegurado no se encuentre afiliado a alguna de las anteriores la compañía reembolsará el 50% de la prestación médica y/o gastos médicos. Para los alumnos que sean extranjeros y que no tengan sistema previsional en el país la compañía reembolsará el 50% de la prestación médica y/o gastos médicos. En el caso de extranjeros miembros del grupo de funcionarios y directores se otorgará cobertura al 100% aun cuando no tengan sistema previsional. El servicio de ambulancia se descontará del capital asegurado correspondiente a RGM y cubrirá hasta el tope contratado por asegurado.

### 5-Tasas por Asegurado

Cobertura	Capital UF	Tasa del Periodo ‰	Prima Neta Total UF	IVA	Prima Bruta
Incapacidad Permanente 2/3	200	0,15	0,03	0,01	0,04
Desmembramiento	200	0,10	0,02	0,00	0,02
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	200	3,05	0,61	0,12	0,73
<b>Prima Total</b>			<b>0,66</b>	<b>0,13</b>	<b>0,79</b>

**\*Exento de IVA**

### 6-Inclusión, exclusión y modificación de los asegurados.

Para mantener actualizada la nómina de asegurados cubiertos, el Contratante enviará por escrito al Asegurador y antes del día 20 de cada mes, las solicitudes de inclusión, exclusión o modificación de las características de los asegurados ya existentes en la nómina.

Para la inclusión de asegurados, el Contratante indicará los siguientes antecedentes para cada asegurado:

- Nombre, RUT y Fecha de nacimiento.
- Fecha de inclusión.

Para la exclusión de asegurados, el Contratante deberá indicar el nombre completo y RUT del asegurado que será eliminado de la póliza, poniéndose fin a su cobertura a partir de la fecha de solicitud por parte del Contratante. En caso de que cuya fecha sea retroactiva se respetará siempre y cuando el pago de las primas esté al día, de lo contrario, ésta regirá a partir del primero del mes siguiente, al mes de recepción de la exclusión por parte del asegurador. Para la modificación de las características de un asegurado, el Contratante deberá indicar el nombre completo, RUT y la modificación solicitada. Esta modificación regirá a partir de la fecha de solicitud por parte del contratante. En caso de no indicar fecha, ésta regirá a partir de la fecha de recepción de la modificación por parte del Asegurador. Se deja constancia, que la cobranza de las primas se efectuará en función de los movimientos y/o modificaciones a las características de los asegurados vigentes, por consiguiente, las diferencias que se generen se reflejarán en la cobranza del mes siguiente. El ingreso de nuevos asegurados lo podrán realizar durante la vigencia de la misma, sólo las nuevas contrataciones. Aquellos empleados que contratados por la empresa contratante y reuniendo las condiciones de asegurabilidad establecidas, no hayan ingresado a la fecha de renovación de la póliza, no lo podrán hacer hasta el aniversario siguiente.

### 7- Adicionales

Se deja constancia que se otorgarán las siguientes coberturas adicionales:

- Terremoto, Movimientos Sísmicos cualquiera sea su grado y Tsunami.
- Negligencia o imprudencia leve.
- Deportes básicos.
- Asalto y homicidio.
- Motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas,

motofurgonetas o vehículos similares, solo como medio de transporte.

- El ejercicio de deportes extraordinarios y notoriamente peligrosos tales como: polo, hockey, rugby, football, paperchase, steeplechase, andinismo, box y ski, y toda demostración atlética o deportiva que no se premie con dinero. Equitación o rodeo practicados como deportes.
- Se otorga cobertura de Congelamiento y/o Insolación a los asegurados que ocasionalmente queden expuestos a un factor Climático adverso a consecuencia de un Accidente.
- Se cubren los viajes aéreos en Vuelos No Regulares: Están cubiertos los vuelos en aeronaves privadas/corporativas con ala fija y helicópteros para transporte ejecutivo, siempre que hayan sido fábricas en los últimos 20 años. Los vuelos deberán ser realizados entre aeropuertos terrestres legalmente establecidos. Quedan excluidos los vuelos en rotor craft, vehículos aéreos de prueba, naves industriales para auxilio y rescate, militares o similares, y la utilización de cualquier medio de transporte aéreo que no esté registrado para realizar el transporte comercial de pasajeros. Pilotos y tripulación no estarán cubiertos y deben tener, el máximo de 65 años de edad, caso contrario los pasajeros no estarán cubiertos. Los cúmulos por evento y por año quedarán reducidos al 40% en caso de un accidente en consecuencia de vuelo no regular.
- Las consecuencias derivadas de Motines, Terrorismo o Tumultos, sin perjuicio de lo estipulado respecto de la intervención del asegurado en dichos actos.
- Se ha gestionado un convenio con Clínica Alemana de Temuco y la Mutual para efectos de este contrato.

#### **8- Condiciones de Suscripción**

- Responsabilidad del contratante: El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del presente seguro colectivo.
- El incumplimiento de cualquiera de las condiciones de asegurabilidad establecidas en la póliza de parte de un asegurado no dará derecho, en ningún caso, al pago de algún siniestro cubierto por este contrato.
- El pago de un Siniestro, se realizará a quien se señale en la póliza suscrita.
- Edad mínima de ingreso 2 años edad máxima de permanencia 25 años.
- Contado : Sin interés. Crédito : 1, 3, 4, 6, 10 cuotas iguales y consecutivas sin interés.  
– OBS: Pago se realizará contra factura, la que reflejará todos los movimientos de altas y bajas, hasta el 20 de cada mes.

#### **9- Liquidación**

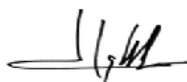
Liquida la Compañía directamente. - Las Denuncias de Siniestros, se deben enviar directamente a nuestras oficinas ubicadas en: ISIDORA GOYENECHEA 3520, PISO 1 OFICINA DE PARTES, ATENCION CLAUDIA ORELLANA SINIESTROS VIDA, LAS CONDES.  
Mail: [claudia.orellana@mapfre.cl](mailto:claudia.orellana@mapfre.cl).

COPIAR: [ricardo.reyes@mapfre.cl](mailto:ricardo.reyes@mapfre.cl); [michel.onate@mapfre.cl](mailto:michel.onate@mapfre.cl); [rodrigo.kehr.k@gmail.com](mailto:rodrigo.kehr.k@gmail.com)

#### **10- Corredor**

RODRIGO KEHR  
Comisión 15%.

Se extiende el presente certificado de cobertura a solicitud del asegurado. Santiago, 19 de abril del 2024.



Suscriptor  
Departamento Técnico  
**MAPFRE SEGUROS VIDA**