

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO

POLIZA N° 281.453 "Póliza de Seguro Colectivo de Vida"		VIGENCIA ACTUAL: Desde las 0:00 horas del día 01.08.2014 hasta las 24:00 horas del día 31.07.2016		
		VIGENCIA ORIGINAL:	01.01.2009	
CONTRATANTE: COLBUN S.A.				
DIRECCIÓN: AV. APOQUINDO N°4775, PISO 11				
RUT: 96.505.760-9		COMUNA: LAS CONDES	CIUDAD: SANTIAGO	
ASEGURADOS: El indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza				
COBERTURA:				
Abreviatura	Tipo cobertura	Nombre Registro	Código	
a) Vida	Básica	Seguro Colectivo de Vida.	POL 220131391	
b) MA	Adicional	Cláusula Adicional por Muerte Accidental.	CAD 320131537	
c) ITP 2/3	Adicional	Cláusula Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Dos Tercios (2/3).	CAD 320131547	
d) Desm.	Adicional	Cláusula Amplia de Incapacidad Parcial y Permanente por Accidente	CAD 320131536	
e) Conver. Vida	Adicional	Cláusula Adicional de Derecho de Conversión	CAD 220131539	
BENEFICIARIO El indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza				
UNIDAD MONETARIA Unidad de Fomento				
COMISIONES:				
Comisión Corredor: RKC RISK CONSULTING CORREDORES DE SEGUROS S.A.		Código: 8545	Rut: 76.011.635-1	% Comisión Bruta: 11,90%, incluye IVA
El porcentaje de comisión se aplica sobre la prima neta pagada en (\$)				
ASEGURADOR				
NOMBRE: Seguros de Vida Security Previsión S.A.		Dirección: Apoquindo 3150, Las Condes Santiago		
Página web: www.vidasecurity.cl		Correo Electrónico: sacvida@security.cl		
				
Firma Representante Compañía de Seguros				
Fecha Emisión:	2014.11.04			IEM

Esta póliza anula y reemplaza a póliza anterior de igual número, por lo tanto, los asegurados mantienen su vigencia inicial en el seguro, para todos los efectos que corresponda.

CONDICIONES PARTICULARES

POLIZA N° 281.453

N° 1: COBERTURA

La (s) cobertura (s) amparada (s) bajo este contrato, es (son) la (s) siguiente (s):

- a) Seguro Colectivo de Vida. (Vida, cobertura básica)
- b) Cláusula Adicional por Muerte Accidental (MA, cobertura adicional)
- c) Cláusula Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Dos Tercios (ITP 2/3, cobertura adicional)
- d) Cláusula Amplia de Incapacidad Parcial y Permanente por Accidente, (Desm., cobertura adicional).
- f) Cláusula Gastos Funerarios
- g) Conversión Vida

Descripción Cláusula Gastos Funerarios

La Compañía pagará al asegurado titular, hasta el monto estipulado como gasto funerario, en el evento que algún miembro de su grupo familiar, considerado en estas condiciones particulares, pierda la vida por cualquier causa, durante la vigencia de la póliza. Para los efectos del seguro, se entenderá que los miembros del grupo familiar son los sujetos de riesgo de la cobertura.

El derecho de esta cobertura, alcanza a todos los gastos que se incurran para la inhumación del familiar fallecido y cubierto en la presente cobertura, los cuales no se limitan respecto de sus condiciones de salud

Exclusiones:

Las señaladas en las condiciones generales de la póliza y sus cláusulas.

Cobertura excepcional:

La compañía otorgará cobertura según se indica en el presente contrato, a los individuos que sin cumplir los requisitos de asegurabilidad, hayan solicitado su ingreso a la póliza.

Esta opción excepcional corresponde a cobertura limitada hasta un límite de capital de UF 5.000, solamente en los adicionales que cubran únicamente eventos causados por accidente.

N° 2: ASEGURADOS Y SUJETOS DE RIESGO DE LA COBERTURA

Asegurados

- a) Asegurado titular:
Trabajadores vinculados a la empresa contratante, mediante un contrato de trabajo a tiempo indefinido y que figuran como tal, en la nómina de asegurados que forma parte de la presente póliza.

Sujetos de riesgo expuesto:

- b) Asegurados Dependientes:
A contar del 01-08-2010, se incluye cobertura para los dependientes del asegurado titular, que se encuentren incluidos en "Póliza de Seguros Colectivo para Gastos de Salud", según lo siguiente:
 - Cónyuge, que se encuentre o no registrada como carga por el asegurado titular en su empresa y, que para optar al Seguro de Vida, el Asegurado Titular, tendrá que haberla indicado en la Solicitud de Seguro Colectivo, para su correspondiente evaluación.
 - Hijos que se encuentren o no registrados como carga por el asegurado titular en su empresa y, que para optar al Seguro de Vida, el Asegurado Titular, tendrá que haberlos indicados en la Solicitud de Seguro Colectivo, para su correspondiente evaluación.

Declaración del Asegurado

Respecto de la actividad de los asegurados titulares, de acuerdo a lo informado por el contratante según lo señalado en el Artículo 9° de las Condiciones Generales de la Póliza, se declara que la actividad desarrollada, corresponde a los servicios propios relacionados al giro de la empresa contratante, considerando en la póliza solamente el rol de

administración, ejecutivos y operarios que operan en Centrales Hidroeléctricas y Termoeléctricas, realizador por cuenta del contratante en consecuencia, cualquier actividad que declare el asegurado por él y sus dependientes, distinta de lo indicado precedentemente, deberá ser evaluada y aprobada por la Cia.

N° 3: MONTOS ASEGURADOS, GASTOS FUNERARIOS Y TASAS

ASEGURADO	COBERTURA	CAPITAL POR CADA ASEGURADO	TASA MENSUAL POR CADA MIL DE CAPITAL ASEGURADO		
			TASA NETA	IVA	TASA BRUTA
Titular	Vida (básica)	14 Rentas	0,2070‰	0	0,2070‰
	MA (adicional)	24 Rentas	0,0360‰	0	0,0360‰
	I.T.P. 2/3 (adicional)	24 Rentas	0,0440‰	0,0084‰	0,0524‰
	Desm. (adicional)	24 Rentas	0,0150‰	0,0029‰	0,0179‰
	Conversión Vida	14 Rentas	0,0031‰	0	0,0031‰

Sujetos de Riesgo expuesto: (*)

DEPENDIENTE	COBERTURA	CAPITAL POR CADA ASEGURADO
Cónyuge	Gasto Funerario (adicional)	50% Capital Tope Máx UF 500
Hijos	Gasto Funerario (adicional)	50% Capital Tope Máx UF 250

(*) Se evalúan preexistencias.

Para los efectos del cálculo del capital, se establece que **será definido al inicio de la vigencia anual o sus posteriores renovaciones**, sobre la base de las remuneraciones de los asegurados, entendiéndose como tal, el monto establecido por el contratante, de acuerdo a sus políticas de sueldos y con un monto “Mínimo de Capital Asegurado de **UF 1.000**” y con un monto “Máximo de Capital Asegurado, de **UF 1.500**.”

N° 4: REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Asegurados provenientes de seguro anterior (Asegurados de Traspaso al 31-12-2008)

- Mantiene la continuidad de cobertura en lo que respecta al estado de salud de estos asegurados, de acuerdo a las condiciones en que se encontraban vigentes en el seguro anterior.
- Los requisitos de asegurabilidad, se dan por satisfechos, exceptuando la edad de término de cada cobertura, que se rige por lo establecido en estas condiciones particulares.
- El ingreso inicial de los asegurados se realizó a través de nómina (vía magnética) enviada por el contratante, la cual forma parte de la póliza.

Para asegurados “dependientes” con fecha de vigencia 01-01.2009:

- Deberán estar en buenas condiciones de salud al momento de ingresar a la póliza.
- Se han incorporado automáticamente desde “Póliza de Seguros Colectivo para Gastos de Salud”.
- Según acuerdo entre asegurador y contratante, este último conoce y acepta que no se cubrirán siniestros a consecuencia de preexistencias, entendiéndose por estas, lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza, por consiguiente el asegurador se libera de toda responsabilidad ante la eventualidad de no pago de un siniestro por la causa señalada, asumiendo el contratante la responsabilidad que emanen de su actuación y responsable de la presente póliza.

Para asegurados provenientes de otras pólizas que forman parte del Holding:

- Los asegurados mantendrán la continuidad de cobertura en relación al estado de salud, esto, respecto de las coberturas que hayan tenido vigente en la empresa o Póliza de origen y que se encuentren también vigentes en la empresa o Póliza de destino. Las patologías diagnosticadas antes del traspaso quedaran excluidas para las coberturas nuevas.

Para Todos los Asegurados:

- Los límites de edad de ingreso y término para cada cobertura:

ASEGURADOS	COBERTURA	EDAD INGRESO	TERMINO DE COBERTURA
Titular	Vida-Básica MA-Adicional I.T.P. 2/3-Adicional Desm.- Adicional Conversión Vida	Menor de 65 años Menor de 65 años Menor de 65 años Menor de 65 años Menor de 55 años	Cumplido los 75 años Cumplido los 75 años Cumplido los 65 años Cumplido los 75 años Cumplido los 60 años

- La exclusión de asegurados por cumplimiento de la edad máxima de permanencia, se realizará al cumpleaños de cada asegurado.

Para Todos los sujetos de riesgo:

Sujetos Riesgo	COBERTURA	EDAD INGRESO	TERMINO DE COBERTURA
Cónyuge	Gto. Fun.(Adicional)	Menor de 65 años	Cumplido los 75 años
Hijos Solteros	Gto. Fun.(Adicional)	Después de los 30 días de nacido vivo y hasta los 23 años	Cumplido los 24 años, si son estudiantes de tiempo completo y dependan del Titular

- La acreditación de la condición de estudiantes de los hijos, será responsabilidad del Contratante, quien deberá solicitar los certificados de estudio según corresponda, los que quedarán en su poder como antecedente de respaldo. La Compañía podrá solicitar estos documentos en cualquier momento, durante la vigencia de la póliza.

Para los Nuevos Asegurados y modificaciones de capitales:

- Deberán estar en buenas condiciones de salud al momento de ingresar a la póliza y deberán ser incorporados a la póliza en la fecha que califican para ello, suscribiendo su incorporación en los plazos establecidos en las condiciones generales de la póliza.
- Los asegurados dependientes serán los mismos de Salud y para otorgar la cobertura de Gastos funerarios, no serán evaluados.
- Vencido el plazo señalado, el asegurado no podrá ingresar a la póliza y deberá esperar un nuevo período de inscripción a la siguiente renovación de la póliza.
- Tanto un nuevo asegurado, como un aumento de capital en un asegurado vigente, independiente del cumplimiento original, para su evaluación deberá completar los documentos establecidos en la tabla de requisitos de asegurabilidad que se define a continuación, donde para los aumentos de capital adicionalmente se debe contemplar lo siguiente:
 - “Todo aumento de capital que afecte a uno o más asegurados que no se encuentre contemplado en estructura de planes, grupos, roles u otros, detallados en el Artículo 3 “Montos asegurados y Tasas” deberá contar con autorización previa por parte de la aseguradora, por considerarse cambio en el riesgo asegurado”.

Rango Capital	Hasta 55 años		Desde 56 años	
	Nuevo asegurado	Aumento Capital	Nuevo asegurado	Aumento Capital
Hasta UF 5.000	S.S.C.	D.E.S.	S.S.C.+ D.E.S.	D.E.S.
UF 5.001 a UF 7.000	S.S.C.+ D.E.S.	D.E.S.	S.S.C.+ D.E.S.+ Examen 1	D.E.S.+ Examen 1
UF 7.001 a UF 15.000	S.S.C.+ D.E.S.+ Examen 1	D.E.S.+ Examen 1	S.S.C.+ D.E.S.+ Examen 1	D.E.S.+ Examen 1
UF 15.001 a UF 20.000	S.S.C.+ D.E.S.+ Examen 2	D.E.S.+ Examen 2	S.S.C.+ D.E.S.+ Examen 3	D.E.S.+ Examen 3
UF 20.001 a UF 35.000	S.S.C.+ D.E.S.+ Examen 3	D.E.S.+ Examen 3	S.S.C.+ D.E.S.+ Examen 3	D.E.S.+ Examen 3
UF 35.001	Facultativo	Facultativo	Facultativo	Facultativo
S.S.C.	Formulario "Solicitud de Seguro Colectivo"			
D.E.S.	Declaración Especial de Salud			
Examen 1	Reconocimiento médico, Análisis de Sangre, ECG y HIV.			
Examen 2	Reconocimiento médico, Análisis de Sangre, ECG, Orina Completa y HIV.			
Examen 3	Reconocimiento médico, Análisis de Sangre, ECG, Orina Completa, HIV y Rx Tórax.			
Sobre UF 20.000	Estado Financiero, solamente para pólizas de contribución voluntaria.			

- La validez de la S.S.C y D.E.S, es de 60 días y de los exámenes 4 meses, por lo tanto, si dichos documentos superan el plazo indicado, el requisito deberá ser actualizado.
- Para los aumentos de capital (conforme a periodicidad establecida en Art.3 condiciones particulares) para dar cumplimiento a las exigencias señaladas, se tomaran las modificaciones de capital que sean igual o mayor a UF 1.000.
- Cumpliendo los requisitos de asegurabilidad y aprobada la solicitud por el asegurador y el contratante o asegurado en su caso, en los plazos establecidos en las condiciones generales, es decir, a los 30 días siguientes de la fecha que califica como asegurado o de la fecha de la solicitud de modificación del capital asegurado, la vigencia para el asegurado o aumento de capital regirá a contar del primer día del mismo mes, si la solicitud fue informada antes del día 20 del mismo mes y si la solicitud fue en una fecha posterior, la vigencia regirá a contar del primer día del mes siguiente.
- El Asegurador se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes en aquellos casos que estime necesario y conveniente para la aceptación del asegurable, tales como antecedentes médicos (Exámenes, IMT, Ficha Clínica, etc.) u otros antecedentes para acreditar los requisitos de asegurabilidad y el interés asegurable.

Cobertura excepcional:

- Todo asegurable que no cumpla con lo establecido en la tabla de requisitos de asegurabilidad, será incorporado con cobertura únicamente en los adicionales que cubran eventos por accidente (Muerte Accidental y Desmembramiento), con el capital asegurado en dichas coberturas y hasta un límite máximo de capital de UF5.000, excluyéndose toda cobertura que ampare él o los eventos causados por enfermedad.
- La vigencia de la cobertura es a partir del primer día del mes siguiente a la fecha que califica como asegurado.
- En caso de haber coberturas pendientes por otorgar, en forma excepcional, se cubrirán de acuerdo a lo establecido originalmente, siempre y cuando se cumplan los requisitos de asegurabilidad en un plazo que no exceda de los 60 días, contados desde la fecha que se califica como asegurado, cobrándose las primas retroactivas respectivas.
- Si el proceso termina posterior al plazo señalado, la vigencia regirá partir de la fecha que dicho proceso termine, contemplando en esta situación, si los plazos de validez de los documentos se han vencido, la obligación de actualizar las exigencias de asegurabilidad.
- En el evento que el asegurado definitivamente no cumpla con la evaluación exigida, éste seguirá asegurado bajo esta "cobertura excepcional".

Procedimiento para la aceptación de resoluciones en los asegurados:

Toda restricción o limitación de cobertura distinta de lo aceptado por el asegurado en su solicitud de incorporación, deberá ser aceptada por escrito por parte del asegurado de la póliza, exceptuando de esta definición, las condiciones aceptadas por el contratante en punto "Para asegurados sujetos de riesgo", con fecha de vigencia 01-01-2009.

Facultativos:

Podrá ser sometido cualquier asegurado que no cumpla con los requisitos de asegurabilidad, definidos en la tabla de asegurabilidad, siendo facultad de la aseguradora su aceptación, rechazo o restricción de la solicitud.

N° 5: FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

- Periodicidad de pago: Mensual **Anticipada**
- Movimientos de asegurados: Las incorporaciones de asegurados deberán ser remitidos por el contratante en los plazos señalados en la presente póliza, y las exclusiones deberán ser informadas hasta el día 20 de cada período mensual, para que su prima no sea considerada en la cobranza a emitir por el asegurador. Con todo, las exclusiones, solamente pueden corresponder a una fecha de término no superior a los 30 días anteriores a la fecha de recepción de la solicitud a la compañía.
- Día de emisión de la cobranza: dentro de los primeros 5 días del mes del período en cobro.
- Forma de emisión de la cobranza: El documento de cobro, será emitido por la aseguradora, a nivel de empresas
- Día de pago de la prima: hasta el día 10 del período en cobro.
- Forma de pago de la prima: El contratante abonará el monto del importe de la prima, directamente a en las oficinas del contratante.
- Emisión de factura: Conjuntamente con el envío de la cobranza, la compañía deberá emitir la factura respectiva, utilizando para efectos de cambio de la moneda de la póliza, el valor de cambio del día 9 del mes inmediatamente siguiente del periodo de cobertura.
- Período máximo para el pago de la prima (de gracia): **30** días contados desde la fecha de inicio de la cobertura mensual no pagada, vencido el plazo citado, la póliza queda nula y sin efecto según lo señalado en las condiciones generales de la póliza.
- Contributoriedad en el pago de la prima: "Contributorio" financiada en un 80% por la "Empresa Contratante" y un 20% por el "Asegurado Titular".

N° 6: BENEFICIARIO

Serán beneficiarios del presente seguro:

- a) **Vida**, el designado por el asegurado titular en la solicitud de ingreso, a falta de éste, los herederos legales.
- b) **Muerte Accidental**, el designado por el asegurado titular en la solicitud de ingreso, a falta de éste, los herederos legales.
- c) **Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Dos Tercios**, el propio asegurado.
- d) **Desmembramiento**, el propio asegurado.
- e) **Gastos Funerarios**: En caso de fallecimiento de un dependiente, se entiende como beneficiario, el Asegurado Titular, y a la falta de este, el beneficio será pagado al cónyuge sobreviviente o a quien demuestre, mediante los comprobantes respectivos, haber incurrido en los gastos funerarios del integrante del grupo familiar sujeto de riesgo.

N° 7: PAGO DE SINIESTROS

La compañía independiente de la antigüedad de los asegurados, se reserva el derecho de solicitar la información necesaria, que permita evaluar y definir la procedencia de una indemnización por las coberturas que da cuenta la presente póliza.

Para los eventos de Gastos Funerarios (cónyuges o hijos respectivamente), se deberá presentar certificado de defunción, certificado de matrimonio (dependiente cónyuge) y certificado de nacimiento.

El plazo de presentación de siniestros, se rige por lo estipulado en el Condicionado General y el plazo de Liquidación de siniestro se rige por el presente contrato.

Procedimiento de Liquidación de Siniestros:

- 1) **OBJETO DE LA LIQUIDACION**
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 acceso.
- 2) **FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION**
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 OPOSICION A LA LIQUIDACION 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 Compañía. La Compañía deberá designar al liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.
- 4) **INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION 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 LIQUIDACION**
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 LIQUIDACION**
Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de **45 días** corridos desde fecha denuncia
- 7) **PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION**
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 LIQUIDACION**
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 y 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).

N° 8: AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

El Asegurado en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro declara que acepta y autoriza a la Compañía de Seguros o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N°19.628 sobre Protección de Datos de carácter personal,

Ley N°20.584 sobre confidencialidad y secreto médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y otras.

N° 9: REQUISITOS PARA LA MANTENCION DEL CONTRATO

En caso que se modifique el mínimo de asegurados de esta póliza, es decir, el equivalente al 90% de los asegurados titulares con un mínimo de 121 Titulares, la compañía podrá revisar las condiciones de la póliza proponiendo las modificaciones necesarias para el manejo de ésta. De no lograr acuerdo entre las partes y aún cumpliéndose con el pago de las primas pactadas en el presente contrato, la compañía podrá poner término anticipado a la póliza.

N° 10: VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Este seguro se mantendrá vigente mientras las primas de cada asegurado incluido, se encuentren pagadas y se cumpla con los requisitos básicos para la mantención del contrato, según se señala en artículo anterior y se renovará automáticamente por nuevos períodos anuales, salvo aviso por escrito en contrario, dado por cualquiera de las partes con 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato.

Asimismo, en caso de modificación de las condiciones del contrato en la renovación, el asegurador deberá remitir su propuesta antes de los 30 días del término del contrato.

En caso de término de la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

N° 11: CLAUSULA DE DEVOLUCION POR EXPERIENCIA FAVORABLE

Se liquidará la DEF en conjunto con las siguientes pólizas pertenecientes al holding: N° 281091, 281092, 281093, 281453, 281556, 281557, 281558 y 281693 y se considerarán las Coberturas de **Vida** (incluye sus adicionales), **Salud, Dental y Catastrófico** según corresponda en cada póliza.

Después de **90** días de terminado el período bianual de las pólizas del Holding y habiendo sido renovada la póliza en nuestra Cía., se efectuará la liquidación de la presente cláusula, que será determinada según lo establecido en el punto anterior y la siguiente fórmula:

D = 55% (P-S-GA-SN)

DONDE:

D = Devolución a la Empresa Contratante por Siniestralidad Favorable.

P = Prima Neta pagada por el período anual de la póliza.

S = Siniestros pagados + siniestros provisionados o pendientes y reserva del **10%** (aplicable solo a Cobertura de Vida y sus Adicionales) de "P" por concepto de Siniestros incurridos y no reportados a la Cía.

GA = Gastos de Administración equivalentes a un **25%** de la prima pagada.

SN = Saldos Negativos de períodos anteriores.

En caso que "D" sea positiva, se revisará la siniestralidad (siniestros versus primas) de las coberturas de Salud, Dental y Catastrófico de las pólizas N° ° **281.091, 281.092, 281.093, 281.453, 281.556, 281.557, 281.558 y 281.693 en conjunto (siniestralidad siniestros pagados/prima neta pagada)** y en caso de que ésta supere el 80%, se rebajará del resultado de la DEF, el monto necesario para nivelar la siniestralidad al 80%, y dicha suma será cancelada al contratante.

En caso que "D" sea negativo, el resultado de la formula se arrastrará para el cálculo de la DEF del siguiente período anual de la póliza.

La liquidación de la presente cláusula, implica automáticamente el término de cualquier pago de siniestros incurridos en el período de vigencia de la póliza, terminando toda responsabilidad de la compañía.

N° 12: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá realizarse por correo electrónico, registrado para estos efectos en las Condiciones Particulares o certificados correspondientes, según sea el caso, la cual se

entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante, asegurado o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo el contratante, asegurado y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo de su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.

N° 13: UNIDAD MONETARIA

Tanto los montos asegurados como las primas, se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente la Unidad de Fomento.

N° 14: RESPONSABILIDADES

Del Contratante: El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del presente seguro colectivo.

De la Compañía y el Intermediario: La compañía y el Intermediario (en su caso), no podrán eximirse de sus obligaciones de asesoría, respecto de los asegurados individualmente considerados en la póliza respectiva.

Del asegurado: Por su parte, el asegurado que suscribe la propuesta o solicitud de ingreso a la póliza, declara expresamente que ha recibido oportuna y adecuadamente asesoría de parte de la Compañía Aseguradora, respecto de las coberturas y condiciones del contrato de seguro.

N° 15: CONSEJO DE AUTORREGULACIÓN

Vida Security se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página Web 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 Vida Security o a través de la página Web www.ddachile.cl.

N° 16: RETRACTO

El asegurado podrá retractarse de la contratación del presente seguro sin necesidad de expresión de causa, dentro del plazo de 35 días corridos contados desde la fecha en que el asegurado firme la solicitud de 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.

**“CONVERSIÓN PARA EL SEGURO COLECTIVO DE VIDA”
CONTRATANTE: COLBÚN ROL PRIVADO**

COBERTURA

- Cláusula opcional de derecho de conversión (Adicional a Póliza de Seguro Colectivo de Vida, código CAD 220131539 para cobertura de Vida.
- Riesgo cubierto:

En caso de exclusión de un asegurado titular vigente en la póliza de seguro colectivo por 12 meses ininterrumpidos (asegurado vigente al 31 de Julio de 2014) o 24 meses ininterrumpidos (asegurados con fecha de incorporación a contar del 1 de Agosto de 2014) en la póliza y en esta cobertura y que al momento de su incorporación en la póliza de seguro colectivo, haya sido menor de 55 años, tendrá derecho a solicitar su conversión, es decir, solicitar su incorporación a un seguro de Vida Temporal Individual manteniendo su continuidad en cuanto a sus condiciones de salud, y siempre que el asegurado titular no tengas gastos en S+C superiores a UF 100 acumulados por año en los últimos 24 meses, todo lo cual, sujeto a:

 1. El asegurado, deberá hacer su solicitud de conversión por escrito y pagar la prima correspondiente dentro del plazo de treinta (30) días a contar de la fecha de término de su vinculación con la entidad contratante.
 2. El capital asegurado del Seguro Individual, no podrá ser superior al último capital asegurado registrado en las Condiciones Particulares del Seguro Colectivo, para el asegurado que solicita la conversión, con un monto máximo asegurable en la nueva Póliza Individual de UF 2.500.-
 3. El derecho de conversión, alcanza a la cobertura de Vida y sus adicionales.
 4. El derecho de conversión termina al cumplir el asegurado los sesenta (60) años de edad.
 5. La conversión se entenderá sujeta a la condición que el asegurado no haya percibido beneficio alguno emanado de una cláusula adicional de pago anticipado del capital asegurado, en caso de haber sido contratada. Por otra parte, una vez ejercido el derecho de conversión, el asegurado ya no podrá percibir beneficio alguno emanado de esta póliza de seguro colectivo.
 6. Esta cobertura no regirá para asegurados que:
 - a. se excluyen de la póliza principal por causa de enfermedad,
 - b. discapacidad,
 - c. jubilación,
 - d. fraude o falta de probidad, o
 - e. que hayan estado ausentes de su trabajo por enfermedad durante el mes inmediatamente anterior a su salida de póliza.
 - f. Que a su ingreso a la póliza, hayan sido incluidos y/o tarificados como riesgos agravados.

La prima del seguro individual, será la que corresponda al producto de Vida Temporal de las Pólizas de Seguros Individuales que emite la compañía, atendida la actividad, cobertura y la edad del asegurado al momento de su conversión.