

SEGURO DE ESCOLARIDAD

El presente tiene por objeto informar a los padres y apoderados del **SOCIEDAD EDUCACIONAL SHALOM SPA.**, las coberturas contratadas en póliza (en proceso de emisión) de Seguro de Escolaridad, con vigencia a contar del 01/03/2020 al 29/02/2021.

El seguro cubre aquella parte de la colegiatura que no ha sido cancelada al momento del fallecimiento del sostenedor. También se entenderá como escolaridad cancelada los pagos anticipados efectuados hasta la ocurrencia del siniestro.

CAPITAL ASEGURADO: El capital asegurado es una renta anual, por cada hijo que se encuentre estudiando en el Colegio, pagadera desde **Pre-Kinder a 4° Medio, de acuerdo a lo siguiente: Pre- Kinder y Kinder Capital Asegurado de UF 78** por cada hijo que se encuentre estudiando en el Colegio, y **desde Primero Básico a 4° Medio Capital Asegurado de UF 90** por cada hijo que se encuentre estudiando en el Colegio.

ASEGURADOS: Será asegurado en esta póliza el sostenedor (padre, madre o tutor del alumno), debidamente identificado como tal ante la compañía de seguros, para esto deberá completar el formulario Incorporación de Asegurados que incluye una Declaración Personal de Salud, la cual deberá ser informada a nuestra Compañía a través del Colegio. (no se cubren preexistencias)

CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD INCORPORACIONES: Podrán ingresar a la póliza, todos los apoderados registrados como tal en la entidad contratante, siempre que cumplan con las siguientes edades y se encuentren en buen estado de salud:

	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Fallecimiento	64 años	70 años

CONDICIONES ESPECIALES:

- ✓ El seguro cubre aquella parte de la colegiatura que no ha sido cancelada al momento del siniestro del sostenedor. También se entenderá como escolaridad cancelada los pagos anticipados efectuados hasta la ocurrencia del siniestro.
- ✓ Esta cobertura contempla un año de repetición durante el período de cobertura del seguro.
- ✓ De existir algún tipo de riesgo especial, se deberá informar a la Compañía para su evaluación.
- ✓ Cobertura las 24 horas, dentro o fuera del territorio nacional.
- ✓ Para esta cobertura se requiere identificación de los asegurables.
- ✓ La presente cotización ha sido elaborada en base a los antecedentes entregados por la empresa contratante cualquier
- ✓ variación u omisión de información relevante podría afectar las tarifas aquí ofrecidas.
- ✓ Esta cotización contempla un 100% de incorporación al seguro.
- ✓ Al ingresar a la póliza los asegurables deberán estar en buenas condiciones de salud.
- ✓ En el caso de que un alumno que se encuentre percibiendo los beneficios de este seguro se cambie de institución educacional, la Compañía seguirá cumpliendo su compromiso de pago de la colegiatura anual hasta que se complete el período de pagos de beneficios.

- ✓ En caso de que ocurra un siniestro de un apoderado durante el transcurso del período de estudios, la renta correspondiente a dicho año se calculará proporcionalmente a los meses que falten para el término de dicho período, comenzando a generarse a partir del mes siguiente de ocurrido el siniestro.
- ✓ Cualquier variación de anualidad deberá ser informada a la Compañía para actualización de tarifas. Si el seguro se encuentra en vigor, se indemnizará según el último arancel informado hasta la ocurrencia del siniestro.
- ✓ Son elegibles para la cobertura de este seguro los alumnos matriculados en el colegio
- ✓ En caso de que ocurra un siniestro del sostenedor que haya contratado este beneficio, se pagará el valor de la colegiatura anual hasta el último año de estudios.
- ✓ Si la ocurrencia del siniestro una vez vigente la póliza se produce entre enero y febrero, la Compañía pagará la totalidad del monto anual pactado. Si el siniestro se produce durante los restantes meses del año, se dividirá el monto anual por beneficio por 10 y se multiplicará por los meses que restan de escolaridad en ese año calendario. Las restantes cuotas anuales, ser pagarán cada año en el mes de marzo.
- ✓ Para los asegurados de este seguro que no sean padres del alumno en caso de siniestros se deberá acreditar su calidad de sostenedor económico y responsables del financiamiento de los estudios del alumno.
- ✓ Esta cobertura contempla como máximo 1 año que el beneficiario no tenga la calidad de alumno regular.
- ✓ El contratante de la póliza deberá informar la incorporación de los nuevos asegurados a través del Formulario de Solicitud de Incorporación.
- ✓ Se consideran asegurados para efectos de este contrato de seguro, las personas naturales individualizadas e informadas a BICE VIDA, como tales, por el Contratante, en la nómina inicial de incorporación pertinente.
- ✓ También se consideran como asegurados, aquellas personas naturales que no estando en la nómina inicial, se incorporan al seguro durante su vigencia por medio del Formulario de Solicitud de Incorporación Seguro Escolaridad y que cumplan con los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en estas Condiciones Particulares.
- ✓ Los asegurados se relacionarán con uno o más alumnos beneficiarios perteneciente al Contratante de la póliza, los que también estarán informados en la nómina de incorporación o en el Formulario de Solicitud de Incorporación Seguro Escolaridad, según corresponda.

DENUNCIA DE SINIESTROS:

- ✓ El fallecimiento del asegurado deberá ser notificado a la Compañía Aseguradora, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento del asegurado, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.
- ✓ No obstante lo anterior, la Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía Aseguradora, hasta 30 días después desde que fue posible su notificación una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento del asegurado.

PROCEDIMIENTO PAGO DE SINIESTRO:

- ✓ Para el denuncia de siniestro se debe presentar: Formulario de Denuncio de Siniestro, Certificado de Defunción original con causa de muerte, Cuestionario Medico por Fallecimiento. Si se trata de una muerte por accidente se debe adjuntar Parte Policial e Informe de Alcoholemia cuando corresponda (se adjunta formularios)
- ✓ El contratante debe además hacernos llegar un Certificado de alumno regular de el o los hijos del sostenedor económico siniestrado, en el cual se debe señalar el nivel que cursa. Una vez aprobado el siniestro y régimen de pago, cada año se debe enviar dicho certificado para que se genere la liquidación.

FORMULARIO DENUNCIO DE SINIESTROS
DATOS DEL RECLAMANTE

NOMBRE COMPLETO:		RUT: <input type="text"/>	
RELACION CON SINIESTRADO:		FECHA NACIMIENTO: / /	
CORREO ELECTRONICO: <input type="text"/>			
<p>BICE VIDA INFORMA QUE TODAS LAS NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES RELACIONADAS CON ESTE DENUNCIO SE EFECTUARAN A LA DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO ANTES INDICADA.</p> <p>SOLO EN CASO QUE EL RECLAMANTE NO DISPONGA DE UN CORREO ELECTRONICO PERSONAL O SE OPONGA A ESA VIA DE COMUNICACION, LAS NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES RELACIONADAS CON ESTE DENUNCIO SE EFECTUARAN POR CORREO CERTIFICADO A LA SIGUIENTE DIRECCION.</p>			
DIRECCION PARTICULAR:		N°	DEPTO/CASA:
VILLA/POBL.	COMUNA:	REGION	
TELEFONO PARTICULAR:	CELULAR:	TRABAJO:	

DATOS DEL ASEGURADO SINIESTRADO (SOLO SI ES DISTINTO AL RECLAMANTE)

NOMBRE COMPLETO:		RUT: <input type="text"/>	
RELACION CON RECLAMANTE:		FECHA NACIMIENTO: / /	

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (SOLO SI ES DISTINTO AL SINIESTRADO)

NOMBRE COMPLETO:		RUT: <input type="text"/>	
RELACION CON SINIESTRADO:		FECHA NACIMIENTO: / /	

COBERTURAS RECLAMADAS

NOMBRE COBERTURA	N° DE POLIZA

DATOS DEL SINIESTRO

 FECHA OCURRENCIA: / / (FECHA FALLECIMIENTO / FECHA DECLARACION DE INVALIDEZ / FECHA DIAGNOSTICO ENFERMEDAD)

EVENTO DENUNCIADO: ES EL HECHO OCURRIDO QUE USTED ESTIMA DEBE SER INDEMNIZADO POR EL SEGURO:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO | <input type="checkbox"/> DESMEMBRAMIENTO |
| <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD GRAVE / ESPECIFIQUE: _____ |
| <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE (INVALIDEZ) | <input type="checkbox"/> OTRO (INDICAR) _____ |

BREVE RELATO DE LOS HECHOS O CAUSAS DEL EVENTO DENUNCIADO: _____

RECINTOS HOSPITALARIOS DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO: _____

NOMBRE DEL O LOS MEDICOS QUE TRATARON AL PACIENTE: _____

INDIQUE LA INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO EL ASEGURADO SINIESTRADO:

ISAPRE _____ FONASA OTRO _____

SI LA CAUSA DEL SINIESTRO ES ACCIDENTAL, FAVOR INDICAR:

FECHA ACCIDENTE: []/[]/[] HORA: [] []

ACTIVIDAD QUE REALIZABA O CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: _____

LUGAR DEL ACCIDENTE: _____

TESTIGOS DEL ACCIDENTE: _____

DOCUMENTOS ADJUNTOS

- CERTIFICADO DE DEFUNCION
- CUESTIONARIO MEDICO POR FALLECIMIENTO
- INFORME MEDICO POR ENFERMEDAD O POR ACCIDENTE
- PARTE POLICIAL
- INFORME DE AUTOPSIA
- INFORME ALCOHOLEMIA
- CEDULA IDENTIDAD O CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO SINIESTRADOS
- CEDULA IDENTIDAD O CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL O LOS BENEFICIARIOS
- OTROS _____

INFORMACION IMPORTANTE

(LEER DETALLADAMENTE ANTES DE FIRMAR)

DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 20 DEL REGLAMENTO DE LOS AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS Y PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS (DECRETO SUPREMO N° 1055), BICE VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS INFORMA QUE PRACTICARA EN FORMA DIRECTA LA LIQUIDACION DEL SINIESTRO QUE SE DENUNCIA. EL ASEGURADO O BENEFICIARIO DEL SEGURO PODRA, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DIAS OPONERSE A LA LIQUIDACION DIRECTA, PARA LO CUAL DEBERA SOLICITAR POR ESCRITO A BICE VIDA QUE DESIGNE UN LIQUIDADOR, AL CORREO ELECTRONICO SINIESTROS.VIDA@BICEVIDA.CL O A TRAVES DE CARTA CERTIFICADA A AV. PROVIDENCIA 1806, PISO 10, PROVIDENCIA, ADJUNTANDO COPIA DE ESTA DENUNCIA.

FIRMA RECLAMANTE

NOMBRE RECLAMANTE: _____

RUT: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

FECHA: []/[]/[]

IDENTIFICACION PERSONA QUE RECIBIO EL DENUNCIO

NOMBRE: _____ FIRMA

RUT: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

CUESTIONARIO MEDICO POR FALLECIMIENTO

(Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad)

Estimado(a) Doctor(a):

Su paciente tenía un Seguro de Vida en nuestra Compañía, por lo que para resolver su liquidación, le solicitamos completar el siguiente cuestionario médico por fallecimiento. Los antecedentes que usted nos facilite serán tratados con estricta confidencialidad, por lo que le agradecemos contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo	
RUT <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de Nacimiento <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>

DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

Fecha de Fallecimiento: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Hora: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Lugar de Fallecimiento: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Lugar de Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	
Detallar:	
Dirección:	
Causas de la Muerte:	
Debido a <input type="checkbox"/> Enfermedad Común <input type="checkbox"/> Accidente	
Señalar aquí las enfermedades que tuvieron relación directa o indirecta con su fallecimiento, indicando la fecha en que fueron diagnosticadas:	
Diagnóstico Principal:	Fecha de diagnóstico: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Otros Diagnósticos:	Fecha de diagnóstico: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Otros Diagnósticos:	Fecha de diagnóstico: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Otros Diagnósticos:	Fecha de diagnóstico: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Enfermedades Concomitantes:	Fecha de diagnóstico: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Enfermedades Relacionadas:	Fecha de diagnóstico: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Causas Indirectas:	Fecha de diagnóstico: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Otras Enfermedades:	Fecha de diagnóstico: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
El fallecimiento fue certificado por: <input type="checkbox"/> Médico Tratante <input type="checkbox"/> Médico Ocasional <input type="checkbox"/> Servicio Médico Legal <input type="checkbox"/> Otro	
Era usted su médico tratante: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Desde que fecha: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	
Desde cuando comenzó a atenderlo por la última enfermedad: _____	
Cuáles y cuándo fueron los primeros síntomas que motivaron al asegurado fallecido a consultarlo:	
Detallar los tratamientos médicos/quirúrgicos que le prescribió al paciente con motivo de su última enfermedad (Indicar fechas o periodos de tratamiento)	

En qué lugar asistió al asegurado: Domicilio Consulta Hospital Clínica Consultorio

Indicar nombre: _____
 Indicar dirección: _____

Estuvo el Asegurado internado con motivo de su última enfermedad durante los últimos 5 años: No Sí Indicar fecha y lugar: _____

A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del fallecimiento del Asegurado: _____

Conoce el Asegurado la enfermedad que padece: NO SÍ Desde cuando: _____

Tiene usted en su poder los protocolos médicos y exámenes complementarios a los que fuera sometido el asegurado en su última enfermedad NO SÍ. (favor adjuntar copias)

Si usted no era el médico tratante, ¿tiene antecedentes de tratamiento de la enfermedad que causó la muerte? NO SÍ Señalar: _____

Lugar donde se trabajaba: Hospital Clínica Consultorio Otro _____

Indicar nombre: _____
 Indicar dirección: _____
 Fecha del último control: _____

Favor informar que otro Médico lo derivó a usted o cree que pueda llenar este formulario. Indicar también si conoce en que otra institución se atendía el Asegurado. Indicar nombre y dirección: _____

Si el fallecimiento del Asegurado fue causado por un accidente, indicar detalles de cómo éste ocurrió y que sean de su conocimiento:
 Fecha de ocurrencia: Hora: _____ Lugar: _____
 Circunstancias: _____

Indicar Tipo de accidente: Laboral Tránsito Doméstico Otro: _____

DATOS DEL MÉDICO

Nombre Completo		RUT
Domicilio		Nº Reg. Col. Médico
Teléfono	Celular	Fax
E-mail		

Lugar y Fecha

Firma y timbre del Médico

COBERTURAS CONTRATADAS

Fallecimiento: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

Bajo los términos del presente contrato de seguro, el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza será pagado por la Compañía Aseguradora a los beneficiarios, una vez acreditado el fallecimiento del asegurado, titular o dependiente, si éste ocurre durante la vigencia del contrato de seguro y por causa no excluida en este contrato de seguro. Si el asegurado sobrevive a la fecha de término de su cobertura individual en el contrato de seguro colectivo, no tendrá derecho a indemnización alguna.

La prima respecto de cada asegurado se devengará hasta la fecha de término de su cobertura individual en el contrato de seguro colectivo, establecida en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, o hasta la fecha de fallecimiento del asegurado titular, si esto ocurre antes.