

POLIZA DE SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

N° 111-26-00019891

MAPFRE Seguros de Vida considerando :

La propuesta de seguro presentada por el contratante o la cotización efectuada por el asegurador y su aceptación por parte del contratante y con arreglo a las condiciones generales y particulares estipuladas e incorporadas a este contrato, conocidas y aceptadas por ambas partes, todo lo cual se considera parte integrante de la presente póliza, asegura a:

IDENTIFICACION DE LA POLIZA

Producto	: ACCIDENTES PERSONALES COL.	Período de Vigencia	:	
Sucursal	: ISIDORA GOYENECHEA	Desde las 00:00 hrs. del		01-03-2026
Corredor	: KEHR CORREDORES DE SEGUROS SPA	Hasta las 00:00 hrs. del		01-03-2027
RUT Corredor	: 78.010.589-5	Días	:	365

IDENTIFICACION DEL PROPONENTE

Proponente	: FUNDACION EDUCACIONAL COLEGIO BAUTI			
Dirección	: CAUPOLICAN 71			
Comuna	: TEMUCO	RUT Proponente	:	65.745.680-2
Ciudad	: CAUTIN			
Fono	: 990812044	Casilla	:	

IMPORTE

Moneda	: UNIDAD DE FOMENTO	Prima afecta	:	606,00
Monto asegurado	: 0,00	Prima exenta	:	0,00
		IVA	:	115,14
Comisión Corredor	: 181,80	Prima Total	:	721,14

CONDICIONES APLICABLES A ESTA POLIZA

- La presente Póliza cubre, de acuerdo a las Condiciones Particulares que se indican y a las Condiciones Especiales y Generales que se anexan, sólo aquellas coberturas contratadas por el aceptante; las cuales se especifican detalladamente.
- Para todos los efectos legales que emanen de la Presente Póliza de Seguro, las partes fijan Domicilio Especial en la ciudad y comuna de Santiago.
- El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.
- Esta póliza se deberá documentar o pagar antes del 23/04/2026

ISIDORA GOYENECHEA, 24 de MARZO de 2026
1112600019891.0.CRVICT1.1 Coaseguro Exento
Folio : 4075274



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

N° 111-26-00019891

IDENTIFICACION DEL ASEGURADO

Relación c/Proponente : .
 Asegurado : **FUNDACION EDUCACIONAL COLEGIO BAUTISTA**
 RUT : **65.745.680 -2** Fono : **990812044**
 Dirección : **CAUPOLICAN 71**
 Comuna : **TEMUCO** Ciudad : **CAUTIN**
 Nacionalidad : **CHILENA** Fecha de Nacim.: **01-01-2000** Sexo :
 Actividad : **PREKINDERGARTEN A 4º MEDIO**, Profesión : **ALUMNOS**
 Credito :
 Beneficiarios : **HEREDEROS LEGALES**

COBERTURAS PARA EL RIESGO Nº 1

Detalle	Monto Asegurado	Tasa	Prima Fija	Prima Neta
COBERTURA DESMEMBRAMIENTO	200.000,00	0,0900		18,00
COBERTURA INCAP.PERMANENT	200.000,00	0,0900		18,00
COBERTURA REEMBOLSO GTOS.	200.000,00	2,8500		570,00
TOTAL				606,00



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A

N° 111-26-00019891

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES EL RIESGO N°1

INFORMACION SOBRE PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular Nro. 1487 de julio de 2000, las Compañías de Seguros deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurados o beneficiarios, u otros legítimos interesados, como aquellos que la Superintendencia de Valores y Seguros le derive.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en la casa matriz y en todas las agencias, oficinas o sucursales de la Compañía en que se atienda público, personalmente, por correo o fax, sin formalidades, en el horario normal de atención y sin restricción de días u horarios especiales.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado por la Compañía de Seguros, o bien cuando exista demora injustificada en su respuesta podrá recurrir a la Superintendencia de Valores de Seguros, División de Atención y Educación al Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1.

Mapfre Seguros 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 Mapfre Seguros o a través de la página web www.ddachile.cl.

De acuerdo al artículo 542 del código de comercio, el asegurador gana irrevocablemente la prima desde el momento en que los riesgos comienzan a correr por su cuenta. Por tal razón, en el evento que la prima se pague en cuotas o sea



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A

N° 111-26-00019891

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES EL RIESGO N°1

documentada a plazo, queda expresamente convenido que la compañía de seguros podrá imputar al costo del seguro los gastos que genere la cobranza de dicha prima dividida en cuotas o documentada a plazo, incluyendo los gastos que generen los cobros a domicilio, los envíos de cartas de cobranza o de aviso de cancelación, los intereses por mora y todo otro costo devengado en el proceso de cobranza de la prima.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La compañía reembolsará al asegurado, los gastos de asistencia médica, farmacéuticos y hospitalarios en que éste incurra a consecuencia de un accidente, hasta el monto anual asegurado en este plan, siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él.

En este plan la compañía reembolsará los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios por accidente en forma posterior a responsabilidad correspondiente a Isapre o Fonasa, en caso de que el asegurado no cuente con sistema de salud o que no haga uso de su sistema salud, la compañía reembolsará el 50% de los gastos por evento.

NOTA: SE INCLUYE ANEXO RELATIVO AL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

ANEXO

(CIRCULAR N°2106 COMISION PARA EL MERCADO FINANCIERO)
PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS.

1. OBJETO DE LA LIQUIDACION

LA LIQUIDACION TIENE POR FIN ESTABLECER LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO, DETERMINAR SI EL SINIESTRO ESTA CUBIERTO EN LA POLIZA CONTRATADA EN UNA COMPAÑIA DE SEGUROS DETERMINADA, Y



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A

N° 111-26-00019891

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES EL RIESGO N°1

CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PERDIDA Y DE INDEMNIZACION A PAGAR. EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION ESTA SOMETIDO A LOS PRINCIPIOS DE CELERIDAD Y ECONOMIA PROCEDIMENTAL, DE TRANSPARENCIA Y ACCESO. 2. FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION LA LIQUIDACION PUEDE EFECTUARLA DIRECTAMENTE LA COMPAÑIA O ENCOMENDARLA A UN LIQUIDADOR DE SEGUROS. LA DECISION DEBE COMUNICARSE AL ASEGURADO DENTRO DEL PLAZO DE TRES DIAS HABILES CONTADOS DESDE LA FECHA DE LA DENUNCIA DEL SINIESTRO. 3. DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA EN CASO DE LA LIQUIDACION DIRECTA POR LA COMPAÑIA, EL ASEGURADO O BENEFICIARIO PUEDE Oponerse a ella, SOLICITANDOLE POR ESCRITO QUE DESIGNE UN LIQUIDADOR DE SEGUROS, DENTRO DEL PLAZO DE CINCO DIAS HABILES CONTADOS DESDE LA NOTIFICACION DE LA COMUNICACION DE LA COMPAÑIA DEBERA DESIGNAR AL LIQUIDADOR EN EL PLAZO DE DOS DIAS HABILES CONTADOS DESDE DICHA OPOSICION. 4. INFORMACIONAL AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES. EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑIA DEBERA INFORMAR AL ASEGURADO POR ESCRITO, EN FORMA SUFICIENTE, Y OPORTUNA, AL CORREO ELECTRONICO (INFORMADO EN LA DENUNCIA DEL SINIESTRO) O POR CARTA CERTIFICADA (AL DOMICILIO SEÑALADO EN LA DENUNCIA DEL SINIESTRO), DE LAS GESTIONES QUE LE CORRESPONDE REALIZAR, SOLICITAND O 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 CAUSAS, EVALUACION DEL RIESGO O EXTENSION DE LA COBERTURA, PODRA EL LIQUIDADOR ACTUANDO DE OFICIO O A PETICION DEL ASEGURADO, EMITIR UN PRE - INFORME DE LIQUIDACION SOBRE LA COBERTURA DEL SINIESTRO Y EL MONTO DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS, EL QUE DEBERA PONERSE EN CONOCIMIENTO DE LOS INTERESADOS. EL ASEGURADO O LA COMPAÑIA PODRA N HACER OBSERVACIONES POR ESCRITO AL PRE - INFORME DENTRO DEL PLAZO DE CINCO DIAS HABILES DESDE SU CONOCIMIENTO. 6. PLAZO DE LIQUIDACION DENTRO DEL MAS BREVE PLAZO NO PUDIENDO EXCEDER DE 45 DIAS CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO, A EXCEPCION DE: A) SINIESTROS QUE CORRESPONDAN A SEGUROS INDIVIDUALES SOBRE RIESGOS DEL PRIMER GRUPO CUYA PRIMA ANUAL SEA SUPERIOR A 100 UF: 90 DIAS CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO B) SINIESTROS MARITIMOS QUE AFECTEN A LOS CASCOS O EN CASO DE AVERIA



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A

N° 111-26-00019891

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES EL RIESGO N°1

GRUESA: 180 DIAS CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO
7. PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION LOS PLAZOS ANTES SEÑALADOS PODRAN, EXCEPCIONALMENTE SIEMPRE QUE LAS CIRCUNSTANCIAS LO AMERITEN, PRORROGARSE, SUCESIVAMENTE POR IGUALES PERIODOS, INFORMANDO LOS MOTIVOS QUE LA FUNDAMENTEN E INDICANDO LAS GESTIONES CONCRETAS Y ESPECIFICAS QUE SE REALIZARAN LO QUE DEBERA COMUNICARSE AL ASEGURADO Y A LA SUPERINTENDENCIA, PUDIENDO ESTA ULTIMA DEJAR SIN EFECTO LA AMPLIACION, EN CASOS CALIFICADOS, Y FIJAR UN PLAZO PARA ENTREGA DEL INFORME DE LIQUIDACION. NO PODRA SER MOTIVO DE PRORROGA LA SOLICITUD DE NUEVOS ANTECEDENTES CUYO REQUERIMIENTO PUDO PREVERSE CON ANTERIORIDAD, SALVO QUE SE INDIQUEN LAS RAZONES QUE JUSTIFIQUEN LA FALTA DE REQUERIMIENTOS, NI PODRAN PRORROGARSE LOS SINIESTROS EN QUE NO HAYA EXISTIDO GESTION ALGUNA DEL LIQUIDADOR REGISTRADO O DIRECTO. 8. INFORME FINAL DE LIQUIDACION : EL INFORME FINAL DE LIQUIDACION DEBERA REMITIRSE AL ASEGURADO Y SIMULTANEAMENTE AL ASEGURADOR, CUANDO CORRESPONDA, Y DEBERA CONTENER NECESARIAMENTE LA TRANSCRIPCION INTEGRAL DE LOS ARTICULOS 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). 9. IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION RECIBIDO EL INFORME DE LIQUIDACION, LA COMPAÑIA Y EL ASEGURADO DISPONDRAN DE UN PLAZO DE DIEZ DIAS HABILES PARA IMPUGNARLA. EN CASO DE LIQUIDACION DIRECTA POR LA COMPAÑIA, ESTE DERECHO SOLO LO TENDRA EL ASEGURADO. IMPUGNANDO EL INFORME, EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑIA DISPONDRA DE UN PLAZO DE 6 DIAS HABILES PARA RESPONDER LA IMPUGNACION.

.
ANEXO

.
INFORMACION SOBRE PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS. EN VIRTUD DE LA CIRCULAR N° 2131 DE 28 DE NOVIEMBRE DE 2013, LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS, CORREDORES DE SEGUROS Y LIQUIDADORES DE SINIESTROS, DEBERAN RECIBIR, REGISTRAR Y RESPONDER TODAS LAS PRESENTACIONES, CONSULTAS O RECLAMOS QUE SE LES PRESENTEN DIRECTAMENTE POR EL CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIOS O LEGITIMOS INTERESADOS O SUS MANDATARIOS.

.
LAS PRESENTACIONES PUEDEN SER EFECTUADA EN TODAS LAS



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A

N° 111-26-00019891

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES EL RIESGO N°1

OFICINAS DE LAS ENTIDADES EN QUE SE ATIENDA PUBLICO, PRESENCIALMENTE, POR CORREO POSTAL, MEDIOS ELECTRONICOS, O TELEFONICAMENTE, SIN FORMALIDADES, EN EL HORARIO NORMAL DE ATENCION.

RECIBIDA UNA PRESENTACION, CONSULTA O RECLAMO, ESTA DEBERA SER RESPONDIDA EN EL PLAZO MAS BREVE POSIBLE, EL QUE NO PODRA EXCEDER DE 20 DIAS HABILES CONTADOS DESDE SU RECEPCION.

EL INTERESADO, EN CASO DE DISCONFORMIDAD RESPECTO DE LO INFORMADO, O BIEN CUANDO EXISTA DEMORA INJUSTIFICADA DE LA RESPUESTA, PODRA RECURRIR A LA COMISION PARA EL MERCADO FINANCIERO, AREA DE PROTECCION AL INVERSIONISTA Y ASEGURADO, CUYAS OFICINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 1449, PISO 1º, SANTIAGO, O A TRAVES DEL SITIO WEB WWW.CMFCHILE.CL.

ACTIVIDAD DEL RIESGO

Categoría 1: Trabajos administrativos

"Seleccionar esta opción si el 80% del grupo asegurado realiza actividades como: DIRECTIVOS DE EMPRESA, EMPLEADOS DE OFICINAS, PROFESIONALES DE ASESORIAS, AGENTES COMERCIALES, COMERCIO, RESTAURANTES, HOTELERIA, REPARACIONES E INSTALACIONES DOMICILIARIAS, MANTENIMIENTO DE EDIFICIOS DESTINADOS A VIVIENDAS, OFICINAS, COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE DE ÁMBITO URBANO, OPERARIOS LIVIANOS, PERSONAL DE PRODUCCIÓN Y MANTENIMIENTO EN CUALQUIER TIPO DE FÁBRICA O TALLER."



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A

N° 111-26-00019891

HOJA ANEXA

.
. .
COTIZACION DE SEGURO
. .
ACCIDENTES PERSONALES
. .
ANTECEDENTES DEL CONTRATANTE
. .
CONTRATANTE: FUNDACION EDUCACIONAL COLEGIO BAUTISTA DE
TEMUCO RUT: 65.745.680 - 2
VIGENCIA: ANUAL
. .
-
. .
MATERIA ASEGURADA
. .
SE OTORGA COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL INNOMINADA, LAS
24 HORAS DEL DIA A LOS 1.000 ALUMNOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.
LOS ASEGURADOS DEBEN ENCONTRARSE CON MATRICULA VIGENTE O
TENER ALGUN DOCUMENTO QUE RESPALDE EL VINCULO QUE TIENEN
CON EL COLEGIO.
. .
COBERTURA, CAPITAL Y PRIMAS ANUALES POR ASEGURADO
. .
COBERTURA CAPITAL UF - TASA DEL PERIODO %
. .
ITP 2 / 3 - 200 - 0,09% 1000 CATIDAD RIESGO CAP 200.000 TOTAL ASEGURADOS
. .
DESMEMBRAMIENTO - 200 - 0,09% 1000 CATIDAD RIESGO CAP 200.000 TOTAL ASEGURADOS
. .
REEMBOLSO GASTOS MEDICO - 200- 2,85% 1000 CATIDAD RIESGO CAP 200.000 TOTAL
ASEGURADOS .
. .
. .
CUMULO
. .
SE ESTABLECE UN LIMITE GENERAL DE INDEMNIZACION DE UF40.000
POR EVENTO Y UF 80.000 POR VIGENCIA.
. .
COBERTURAS
. .
SE CUBRE DE ACUERDO A CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA DE
ACCIDENTES PERSONALES SEGUN POL320131474 DE LA C.M.F.



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

N° 111-26-00019891

HOJA ANEXA

COBERTURA POR INCAPACIDAD PERMANENTE DOS TERCIOS EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA LA COMPAÑIA PAGARA 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 POLIZA CUBRE EL RIESGO DE INCAPACIDAD PERMANENTE DOS TERCIOS (2 / 3) SIEMPRE QUE TALES CONSECUENCIAS SE MANIFIESTEN DENTRO DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE. PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD PERMANENTE DOS TERCIOS, LA PERDIDA IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA, A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE, DE A LO MENOS DOS TERCIOS (2 / 3) DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO DEL ASEGURADO, QUE DEBERA SER DETERMINADA POR LA COMPAÑIA CONFORME A LAS PRUEBAS PRESENTADAS Y EXAMENES REQUERIDOS. SERA OBLIGACION DEL ASEGURADO, PROPORCIONAR A LA COMPAÑIA TODOS LOS ANTECEDENTES MEDICOS Y EXAMENES QUE OBREN EN SU PODER, AUTORIZAR A LA COMPAÑIA PARA REQUERIR DE SUS MEDICOS TRATANTES TODOS LOS ANTECEDENTES QUE ELLOS POSEAN Y DAR LAS FACILIDADES Y SOMETERSE A LOS EXAMENES Y PRUEBAS QUE LA COMPAÑIA SOLICITE PARA EFECTOS DE DETERMINAR Y VERIFICAR LA EFECTIVIDAD DE LA INCAPACIDAD CUBIERTA POR LA POLIZA. EL COSTO DE ESTOS EXAMENES SERA DE CARGO DE LA COMPAÑIA. LA COMPAÑIA DETERMINARA EN UN PLAZO MAXIMO DE CUARENTA Y CINCO (45) DIAS, CONTADOS DESDE LA FECHA EN QUE CONSTE LA PRESENTACION DE LA ULTIMA INFORMACION REQUERIDA, SI SE HA PRODUCIDO LA INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS (2 / 3) DE UN ASEGURADO, CONFORME A LAS PRUEBAS PRESENTADAS Y LOS EXAMENES REQUERIDOS, EN SU CASO. LA DECLARACION DE INVALIDEZ DEL ASEGURADO DE ALGUN ORGANISMO PREVISIONAL O LEGAL, SOLO TENDRA PARA LA COMPAÑIA UN VALOR MERAMENTE INFORMATIVO. DURANTE EL PERIODO DE EVALUACION, Y HASTA QUE PROCEDA EL PAGO DEFINITIVO DE LA INDEMNIZACION, EL CONTRATANTE DEL SEGURO DEBERA CONTINUAR PAGANDO LAS PRIMAS A OBJETO DE MANTENER VIGENTES LAS DEMAS COBERTURAS DE ESTA POLIZA. SI EN DEFINITIVA PROCEDE EL PAGO DE LA INDEMNIZACION, LA COMPAÑIA PAGARA EL MONTO ASEGURADO Y DEVOLVERA LAS PRIMAS PAGADAS POR ESTA COBERTURA DESDE EL MES SIGUIENTE DE LA REFERIDA DECLARACION DE INCAPACIDAD, SIEMPRE QUE NO EXISTAN CUOTAS ATRASADAS, EN CUYO CASO SERAN 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 INDEMNIZACION CON CARGO A OTRA COBERTURA CONTRATADA, LA



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

N° 111-26-00019891

HOJA ANEXA

COMPañIA DEDUCIRA DE LA INDEMNIZACION EL IMPORTE TOTAL DE LO YA PAGADO POR EL MISMO ACCIDENTE.

COBERTURA POR DESMEMBRAMIENTO

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA LA COMPañIA PAGARA AL ASEGURADO EL MONTO ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, CUANDO SE PRODUZCA CUALQUIERA DE LAS PERDIDAS QUE A CONTINUACION SE INDICAN: 1. 100% EN CASO DE PERDIDA TOTAL DE LA VISION 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; 2. 50% POR LA PERDIDA 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 OIDOS, O POR LA PERDIDA DEL HABLA; 3. 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; 4. 35% POR LA PERDIDA TOTAL DE LA VISION DE UN OJO; 5. 25% POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OIDO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERA TENIDO SORDERA COMPLETA DEL OTRO, ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO; 6. 20% POR LA PERDIDA TOTAL DEL PULGAR DE UNA MANO; 7. 15% POR LA SORDERA TOTAL COMPLETA DE UN OIDO; 8. 5% POR LA PERDIDA TOTAL DE CUALQUIERA DE LOS DEMAS DEDOS DE LA MANO; 9. 3% POR LA PERDIDA TOTAL DE UN DEDO DEL PIE. LA RIESGO N° 210 / 26010164 1 / SANCHEZ BONILLA WILSON / POLIZA CUBRE EL RIESGO DE DESMEMBRAMIENTO SIEMPRE QUE TALES CONSECUENCIAS SE MANIFIESTEN DENTRO DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE. SE ENTENDERA POR PERDIDA TOTAL LA ELIMINACION DEFINITIVA DE UN MIEMBRO DEL ORGANISMO AL CUAL PERTENECE. LA PERDIDA FUNCIONAL TOTAL, ES DECIR LA AUSENCIA DEFINITIVA, IRREVERSIBLE Y TOTAL DE LA CAPACIDAD DE FUNCION O FISIOLOGIA DEL O LOS ORGANOS AFECTADOS, PUDIENDO O NO ESTAR IMPLICADO EL ASPECTO ANATOMICO DEL MIEMBRO COMPROMETIDO, SE CONSIDERARA PERDIDA TOTAL PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA. EN EL CASO DE OCURRIR MAS DE UN SINIESTRO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, LOS PORCENTAJES A INDEMNIZAR SE CALCULARAN EN BASE AL MONTO ASEGURADO Y NO AL SALDO DE ESTE, DESPUES DE HABER EFECTUADO OTROS PAGOS. SIN EMBARGO, EL TOTAL DE INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE DESMEMBRAMIENTOS POR UNO O MAS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA DE ESTA POLIZA, NO PODRA, EN NINGUN CASO, EXCEDER DEL 100% DEL MONTO ASEGURADO PARA ESTA COBERTURA.



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

N° 111-26-00019891

HOJA ANEXA

COBERTURA POR REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA LA COMPAÑIA REEMBOLSARA AL ASEGURADO, HASTA EL MONTO MAXIMO SEÑALADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, POR LOS GASTOS MEDICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS, QUE SEAN CONSECUENCIA INMEDIATA Y DIRECTA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA. LA POLIZA CUBRE LOS GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE SIEMPRE QUE SEAN PRODUCTO DE ATENCIONES PRESTADAS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS DENTRO DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE. SERA CONDICION NECESARIA PARA PROCEDER AL REEMBOLSO, LA PRESENTACION POR PARTE DEL ASEGURADO, DE LAS BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES COMPROBATORIAS DE LOS GASTOS EFECTUADOS. EN CASO QUE EL ASEGURADO TUVIESE BENEFICIOS DE ALGUNA INSTITUCION DE SALUD ESTATAL, PRIVADA Y / O BIENESTAR, DEBERA HACER USO DE ELLOS PREVIAMENTE. EN ESE EVENTO, NO SERA EXIGIBLE LA PRESENTACION DE BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES, BASTANDO QUE SE PRESENTAN DOCUMENTOS COMPROBATORIOS DE LOS BENEFICIOS PERCIBIDOS Y DEL REAL GASTO INCURRIDO POR EL ASEGURADO. EN ESTOS CASOS SOLO SERAN REEMBOLSADOS LOS GASTOS QUE REALMENTE SEAN DE CARGO DEL ASEGURADO. SE DEJA CONSTANCIA QUE LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE OPERA EN EXCESO DE ISAPRE O FONASA Y DE CUALQUIER OTRO SEGURO CONTRATADO POR EL ASEGURADO EN FORMA PARTICULAR.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE AFILIADO A UNA ISAPRE O FONASA, O EL GASTO SEA RECHAZADO O NO CUBIERTO, LA COMPAÑIA REEMBOLSARA HASTA EL 70% DE LA PRESTACION MEDICA Y / O GASTOS MEDICOS.

EL AMBITO DE COBERTURA DE LA POLIZA ES MUNDIAL, CON EXCEPCION DE LOS PAISES DEL LISTADO OFAC. LOS GASTOS EN EL EXTRANJERO, SERAN REEMBOLSADOS HASTA EL 50% EN CASO DE NO TENER BONIFICACION DE PRIMERA CAPA.

PARA LOS ALUMNOS QUE SEAN EXTRANJEROS Y QUE NO TENGAN SISTEMA PREVISIONAL EN EL PAIS, LA COMPAÑIA REEMBOLSARA HASTA EL 70% DE LA PRESTACION MEDICA Y / O GASTOS MEDICOS.

EL SERVICIO DE AMBULANCIA SE DESCONTARA DEL CAPITAL ASEGURADO CORRESPONDIENTE A RGM Y CUBRIRA HASTA EL TOPE CONTRATADO POR ASEGURADO.

REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS DENTALES. LA COMPAÑIA



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

N° 111-26-00019891

HOJA ANEXA

REEMBOLSARA LOS GASTOS MEDICOS DENTALES PRODUCIDOS POR UN ACCIDENTE CON UN TOPE DE UF 50 POR VIGENCIA ANUAL.

CONVENIO DE PRIMERA ATENCION DE URGENCIA CLINICA ALEMANA DE TEMUCO, VIA ORDEN DE ATENCION ENTREGADA POR EL COLEGIO.

DENUNCIA DE SINIESTROS Y REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS SE DEBEN ENVIAR DENTRO DE UN PLAZO MAXIMO DE 90 DIAS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE AL EMAIL DENUNCIASVIDA@MAPFRE.CL EL FORMULARIO DE DENUNCIA, COPIA DEL CI DEL ALUMNO Y TODOS LOS GASTOS EN LOS CUALES INCURRIO, YA REBAJADA LA BONIFICACION DE LA ISAPRE O FONASA Y OTROS SEGUROS INDIVIDUALES. LA COMPAÑIA TIENE UN PLAZO MAXIMO DE 45 DIAS CORRIDOS PARA LIQUIDAR EL SINIESTRO.

FONDO DE LIBRE DISPOSICION POR ACCIDENTES: SE ESTABLECE UN FONDO DE LIBRE DISPOSICION GRATUITO DE UF 300 PARA REEMBOLSOS DE GASTOS MEDICOS DE FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE, EN EXCESO DE ISAPRE O FONASA Y OTRO SISTEMA DE SALUD INDIVIDUAL.

INCLUSION, EXCLUSION Y MODIFICACION DE ASEGURADOS PARA MANTENER ACTUALIZADA LA NOMINA DE ASEGURADOS CUBIERTOS, EL CONTRATANTE ENVIARA POR ESCRITO AL ASEGURADOR Y ANTES DEL DIA 20 DE CADA MES, LAS SOLICITUDES DE INCLUSION, EXCLUSION O MODIFICACION DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS ASEGURADOS YA EXISTENTES EN LA NOMINA. PARA LA INCLUSION DE ASEGURADOS, EL CONTRATANTE INDICARA LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES PARA CADA ASEGURADO: NOMBRE, RUT Y FECHA DE NACIMIENTO. FECHA DE INCLUSION.

PARA LA EXCLUSION DE ASEGURADOS, EL CONTRATANTE DEBERA INDICAR EL NOMBRE COMPLETO Y RUT DEL ASEGURADO QUE SERA ELIMINADO DE LA POLIZA, PONIENDOSE FIN A SU COBERTURA A PARTIR DE LA FECHA DE SOLICITUD POR PARTE DEL CONTRATANTE. EN CASO QUE CUYA FECHA SEA RETROACTIVA SE RESPETARA SIEMPRE Y CUANDO EL PAGO DE LAS PRIMAS ESTE AL DIA, DE LO CONTRARIO, ESTA REGIRA A PARTIR DEL PRIMERO DEL MES SIGUIENTE, AL MES DE RECEPCION DE LA EXCLUSION POR PARTE DEL ASEGURADOR. PARA LA MODIFICACION DE LAS CARACTERISTICAS DE UN ASEGURADO, EL CONTRATANTE DEBERA INDICAR EL NOMBRE COMPLETO, RUT Y LA MODIFICACION SOLICITADA. ESTA MODIFICACION REGIRA A PARTIR DE LA FECHA DE SOLICITUD POR PARTE DEL CONTRATANTE. EN CASO DE NO INDICAR FECHA, ESTA REGIRA A PARTIR DE LA FECHA DE



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

N° 111-26-00019891

HOJA ANEXA

RECEPCION DE LA MODIFICACION POR PARTE DEL ASEGURADOR. SE DEJA CONSTANCIA, QUE LA COBRANZA DE LAS PRIMAS SE EFECTUARA EN FUNCION DE LOS MOVIMIENTOS Y / O MODIFICACIONES A LAS CARACTERISTICAS DE LOS ASEGURADOS VIGENTES, POR CONSIGUIENTE, LAS DIFERENCIAS QUE SE GENEREN SE REFLEJARAN EN LA COBRANZA DEL MES SIGUIENTE. EL INGRESO DE NUEVOS ASEGURADOS LO PODRAN REALIZAR DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, SOLO 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 RENOVACION DE LA POLIZA, NO LO PODRAN HACER HASTA EL ANIVERSARIO SIGUIENTE.

ADICIONALES

SE DEJA CONSTANCIA QUE SE OTORGARAN LAS SIGUIENTES COBERTURAS ADICIONALES: TERREMOTO, MOVIMIENTOS SISMICOS CUALQUIERA SEA SU GRADO Y TSUNAMI. NEGLIGENCIA O IMPRUDENCIA LEVE.

DEPORTES BASICOS.

ASALTO Y HOMICIDIO.

MOTOCICLISMO, SEA EN CALIDAD DE CONDUCTOR O PASAJERO Y ADEMAS EL USO DE MOTONETAS, MOTO - FURGONETAS O VEHICULOS 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 DEMOSTRACION ATLETICA O DEPORTIVA QUE NO SE PREMIE CON DINERO. EQUITACION O RODEO PRACTICADOS COMO DEPORTES. SE OTORGA COBERTURA DE CONGELAMIENTO Y / O INSOLACION A LOS ASEGURADOS QUE OCASIONALMENTE QUEDEN EXPUESTOS A UN FACTOR CLIMATICO ADVERSO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE. SE CUBREN LOS VIAJES AEREOS EN VUELOS NO REGULARES: ESTAN CUBIERTOS LOS VUELOS EN AERONAVES PRIVADAS / CORPORATIVAS CON ALA FIJA Y HELICOPTEROS PARA TRANSPORTE EJECUTIVO, SIEMPRE QUE HAYAN SIDO FABRICAS EN LOS ULTIMOS 20 AÑOS. LOS VUELOS DEBERAN SER REALIZADOS ENTRE AEROPUERTOS TERRESTRES LEGALMENTE ESTABLECIDOS. QUEDAN EXCLUIDOS LOS VUELOS EN ROTOR CRAFT, VEHICULOS AEREOS DE PRUEBA, NAVES INDUSTRIALES PARA AUXILIO Y RESCATE, MILITARES O SIMILARES, Y LA UTILIZACION DE CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE AEREO QUE NO ESTE REGISTRADO PARA REALIZAR EL TRANSPORTE COMERCIAL DE



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

N° 111-26-00019891

HOJA ANEXA

PASAJEROS. PILOTOS Y TRIPULACION NO ESTARAN CUBIERTOS Y DEBEN TENER, EL MAXIMO DE 65 AÑOS DE EDAD, CASO CONTRARIO LOS PASAJEROS NO ESTARAN CUBIERTOS. LOS CUMULOS POR EVENTO Y POR AÑO QUEDARAN 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 INTERVENCION DEL ASEGURADO EN DICHS ACTOS. SE HA GESTIONADO UN CONVENIO CON CLINICA ALEMANA DE TEMUCO.

CONDICIONES DE SUSCRIPCION

RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE: EL CONTRATANTE ASUME LAS RESPONSABILIDADES QUE EMANEN DE SU ACTUACION COMO CONTRATANTE DEL PRESENTE SEGURO COLECTIVO. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDAS EN LA POLIZA DE PARTE DE UN ASEGURADO NO DARA DERECHO, EN NINGUN CASO, AL PAGO DE ALGUN SINIESTRO CUBIERTO POR ESTE CONTRATO. EL PAGO DE UN SINIESTRO, SE REALIZARA A QUIEN SE SEÑALE EN LA POLIZA SUSCRITA. EDAD MINIMA DE INGRESO 2 AÑOS EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA 25 AÑOS.

MODALIDAD DE PAGO:

CONTADO : SIN INTERES. CREDITO : 1, 3, 4, 6, 10 CUOTAS IGUALES Y CONSECUTIVAS SIN INTERES.

.
. .
. . .
. . . .



p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

NOMBRE : FUNDACION EDUCACIONAL COLEGIO BAUTISTA
Nº DE AVISO : 210088616
DOMICILIO : CAUPOLICAN 71
TEMUCO



MAPFRE COMPAÑIA DE SEGUROS GENERALES DE CHILE SA.

FECHA DE EMISION

24 de Marzo de 2026

RUT

65.745.680-2

Nº DE AVISO

210088616

Pago en Linea de Clientes

WWW.MAPFRE.CL

OPCIONES DE PAGO

SERVIPAG
SENCILLITO (MAPFRE SEGUROS GENERALES)
BANCO BBVA
BANCO DE CHILE
BANCO SANTANDER SANTIAGO
BANCO DE CREDITO E INVERSIONES

SUS CORREDORES

KEHR CORREDORES DE SEGUROS SPA

SEGURO

Nº POLIZA

RECIBO

VALOR CUOTA

ACCIDENTES PERSONA 1112600019891 0 01/10 72,11

ZONA METROPOLITANA

LAS CONDES, Isidora Goyenechea 3520
SANTIAGO CENTRO, Teatinos 280, 1ºPiso
PROVIDENCIA, Eliodoro Yáñez 1544
LA REINA, Príncipe de Gales 6760
LA FLORIDA, Av. Vicuña Mackenna Poniente 6118
MAIPÚ, 5 de Abril 0430, esquina Loma Blanca

ZONA NORTE

IQUIQUE, San Martín 140
ANTOFAGASTA, San Martín 2331
COPIAPO, Los Carrera 311, Local1
LA SERENA, Balmaceda 1390
QUILLOTA, La Concepción 469-473
VIÑA DEL MAR, 6 Norte 650
VALPARAISO, General Cruz 151 L2
LA CALERA Jose Joaquín Pérez 99, L2
CON CON Paseo del Alto Concon Loc7 P.1

ZONA SUR

RANCAGUA, Campos 648
SANTACRUZ Plaza de Armas 140 Of. 5
TALCA, Tres Oriente 1327
CHILLÁN, Libertad 744
CURICÓ, Estado 191
CONCEPCIÓN, Cochrane 770
LOS ANGELES, Colo Colo 698
TEMUCO, Torremolinos 406
Centro Comercial Plaza Alemania II
VALDIVIA, Av Camilo Henríquez 232
OSORNO, Amthauer 991
PUERTO MONTT, Santa María 739
VILLARRICA Valentin Letelier 768 Of 102
PUNTA ARENAS, Roca 817 of.22
COYHAIQUE 21 de Mayo 548
PUERTO NATALES Esmeralda 672

AVISO DE PAGO :

TOTAL A PAGAR

UF

72,11

Si la fecha de vencimiento de este aviso es un día sábado, domingo o festivo, el plazo se proroga al día hábil siguiente. El hecho de no recibirlo, no podrá ser invocado como causal de no pago. Si a la fecha de recepción del presente aviso usted ya pagó, agradeceremos no considerarlo.

ESTE AVISO NO GENERARA FACTURA, SI UD ESTA SUJETO DE IVA , CONTACTENOS AL 600-700-4000(SI24)

MONTO PAGADO

RUT

65.745.680-2

Nº DE AVISO :

210088616

FECHA DE PAGO :

PAGAR HASTA :

01/04/2026



MAPFRE COMPAÑIA DE SEGUROS GENERALES DE CHILE SA.

TOTAL A PAGAR :

UF

72,11

MONTO PAGADO :



210088616910072110657456804
BCH0843 BCI837 STD6501 SERV21610 BBVA00931