

CONDICIONES PARTICULARES
POLIZA DE SEGURO COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

Help Seguros de Vida S.A., en consideración a la Solicitud de Incorporación presentada por **UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE** (en adelante el "Contratante") y del asegurado, la Declaración Personal de Salud del asegurado, la cotización 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:

Nº de Póliza	Inicio Vigencia	Término Vigencia
10469	01 de diciembre de 2025	30 de noviembre de 2026

Contratante	
Nombre	: UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
RUT	: 60.911.000-7
Dirección	: AV. LIBERTADOR BERNADO O'HIGGINS 3363
Comuna	: ESTACION CENTRAL
Ciudad	: SANTIAGO
Región	: METROPOLITANA

Grupo Asegurado	
Nombre	: SERVICIO DE BIENESTAR DEL PERSONAL USACH Y PENSIONADOS

Coberturas	Póliza Registrada	Capital Asegurado (UF)	Tasa Neta Mensual (%)
Vida (Fallecimiento)	POL 2 2014 0357	510	0,065882
Muerte Accidental	CAD 2 2014 0363	510	0,003922
Invalidez Total y Permanente 2/3 (ITP 2/3)	CAD 2 2014 0358	510	0,020431

Coberturas	Póliza Registrada	Capital Asegurado (UF)	Tasa Neta Mensual (%)
Vida (Fallecimiento)	POL 2 2014 0357	1010	0,066139
Muerte Accidental	CAD 2 2014 0363	1010	0,004158
Invalidez Total y Permanente 2/3 (ITP 2/3)	CAD 2 2014 0358	1010	0,020467

Datos de Cobranza	
Periodicidad de Pago	: MENSUAL
Tipo de Cobranza	: VENCIDA
Fecha Corte Altas y Bajas	: Hasta el día 10 o hábil anterior de cada mes
Envío de Cobranza	: Día 17 de cada mes
Día de Pago	: Dentro de los primeros 30 días una vez recibida la factura.
Moneda	: UF, en pesos al valor de la unidad de fomento correspondiente al día 09 del mes de cobertura en cobro.

Datos Facturación	
Nombre	: UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
RUT	: 60.911.000-7
Dirección	: AV. LIBERTADOR BERNADO O'HIGGINS 3363
Comuna	: ESTACION CENTRAL
Ciudad	: SANTIAGO
Región	: METROPOLITANA
Tipo Facturación	: ANTICIPADA CON ORDEN DE COMPRA

Intermediario	
Nombre	: FR GROUP CORREDORES DE SEGUROS
RUT	: 79.619.240-2
Comisión	: 10% de la prima neta recaudada más IVA

CONDICIONES PARTICULARES

Artículo N°1: Primas y Efecto del No Pago de Primas.

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

Coberturas Personal USACH y Pensionados	Capital Asegurado (UF)	Tasa Neta Mensual (%)	IVA	Tasa Bruta Mensual (%)
Vida (Fallecimiento)	510	0,065882	0,000000	0,065882
Muerte Accidental	510	0,003922	0,000000	0,003922
Invalidez Total y Permanente 2/3 (ITP 2/3)	510	0,020431	0,003882	0,024313

C Coberturas Personal USACH y Pensionados	Capital Asegurado (UF)	Tasa Neta Mensual (%)	IVA	Tasa Bruta Mensual (%)
Vida (Fallecimiento)	1010	0,066139	0,000000	0,066139
Muerte Accidental	1010	0,004158	0,000000	0,004158
Invalidez Total y Permanente 2/3 (ITP 2/3)	1010	0,020467	0,003889	0,024356

Pago de Prima:

- a) La prima respectiva deberá ser pagada en forma mensual dentro de los 30 primeros días del mes siguiente a recibida la factura respectiva.
- b) 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.
- c) La cobranza se efectuará en forma mensual en base a la información de los asegurados titulares y cargas actualizadas, remitida por el Contratante.
- d) 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.
- e) 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 caso de factura anticipada o día de pago en caja en caso de factura post pago).

Modalidad de Financiamiento:

- **Modalidad No Contributoria:** BIENESTAR 0% - AFILIADO 100%

Artículo N°2: Requisitos de Asegurabilidad

1. Podrán ingresar al seguro:
 - a) Todos los trabajadores con contrato indefinido en la entidad contratante y que desempeñan activamente funciones propias de sus cargos.
 - b) Todos los nuevos trabajadores 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.

2. No podrán ingresar a la póliza, los asegurados que superen las siguientes edades máximas:

Cobertura	Edad Máxima de Ingreso (hasta)	Edad Máxima de Permanencia (cumpliendo)
Vida (Fallecimiento)	69 años	75 años
Muerte Accidental	64 años	70 años
Invalidez Total y Permanente 2/3 (ITP 2/3)	64 años	65 años

3. Cumpliendo con los requisitos anteriormente señalados, los asegurados deberán optar al seguro dentro de un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha que califican para ingresar a la póliza (es decir, dentro de los 30 días siguientes de la fecha de inicio de su contrato, para el caso de los asegurables titulares) y su vigencia regirá el día primero del mes siguiente a la fecha de la recepción de la solicitud. En caso de que no se incorporen en la fecha definida en la póliza, no podrán ser incluidos hasta una nueva anualidad de la póliza.
4. Todos los nuevos asegurados deberán completar como mínimo el formulario de "Solicitud de Incorporación" al seguro dentro de los 30 días siguientes a la fecha que califican para ingresar a la póliza e indicar en éste sus preexistencias.
5. Para el caso de la cobertura de Vida y Muerte Accidental, de acuerdo al artículo 589 del Código de Comercio, todo asegurado debe entregar firmada una solicitud de seguro donde conste su consentimiento escrito respecto de la cobertura y monto asegurado, su aceptación a la incorporación en la póliza colectiva, además de designar a sus beneficiarios en caso de fallecimiento. Ello se hará en documento tipo entregado por la Compañía para que sea llenado por cada asegurado.

Artículo N° 3: Beneficiarios por Cobertura

Cobertura	Beneficiarios
Vida (Fallecimiento)	Beneficiarios Designados *
Muerte Accidental	Beneficiarios Designados *
Invalidez Total y Permanente 2/3	Asegurado

* A falta de designación expresa del beneficiario, se entenderá que son beneficiarios los herederos legales del asegurado según posesión efectiva.

Tabla de Requisitos Seguro de Vida

Límite de cobertura automática para esta póliza: UF 1.500

Capital Asegurado (UF)	0 – 45 años	46 – 55 años	56 o más
0 - 1500	Formulario de Incorporación	Formulario de Incorporación	Formulario de Incorporación
1501 - 4000	A	A	A
4000,1 - 6000	A	B	C
6000,1 - 20000	C	C	C

Aclaraciones:

- A Declaración de Salud Simple (DPS)
- B Examen Médico + Prueba VIH (Opcional para el cliente, no se debe exigir) + Análisis de Orina + Análisis de Sangre (Glicemia, Colesterol Total, Colesterol HDL, Triglicéridos, Creatinina, Ácido Úrico, Nitrógeno Ureico, GOT/ASAT, GPT/ALAT, GGT, Albúmina, Fosfatasas Alcalinas, Bilirrubina total)
- C B + ECG

Para todos los casos se requerirán antecedentes adicionales según lo amerite la Declaración Personal de Salud. DPS, y/o los exámenes médicos y de laboratorio y/o conocimiento que tenga la Compañía de la historia del proponente.

Artículo N° 4: Indemnización 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 la liquidación del siniestro. Queda entendido que al requerirse antecedentes de salud o judiciales a agentes externos a la compañía aseguradora y al contratante, dichos requerimientos pueden no ser cumplidos con la velocidad que se espera por las partes.

Artículo N° 5: Carencia

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

Artículo N° 6: Información para la incorporación, exclusión y modificación de asegurados

No se aceptarán y no se realizarán incorporaciones y exclusiones con fechas retroactivas.

Es obligación del Contratante mantener actualizada la nómina de asegurados. Por consiguiente, el Contratante deberá enviar a la Compañía la nómina total de asegurados con todas las incorporaciones, exclusiones y modificaciones de las nóminas vigentes antes del día 10 de cada mes, o en su defecto el día hábil anterior, con el objeto de verlos reflejados en el próximo reporte de cobranza.

Dicha incorporación, exclusión o modificación comenzará a regir desde el primer día del mes siguiente a la recepción de la carta por parte de la Compañía.

Para la exclusión, el Contratante deberá indicar el nombre completo y RUT de la persona excluida del seguro.

Artículo N° 7: Exclusiones

- **Exclusiones cobertura Fallecimiento:** Son aquellas detalladas en el artículo N°3 de las Condiciones Generales ([POL 2 2014 0357](#))
- **Exclusiones cobertura Muerte Accidental:** Son aquellas detalladas en el artículo N°3 de la Cláusula Adicional ([CAD 2 2014 0363](#))
- **Exclusiones cobertura a ITP 2/3:** Son aquellas detalladas en el artículo N°3 de la Cláusula Adicional ([CAD 2 2014 0358](#))

Artículo N° 8: Riesgos Especiales

La presente póliza está basada en la información suministrada por el contratante a la Compañía, por lo que cualquier variación en la información entregada para cotizar podría afectar las tarifas aquí ofrecidas. Las primas informadas en la presente póliza son de riesgo normal, cualquier actividad riesgosa no informada no estará cubierta en la póliza.

Artículo N° 9: Continuidad de Cobertura

Se deja establecido que se otorga continuidad de cobertura a todo el grupo que ingresó al inicio de ésta y que además estuvo vigente con la anterior aseguradora. Para todos los nuevos asegurados esta póliza no cubre preeexistencias.

Artículo N° 10: Modalidad de Suscripción

- A. Para emisiones como traspaso de compañía se otorga continuidad de cobertura a todos los asegurados de la nómina inicial. Toda nueva incorporación debe completar formulario de incorporación y su ingreso a la póliza es sin cobertura de preeexistencias.
- B. En caso de renovaciones se mantiene la cobertura de preeexistencias para la nómina inicial de la primera póliza emitida por Help Seguros de Vida S.A. Todos los nuevos asegurados no tienen cobertura para preeexistencias.
- C. En las pólizas que consideran evaluación de preeexistencias, se otorga cobertura sólo a los diagnósticos aceptadas por la compañía con o sin sobreprima. El asegurado deberá aceptar por escrito la evaluación y sobreprima correspondiente.
- D. Esta póliza ha sido suscrita en base a la información proporcionada por el tomador o contratante, quien, debidamente representando, declaró que no cuenta con más del 5% de sus empleados residiendo fuera de Chile y/o más de 20 empleados extranjeros o chilenos residiendo en cualquier país fuera de Chile.

Artículo N° 11: Plazo de Denuncio de Siniestro

Vida	: 90 días corridos desde la fecha de siniestro.
-------------	---

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. (Considerar las coberturas contratadas en la presente póliza)

- **Fallecimiento y/o Muerte Accidental:**

Los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago del capital asegurado.

- **Invalidez Total y Permanente 2/3:**

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.

Artículo N° 12: Documentos Requeridos para la Liquidación de Siniestro

Ocurrido un evento amparado en una de las coberturas de la póliza el contratante deberá remitir a la compañía una carta que incluya al menos los siguientes documentos:

- **En caso de Fallecimiento y/o Muerte Accidental**

- a) Certificado de defunción del asegurado en original; con causa de muerte.
- b) Certificado de nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado.
- c) Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad del asegurador (Ejemplo: Informes médicos, informes de alcoholmia, informe toxicológico, etc.)
- d) Parte policial que acredite la muerte accidental.
- e) La compañía aseguradora podrá solicitar antecedentes adicionales.

- **En caso de Invalidez Total y Permanente 2/3**

- a) Certificado de nacimiento para acreditar la edad
- b) Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al a la patología que genera la invalidez o desmembramiento, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad del asegurador (Ejemplo: Informes médicos, exámenes, informes de alcoholmia, informe toxicológico, etc.)
- c) Dictamen ejecutoriado por la comisión médica de AFP o Compin, que determine la calidad de incapacidad total y permanente (DL 3500 de 1980)

OTRAS CONDICIONES

- Considera una (1) ejecutiva(o) In-Situ, un (1) día a la semana, en horario, día y ubicación a convenir, por parte de Help Seguros de Vida S.A.
- Considera una (1) visita al mes de un coordinador, en horario, día y ubicación a convenir, por parte de FR Group (Corredor).

Artículo N° 13: Comunicación

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar el tomador y/o la Compañía al Contratante o Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicado en el presente instrumento.

En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en este documento.

Artículo N° 14: Indisputabilidad

La compañía de Seguros, Help Seguros de Vida S.A., no puede impugnar el contrato de seguro una vez transcurrido el plazo de un año desde la fecha de la conclusión, a no ser que el asegurado haya actuado con dolo y haya intentado, deliberadamente y a sabiendas, estafar o defraudar al seguro.

Artículo N° 15: Suicidio

La compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio. Siempre que hubiera transcurrido (1) año completo e ininterrumpido desde la fecha de incorporación del asegurado, desde su rehabilitación o desde el aumento de capital asegurado. En este último caso de plazo se considerará solo para el pago del incremento del capital asegurado.

Artículo N° 16: Domicilio.

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago de Chile.

Artículo N° 17: Código de Autorregulación y Buenas Prácticas

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 Help Seguros de Vida S.A., O a través de la página web www.ddachile.cl



APODERADO HELP SEGUROS DE VIDA S.A.

ANEXO 1

INFORMACIÓN SOBRE PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la circular N° 2.131 de 28 de noviembre de 2013, las compañías de seguros, correadores 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 discrepancia respecto de lo informado, o bien cuando demora injustificada 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, o a través del sitio web www.cmfchile.cl

ANEXO 2

(Circular N° 2106, Comisión para el mercado financiero)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1. 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 procedural, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2. 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.

3. DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN 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 comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4. 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, 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 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.

6. PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde la fecha denuncio, 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 denuncio.
- b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncio.

7. 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 fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión para el mercado financiero, 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 LIQUIDACIÓN

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).

9. IMPUGNACIÓN 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.