



CONDICIONES PARTICULARES POLIZA DE SEGURO COLECTIVO ACCIDENTES PERSONALES

Aseguradora Help Seguros de Vida S.A., en consideración a la Solicitud de Incorporación presentada por **FUNDACION CORPORACION THE MACKAY SCHOOL** (en adelante el "Contratante") y del asegurado, la Declaración Personal de Salud del asegurado, la póliza ofrecida, las Condiciones Generales respectivas y las Condiciones Particulares que a continuación se detallan, acepta por medio de la presente póliza en asegurar lo siguiente:

POLIZA 10574

Producto	Accidentes Personales
Fecha inicio	01-01-2026
Fecha término	31-12-2026
Moneda de la Póliza	UF

El asegurado se servirá leer las Condiciones, examinar la Póliza y confirmar si ella contiene lo expuesto en la propuesta debiendo devolverla inmediatamente a la compañía para su rectificación si comprobare que adolece de un error o defecto.

De conformidad con la propuesta presentada, la que forma parte integrante de la Póliza, la compañía Aseguradora Help Seguros de Vida S.A. (en adelante llamada "La Compañía Aseguradora"), asegura de acuerdo con los términos y condiciones de la presente Póliza, a la persona o entidad mencionada a continuación (en adelante llamada "El Asegurado"), contra los riesgos detallados y hasta las sumas consignadas en este instrumento. Rige Art.553 del Código de Comercio.

DATOS DEL CONTRATANTE

Rut	71.299.600-5
Nombre	FUNDACION CORPORACION THE MACKAY SCHOOL
Dirección	Av. Vicuña Mackenna N° 700
Comuna	Viña del Mar
Cuidad	Valparaíso
Teléfono	No Registra
Email	mfarias@mackay.cl

DATOS DEL CORREDOR

Nombre	Arthur J. Gallagher Corredores de Seguros S.A
Rut	77.682.370-8
Comisión	10%+IVA de la prima Anual a valor UF de cada mes de pago

ARTICULO N°1: ASEGURADO

Alumnos definidos en la nómina proporcionada por el contratante, que cumplen los requisitos de asegurabilidad definidos por Help Seguros de Vida S.A.

Se podrá incorporar Alumnos durante la vigencia de la póliza, los cuales quedarán con cobertura desde el día 1 del mes siguiente al de recepción de la nómina con los datos completos de los asegurados (Nombre Completo, Rut, Fecha De Nacimiento), considerando que la fecha de cierre de recepción Anual es el día 20 o hábil anterior.

Todos los nuevos Alumnos que se encuentren en buenas condiciones de salud (no podrán estar hospitalizadas), sin síntomas ni padecimientos de enfermedad. Los nuevos asegurables que se encuentren haciendo uso de licencia médica, no podrán incorporarse hasta el término de su licencia y previa aprobación de su solicitud por parte de la Compañía.

ARTICULO N° 2: COBERTURAS, MONTOS ASEGURADOS Y TASAS

Cobertura	Póliza Registrada	Monto Asegurado	Tasa Neta Anual
Invalidez Total y Permanente por Accidente	POL 3 2014 0335	UF 100	0,22504
Reembolso de Gastos Médicos Por Accidente	POL 3 2014 0335	UF 100	12,60032

CONDICIONES ESPECIALES

- Los alumnos tienen vigencia de 12 meses a partir del 01-01-2026 al 31-12-2026
- Los alumnos de 4to medio consideran vigencia de 14 meses a partir del 01 de enero 2026 al 28-02-2027
- Extensión de Cobertura por las 24 horas los 365 días del año, dentro y fuera del país. Incluye vuelos en líneas aéreas regulares.
- Los gastos médicos por accidentes serán reembolsados al 100% de lo que no cubra su sistema previsional (Isapre/Fonasa, etc.).
- El asegurado deberá en primera instancia, hacer uso de su Sistema Previsional de Salud (Isapre o Fonasa) y posteriormente solicitar el reembolso a la compañía aseguradora.
- En caso que estos sistemas no contemplan dentro de sus beneficios una prestación, se procederá a bonificar el 50% del gasto incurrido.
- Para los asegurados que no tengan Sistema Previsional de Salud, se reembolsará el 100% de los gastos hasta el límite estipulado en la póliza.
- Plazo para considerarse continuidad de cobertura de un mismo accidente: Toda la vigencia

Esta póliza incluye cobertura de deportes de pasatiempo y competencias escolares tales como:

- Fútbol, Rugby, Básquetbol, Hockey, Equitación, Ski, Tenis, Volleyball, Atletismo y otros que regule el colegio.
- Cobertura para picaduras de insecto y mordeduras de perros.
- Se omite timbre de Isapre en boletas de insumos y procedimientos. Reembolso al 100%
- Cobertura dentro y fuera de Chile.
- RGM incluye cobertura para Yeso, Bastones y todo tipo de Órtesis.
- Medicamentos al 100%
- Se deja establecido que la cobertura Dental, no se considera dentro de las prestaciones no cubiertas por Isapre, es decir, no está sujeta a la aplicación del 50% el gasto.
- Si la atención es de extrema urgencia con riesgo vital para el asegurado, el traslado en Ambulancia será de cargo a la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos.
- El plazo para solicitar reembolsos de 90 días.
- Esta póliza Contempla Convenio PREVISA para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

CONVENIOS

Para una mejor y más expedita atención, la compañía de seguros tiene convenio con la **empresa Previsa**, encargada de la gestión y tramitación de siniestros, que a su vez tiene convenio con los siguientes centros de atención:

- IST: Instituto de Seguridad del Trabajo de Viña del Mar
- Clínica Reñaca
- Posteriormente se informara nuevos centros médicos que ingresen al convenio.
- El convenio permite que el alumno cuando sea ingresado al Centro Asistencial sea atendido de forma preferencial, debiendo hacer uso del Sistema IMED (bono electrónico) por lo que no se le cobrará el copago, salvo que no pueda obtener el bono a través del sistema IMED. En ese caso el Centro Médico emitirá una boleta la cual debe ser presentada por el asegurado en su Isapre, Fonasa o su correspondiente sistema previsional de salud, para el reembolso correspondiente, la diferencia no cubierta será pagada por la Cía. De seguros a través de PREVISA. En caso que la boleta no sea reembolsada por su sistema de salud, se pagará el 50% de la prestación, ejemplo: Los Insumos (jeringa, gasa, vendas, etc)
- No obstante, el alumno podrá ser atendido a través del sistema libre elección, en cualquier Clínica, Hospital o Centro de Atención Médica del país, debiendo pagar la prestación a través de su propio sistema de salud y posteriormente recurrir al seguro para obtener por medio del reembolso los gastos que no le fueron cubiertos.

ARTICULO Nº 3: BENEFICIARIOS

Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente Accidental y Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (RGMA) el beneficiario es el mismo asegurado.

ARTICULO Nº 4: REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Para todas las coberturas, la edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia en la póliza, corresponderán a las indicadas a continuación, expresadas como se indica en el siguiente cuadro:

Cobertura	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Indeterminada	24 Años
Reembolso de Gastos Médicos Por Accidente	Indeterminada	24 Años

ARTICULO Nº 5: PRIMA

La prima Anual del seguro será la resultante de multiplicar la tasa Anual bruta, según corresponda indicada en el cuadro por el monto asegurado y por el número de empleados asegurados

Cobertura	Tasa Neta Anual	IVA	Tasa Bruta Anual
Invalidez Total y Permanente por Accidente	0,22504	0,04276	0,26780
Reembolso de Gastos Médicos Por Accidente	12,60032	2,39406	14,99438

ARTICULO Nº 6: PAGO DE PRIMA

- La prima respectiva deberá ser pagada en forma Anual (o en la cantidad de cuotas pactadas) con un plazo máximo de 30 días contado desde la fecha de emisión de la factura correspondiente al mes en cobro.
- El contratante se compromete a efectuar el pago de las primas desde el inicio de la vigencia del seguro. El atraso por parte del contratante en más de 60 días de la fecha pactada, determinará el término de la cobertura del seguro, respecto de los asegurados cuyas primas no se hubieren pagado. Por lo tanto, no se indemnizarán los siniestros que ocurran después de los 60 días de gracia.
- La cobranza se efectuará en forma Anual o en las cantidades de cuotas pactadas) en base a la información de los asegurados titulares y cargas actualizadas, remitida por el Contratante.
- 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 pago de primas e indemnizaciones por siniestros cubiertos será en Unidades de Fomento (UF), convertidas a pesos chilenos al correspondiente día de pago convenido (Valor UF al día 09 del mes de cobertura en cobro).

ARTICULO Nº 7: MODALIDAD DE FINANCIAMIENTO

- Modalidad: No contributiva, financiada 100% por empresa contratante

ARTICULO Nº 8: TIPO DE COBRANZA Y FACTURACION

- Cobranza Anual Anticipada
- Se emite dentro de los primeros 10 días del mes siguiente al período en cobro
- Facturación Anticipada

Periodicidad de Pago: Anual	Forma de Pago: Cheque, Transferencia, Deposito
Tipo de cobranza: Anticipada	Día de Pago: Contra factura emitida.
Plazo de Pago: 30 días contados desde la fecha de emisión de la factura.	
Moneda: Pesos. Monto informado en cada cobranza, según corresponda al valor conversión de la UF al día 09 del mes en cobro, también detallada en cada cobranza	

Datos de Facturación

Rut: 71.299.600-5	Nombre: Fundacion Corporacion The Mackay School
Dirección: Av. Vicuña Mackenna N° 700	Ciudad: Valparaíso
Comuna: Viña del Mar	Tipo de Facturación: Anticipada

ARTICULO Nº 9: CARENCIA

La presente póliza no contempla un período de carencia en las coberturas señaladas anteriormente

ARTICULO Nº 10: EXCLUSIONES

Según POL 3 2014 0335, entre las cuales se destacan que quedarán excluidos de la cobertura de esta póliza los siguientes casos:

Actividades y/o deportes riesgosos tales como: pilotos civiles, minería subterránea, manejo de explosivos, trabajos en altura y trabajos en líneas de alta tensión, deportes remunerados como carreras de moto y automovilismo, inmersión submarina y paracaidismo. Sin embargo, el contratante podrá pedir la evaluación de alguna de estas actividades la que quedará sujeta a la evaluación y aprobación de la compañía.

ARTICULO Nº11: INCORPORACION, EXCLUSION Y MODIFICACION DE ASEGURADOS

La carga inicial de emisión de la póliza, así como los ingresos posteriores se informarán a la compañía en archivo Excel con los siguientes antecedentes

1. Nombres
2. Apellido paterno
3. Apellido materno
4. Rut
5. Fecha de nacimiento
6. Sexo (M o F)

La fecha de inclusión de nuevos asegurados comenzará a regir el día 1 del mes siguiente al de recepción de la nómina, considerando que la fecha de cierre de recepción es el día 20 o hábil anterior. Para la exclusión de asegurados sólo será necesario indicar el nombre completo y Rut del titular y de la carga que se desea excluir, según corresponda.

Para la exclusión de asegurados sólo será necesario indicar el nombre completo y Rut del titular que desea excluir, considerando que la fecha de cierre de recepción es el día 20 o hábil anterior.

Es obligación del contratante mantener actualizada la nómina de asegurados. Por consiguiente, el contratante deberá enviar a la compañía todas las incorporaciones, exclusiones y modificaciones de las nóminas vigentes antes del día 20 de cada mes o día hábil anterior, con el objeto de verlos reflejados en el próximo reporte de cobranza.

ARTICULO N° 12: PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SINIESTROS

El contratante, asegurados, beneficiario o cualquier persona deberán dar aviso del siniestro mediante carta o correo electrónico dirigido a la compañía aseguradora dentro un plazo máximo de noventa (90) días siguientes a la fecha de conocida la ocurrencia del mismo. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder el derecho a la indemnización establecida en la presente cláusula adicional, salvo en caso de fuerza mayor. (se considerará y aplicará la normativa legal vigente).

El pago de los reembolsos, si correspondiese, se efectuará en 10 días hábiles desde la recepción completa de los gastos por parte de la compañía.

Si corresponde, el pago se realizará con depósito en la Cuenta informada por el asegurado. En caso contrario, a través de Vale Vista o Cheque Nominativo Individual para su retiro por el Intermediario de la póliza

Será obligación del asegurado, proporcionar a la compañía todos los antecedentes médicos y exámenes en original 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 invalidez total y permanente dos tercios. El costo de estos será de cargo de la compañía aseguradora

Sin perjuicio de las acciones legales que correspondan. Asimismo, cualquier siniestro que ocurra desde la fecha de terminación anticipada no será de cargo de la compañía, debiendo el contratante hacerse cargo de cualquier acción que pudiera aparecer debido a su incumplimiento, liberando a la compañía de toda responsabilidad.

ARTICULO N° 13: PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

En Caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente

- a. Contrato de Trabajo vigente, que acredite su función.
- b. Certificado de cotizaciones previsionales (últimos 6 meses o en su defecto las equivalentes al período legalmente trabajado, según corresponda)
- c. Certificado de nacimiento para acreditar la edad del asegurado
- d. Dictamen ejecutoriado por la comisión médica de AFP o Compín, que determine la calidad de incapacidad total y permanente (DL 3500 de 1980)
- e. Informe de accidente debidamente visado por la entidad contratante, la que acreditará los hechos relativos al accidente del asegurado, según corresponda

En caso de Reembolso De Gastos Médicos Por Accidente

- a. Completar “Solicitud de Reembolsos de gastos Médicos por Accidente”, original que proporciona Help Seguros de Vida S.A
- b. Adjuntar los documentos originales comprobatorios del gasto, es necesario que todas las documentaciones comprobatorias de los gastos efectuados presentada sean originales (bonos, reembolsos, boletas o facturas
- c. En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud, Estatal o Privada y/o Bienestar, deberá hacer uso de ellos prioritariamente. En este evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.
- d. Informe de accidente debidamente visado por la entidad contratante, la que acreditará los hechos relativos al accidente del asegurado.
- e. Para la Cobertura de RGM por Accidente, la Compañía pagará el 100% del monto cubierto estipulado en las condiciones particulares, siempre y cuando sea reembolsado previamente por el sistema previsional de salud, ya sea Isapre o Fonasa. En caso de no existir sistema previsional de salud, la compañía reembolsará el 50% del importe realizado hasta el tope máximo de la cobertura.

Para Solicitar Reembolsos de Farmacia Ambulatoria se Debe Adjuntar

- a. Boleta original timbrada por la farmacia, en el cual se consignen el nombre y valor de cada medicamento.
- b. Original de receta o prescripción médica a nombre del beneficiario causante de la prestación.
- c. Para recetas a permanencia o por tratamientos prolongados deberá enviar original de la prescripción médica en el primer reembolso solicitado y fotocopia en los sucesivos. La receta a permanencia tiene una duración de tres meses, pasado este período, debe ser renovada por el médico tratante.
- d. Para recetas médicas retenidas en la Farmacia se aceptarán fotocopias de estas debidamente timbradas por la farmacia.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la Compañía Aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

Con todo, la Compañía Aseguradora queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

ARTICULO N°14: PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO

En los casos en que proceda el pago del capital asegurado, ello se hará dentro de los 10 días hábiles contados desde que la Compañía haya recibido todos los antecedentes para la correcta liquidación del siniestro. Queda entendido que al requerirse antecedentes de salud o judiciales a entes externos a la Compañía Aseguradora y al Contratante, dichos requerimientos pueden no ser cumplidos con la velocidad que se espera por las partes.

ARTICULO N°15: DOMICILIO

Se fija como domicilio especial para el cumplimiento de todas las obligaciones de esta póliza la ciudad de Santiago.

ARTICULO N°16: CODIGO DE AUTORREGULACIÓN Y BUENAS PRÁCTICAS

Aseguradora Help 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 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 esta Compañía o 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 Aseguradora Help Seguros de Vida S. A. o a través de la página web www.ddachile.cl

ARTICULO N°17: PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la circular n 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, beneficiario o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en 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 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 1, Santiago.

ARTICULO N°18: PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

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.

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.

DERECHO DE OPOSICION 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.

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.

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.

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.

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.

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 del artículo 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).

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.



APODERADO HELP SEGUROS DE VIDA S.A.