

**SEGURO AP FAMILY
PROPUESTA Y CERTIFICADO DE COBERTURA**

Compañías Aseguradoras: Seguros Generales Suramericana S.A. RUT: 99.017.000-2

Contratante: Inversiones Tarjeta FamilyCard Spa RUT: 76.118.138-6

Fecha:			
--------	--	--	--

Antecedentes del Asegurado

Nombre:	Apellido paterno:	Apellido materno:
Rut:	Dirección:	Fecha nac.:
E-mail:	Celular:	N° Certificado:

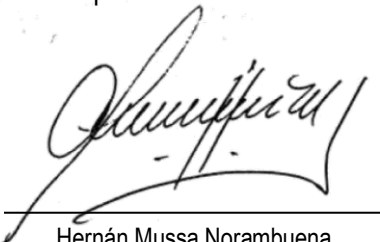
AUTORIZACIÓN CARGO TARJETA DE CRÉDITO SEGURO AP FAMILY

Por medio de la presente firma autorizo a Inversiones Tarjeta FamilyCard Spa, a cargar en mi tarjeta bancaria la prima mensual Bruta equivalente a UF 0,09746 (3.662). Valores correspondientes a la UF del día 31/07/2024 \$37.578

**TODOS LOS SEGUROS OFRECIDOS POR INVERSIONES TARJETA FAMILY CARD SPA SON 100%
VOLUNTARIOS Y NO CONDICIONAN LA CONTRATACIÓN DE NINGÚN OTRO PRODUCTO FINANCIERO O
SERVICIO.**

IMPORTANTE: Usted se está incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguros colectivos cuyas condiciones han sido convencidas por Inversiones Tarjeta FamilyCard Spa., directamente con Seguros Generales Suramericana S.A

Mandato Especial: Por medio del presente instrumento, autorizo a Inversiones Tarjeta FamilyCard Spa, intermediaria de este seguro que, por este acto acepto, para que en mi nombre y representación le introduzca modificaciones al mismo, con el objeto de mantener y/o mejorar las condiciones de cobertura de asegurabilidad y protección que me brinda. Para tales efectos, Inversiones Tarjeta FamilyCard Spa estará facultada expresamente para: aceptar y rechazar modificaciones en la o las coberturas, en las primas propuestas por la aseguradora, requerir modificaciones de prima, en lo que respecta a su monto, forma y modalidad de pago, en las edades de ingreso, comisiones y en general la realización de todo acto destinado a cautelar los intereses protegidos por el seguro que intermedia y del que da cuenta la presente solicitud. Las modificaciones en las condiciones del seguro serán comunicadas en forma clara y precisa a través de medios electrónicos u otros análogos, quien podrá manifestar disconformidad con la o las modificaciones introducidas, para lo cual, tendrá un plazo de 30 días corridos contados desde la fecha en que le haya sido comunicada. Autorizo además a la Compañía de Seguros al envío a mi persona de información referente a la póliza, pagos y estados de siniestros vía medios electrónicos. La duración de este mandato será por un plazo indefinido, sin perjuicio de que el "mandante" puede revocarlo en cualquier tiempo, notificado por escrito a Inversiones Tarjeta FamilyCard Spa con una anticipación mínima de 30 días. Asimismo, autorizo a Inversiones Tarjeta FamilyCard Spa para tratar mis datos personales y entregarlos a sus personas relacionadas. Asimismo, autorizo a Inversiones Tarjeta FamilyCard Spa para entregar mis datos personales a terceros distintos de sus personas relacionadas, con el objeto de recibir información acerca de los seguros que tenga contratados, así como ofertas, promociones y cualquier otro tipo de información relativa a productos o seguros ofrecidos por Inversiones Tarjeta FamilyCard Spa o cualquiera de sus personas relacionadas.



Hernán Mussa Norambuena
Inversiones Tarjeta FamilyCard Spa
Rut: 76.118.138-6

SEGURO VOLUNTARIO

Firma Asegurado



Matías Ballesteros
Seguros Generales Suramericana S.A
RUT: 99.017.000

MATERIA ASEGURADA
MUERTE ACCIDENTAL ESTE SEGURO CUBRE AL ASEGURADO HASTA UF 50.-, EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL, CON UNA ASISTENCIA DE SALUD PRIMARIA.

COBERTURAS	
POL / CAD	Descripción de Cobertura
POL 3 2021 0015	MUERTE ACCIDENTAL

DETALLE COBERTURAS

1. MUERTE ACCIDENTAL (POL 3 2021 0015).

según Condiciones Generales de la póliza, depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero POL 3 2021 0015, Art 2, letra A:

En virtud de esta cobertura la Compañía Aseguradora pagará el Capital Asegurado a los beneficiarios, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

Monto Asegurado: UF 50.-

Beneficiarios: En caso de fallecimiento del asegurado titular, se tendrá como beneficiario a la persona o personas, que el mismo designe.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario. Si no existiere beneficiario determinado, la Indemnización será pagada por la compañía a los herederos legales del asegurado.

Definición de Accidente: Para efectos de este seguro se entiende por Accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que provengan de una herida, cortadura o amputación accidental.

No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales,

desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualquier otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del

Asegurado. Tampoco se considera como accidente aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

ASISTENCIA SALUD PRIMARIA

Servicios de Asistencia se compone de las siguientes prestaciones con sus respectivas coberturas y topes de beneficios:

Servicio	Límite de servicio	Máximo de eventos anuales	Carencia
a) Examen preventivo general	UF 2.-	1 Evento	10 Días
b) Examen preventivo oncológico	UF 2.-	1 Evento	
c) Medicina general	100%	3 Eventos	
d) Descuento Farmacia	50% del arancel hasta \$10.000.-	12 Eventos	
e) Medicina Especialidades	UF 2.-	2 Eventos	
f) Telemedicina Especialidades	100%	3 Eventos	
g) Orientación medica telefónica	100%	12 Eventos	

a) Examen preventivo general

Este Cuando por motivo de una solicitud por parte de un profesional de la salud para realizar todos o algunos de los Exámenes que contemplan “hemograma, perfil bioquímico, Perfil Lipídico, Creatinina, TSH, Tiro estimulante y Orina Completa” para los Exámenes medico Preventivo, el beneficiario podrá solicitar a la central de asistencia “Serviclick” la Activación bajo el sistema Imed el descuento automático.

El cliente beneficiario debe contar con sistema de salud previsional FONASA o ISAPRE.

b) Examen Preventivo Oncológico

Cuando por motivo de una solicitud por parte de un profesional de la salud para realizar todos o algunos de los Exámenes que contemplan “Antígeno prostático específico (APE), perfil bioquímico, perfil lipídico, creatinina en sangre” para la Asistencia Preventivo Oncológico Hombre o “mamografía o Papanicolau, marcador tumoral (PSA), hemograma completo” para la Asistencia Preventivo Oncológico Mujer, el beneficiario podrá solicitar a la central de asistencia “Serviclick” la Activación bajo el sistema Imed el descuento automático.

El cliente beneficiario debe contar con sistema de salud previsional FONASA o ISAPRE.

c) Medicina general

En caso de que el beneficiario requiera de atención médica ambulatoria en las especialidades: General, podrá solicitar la activación para asistir a una hora médica en cualquier centro de salud en convenio con su plan de salud. El beneficio consta de un descuento automático al momento del pago a través de la modalidad i-med.

El cliente beneficiario debe contar con sistema de salud previsional FONASA o ISAPRE.

d) Descuento en Farmacia

Esta asistencia está desarrollada para que sea utilizada por todos los afiliados vigentes al momento de la compra y en todas las farmacias de Chile ya sea tradicionales o alternativas. Consiste en la devolución por parte de Serviclick de los gastos realizados por el titular, por compras realizadas en farmacias hasta el límite de servicio, de medicamentos con receta nominativa al beneficiario.

e) Consulta médica especialidades

En caso de que el beneficiario requiera de atención médica ambulatoria en las especialidades: General, Fonoaudiología, Oncólogo, Kinesiólogo, Ginecológico, Urología, Nutricionista, Oftalmología, podrá solicitar la activación para asistir a una hora médica en cualquier centro de salud en convenio con su plan de salud. El

beneficio consta de un descuento automático al momento del pago a través de la modalidad i-med. El cliente beneficiario debe contar con sistema de salud previsional FONASA o ISAPRE.

f) Telemedicina Especialidades

El beneficiario podrá solicitar la coordinación de una hora de Telemedicina con un médico certificado y habilitado por Serviclick, en el área de Nutrición, Psicológica, Infantil, Kinesiología. El médico se encarga de la investigación, evaluación, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y la rehabilitación de todas aquellas cuestiones que afectan a la salud.

g) Orientación Médica telefónica

Este servicio pone a disposición del beneficiario, -de manera telefónica- personal sanitario que permita aclarar y/o asesorar cualquier duda respecto a cuadros clínicos, tratamientos y patologías. Este servicio está disponible a cualquier hora del día, para que oriente al beneficiario ante cualquier consulta médica.

El servicio es proporcionado por el departamento médico de SERVIClick, el que es de carácter informativo y, por lo tanto, no reemplaza la consulta de un médico: Responder inquietudes de consultas sobre urgencias médicas y procedimiento de primeros auxilios como ingesta de productos tóxicos, reacciones alérgicas, manipulación accidental de productos químicos, entre otros; consultas respecto al uso de medicamentos, reacciones adversas, efectos secundarios y contraindicaciones y consultas sobre evolución de tratamientos médicos en curso.

CONDICIONES DE SERVICIO

EXAMEN PREVENTIVO GENERAL

PRESTACIONES

El servicio abarca las siguientes prestaciones:

1. La prestación opera como un beneficio de segunda capa, es decir, posterior al actuar del sistema de previsión de salud principal del beneficiario. Opera a través del sistema de verificación de identidad i-med. En caso de no existir disponibilidad del sistema, el beneficiario debe informar inmediatamente a Serviclick y cancelar la totalidad de la atención y posteriormente gestionar la devolución.
2. La Asistencia debe ser solicitada previamente a la central de asistencia de Serviclick.
3. El beneficiario deberá presentar la solicitud médica
4. Toda la documentación debe ser enviada al correo hola@serviclick.cl

EXCLUSIONES

No se realizarán las prestaciones o servicios médicos, como tampoco reconocerá gastos o costos de tales servicios en las siguientes situaciones:

- a. La atención sin llamado previo
- b. La atención sin solicitud de un médico general
- c. Cualquier otro proceso que no se encuentre especificado previamente

EXAMEN PREVENTIVO ONCOLÓGICO

PRESTACIONES

El servicio abarca las siguientes prestaciones:

1. La prestación opera como un beneficio de segunda capa, es decir, posterior al actuar del sistema de previsión de salud principal del beneficiario. Opera a través del sistema de verificación de identidad i-med. En caso de no existir disponibilidad del sistema, el beneficiario debe informar inmediatamente a Serviclick y cancelar la totalidad de la atención y posteriormente gestionar la devolución.
2. La Asistencia debe ser solicitada previamente a la central de asistencia de Serviclick.
3. El beneficiario deberá presentar la solicitud médica
4. Toda la documentación debe ser enviada al correo hola@serviclick.cl

EXCLUSIONES

No se realizarán las prestaciones o servicios médicos, como tampoco reconocerá gastos o costos de tales servicios en las siguientes situaciones:

- a. La atención sin llamado previo
- b. La atención sin solicitud de un médico general
- c. Cualquier otro proceso que no se encuentre especificado previamente

CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA

PRESTACIONES

El servicio abarca las siguientes prestaciones:

- 1. Pago de honorarios médicos por consulta médica ambulatoria de libre elección en las especialidades de: General,
- 2. La prestación se realizará previa activación con la central de asistencia Serviclick.
- 3. La atención deberá ser coordinada por el titular directamente en el centro de salud en cobertura por el plan de salud primario.

EXCLUSIONES

No se realizarán las prestaciones o servicios médicos, como tampoco reconocerá gastos o costos de tales servicios en las siguientes situaciones:

- a. Exámenes médicos.
- b. Gastos de hospitalización clínica, quirúrgica y unidad de cuidados intensivos.
- c. Honorarios de médicos especialistas que no estén incluidos dentro de la cobertura.
- d. Gastos y honorarios de pabellón de: Urgencia, central y ambulatorio.
- e. Cuando la persona que solicita el servicio no identifique al cliente titular.
- f. Cuando la persona que solicite el servicio no proporcione información veraz y oportuna.
- g. Hechos derivados de: terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, asalto, motín o tumulto.
- h. La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos, alcohol o medicamentos sin prescripción médica.
- i. No encontrarse al día en los pagos del servicio al momento de solicitar la asistencia.
- j. Se haya alcanzado el número máximo de eventos disponibles del plan y/o su límite de protección.

DESCUENTO EN FARMACIA

PRESTACIONES

El servicio abarca las siguientes prestaciones:

- 1. El servicio está disponible como un pago contra boleta de cualquier compra de medicamentos recetados por un médico, nominativa al titular.
- 2. El plazo máximo de pago será de 5 días hábiles contados de la fecha de presentación de la solicitud.
- 3. Los descuentos aplican para compras en cualquier farmacia autorizada del país.
- 4. El pago debe ser solicitado en un plazo máximo de 15 días efectuada la compra.
- 5. Límite mensual de indemnización es de acuerdo con el plan contratado y no es acumulable de un mes a otro.

EXCLUSIONES

No se realizarán las prestaciones o servicios como tampoco reconocerá gastos o costos de tales servicios en las siguientes situaciones:

- a. Medicamentos que no se encuentren dentro de la receta médica.
- b. Gastos no acreditados con la documentación solicitada por la central de asistencia de Serviclick.
- c. Gastos que no sean medicamentos aun cuando estos se encuentren listados en la receta.

- d. Solicitudes de pago requeridas con plazo posterior al indicado en las prestaciones.
- e. Cualquier otro gasto que no se encuentre indicado en las prestaciones.
- f. No encontrarse al día en los pagos del servicio al momento de solicitar la asistencia.
- g. Se haya alcanzado el número máximo de eventos disponibles del plan y/o su límite de protección.

CONSULTA MÉDICA ESPECIALISTAS

PRESTACIONES

El servicio abarca las siguientes prestaciones:

1. Pago de honorarios médicos por consulta médica ambulatoria en General, Fonoaudiología, Oncólogo, Kinesiólogo, Ginecológico, Urología, Nutricionista o Oftalmología.
2. La prestación se realizará previa activación con la central de asistencia Serviclick.
3. La atención deberá ser coordinada por el titular o algunas de las cargas autorizadas directamente en el centro de salud en cobertura por el plan de salud primario.

EXCLUSIONES

No se realizarán las prestaciones o servicios médicos, como tampoco reconocerá gastos o costos de tales servicios en las siguientes situaciones:

- a. Exámenes médicos.
- b. Gastos de hospitalización clínica, quirúrgica y unidad de cuidados intensivos.
- c. Honorarios de médicos especialistas que no estén incluidos dentro de la cobertura.
- d. Gastos y honorarios de pabellón de: Urgencia, central y ambulatorio.
- e. Cuando la persona que solicita el servicio no identifique al cliente titular del servicio o algunas de sus cargas.
- f. Cuando la persona que solicite el servicio no proporcione información veraz y oportuna.
- g. Hechos derivados de: terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, asalto, motín o tumulto.
- h. La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos, alcohol o medicamentos sin prescripción médica.
- i. No encontrarse al día en los pagos del servicio al momento de solicitar la asistencia.
- j. Se haya alcanzado el número máximo de eventos disponibles del plan y/o su límite de protección.

TELEMEDICINA ESPECIALIDADES

PRESTACIONES

El servicio abarca las siguientes prestaciones:

1. A través de una video conferencia, un médico orientará en tratamientos, realizará lectura e interpretación de exámenes, recetará medicamentos si así lo amerita y podrá emitir ordenes médicas para exámenes.
2. La prestación se realizará previa coordinación con un médico staff de Serviclick.

El tiempo de coordinación es en promedio de 1 hora, sin embargo, la prestación podría estar afecta a alteraciones en función de episodios de alta demanda.

EXCLUSIONES

No se realizarán las prestaciones o servicios en las siguientes situaciones:

- a) El paciente no sea el beneficiario titular.
- b) Que la prestación no sea coordinada previamente por Serviclick.
- c) No encontrarse al día en los pagos del servicio al momento de solicitar la asistencia.
- d) Se haya alcanzado el número máximo de eventos disponibles del plan y/o su límite de protección.

ORIENTACIÓN MEDICA TELEFÓNICA

PRESTACIONES

El servicio abarca las siguientes prestaciones:

1. Responder inquietudes de consultas sobre urgencias médicas y procedimientos de primeros auxilios, como ingesta de productos tóxicos, reacciones alérgicas, manipulación accidental de productos químicos entre otros.
2. Consultas respecto al uso de medicamentos, reacciones adversas, efectos secundarios y contraindicaciones.
3. Consulta sobre evolución de tratamientos médicos en curso.

EXCLUSIONES

No se realizarán las prestaciones o servicios en las siguientes situaciones:

- a. No encontrarse al día en los pagos del servicio al momento de solicitar la asistencia.
- b. No se emiten recetas de medicamentos
- c. Se haya alcanzado el número máximo de eventos disponibles del plan y/o su límite de protección.

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES

Los servicios descritos, para ser entregados por SERVIClick, deben solicitarse previamente vía telefónica la número 600 086 0580, donde un ejecutivo de asistencias lo atenderá y guiará de acuerdo con la prestación solicitada.

El cliente estará obligado a entregar la información mínima requerida para gestionar el servicio y podría incluir y no limitarse a los siguientes datos:

- a. RUT del cliente Titular.
- b. Nombre del Beneficiario.
- c. Detalle de la Urgencia o Emergencia y su origen.
- d. Ubicación Geográfica.

Los servicios podrán ser solicitados desde el inicio de la vigencia, mientras el cliente se encuentre al día en los pagos.

CLAUSULAS TRANSVERSALES.

AUTORIZACIONES USO DE DATOS PERSONALES

El contratante autoriza a que los datos personales que entregue con ocasión de la presente póliza sean tratados por Seguros Sura exclusivamente para las finalidades que se indican más adelante, y conforme a la Ley N°19.628 sobre Protección de la Vida Privada.

Asimismo, el contratante autoriza a comunicar, transmitir, y/o proporcionar a las Empresas Relacionadas de Seguros Sura, y a los proveedores de las mismas, los datos de carácter personal tanto del asegurado, beneficiario y/o contratante, de ser procedente.

Los datos personales del asegurado, beneficiario y/o contratante se utilizarán por Seguros Sura y sus Empresas Relacionadas, por sí o a través de sus proveedores, únicamente para:

- (i) dar cumplimiento a las obligaciones estipuladas en la presente póliza y a toda obligación de acuerdo a la normativa vigente;
- (ii) preparar, implementar, promocionar y ofrecer al asegurado, beneficiario y/o contratante, productos y servicios que consideren que pueden ser de interés;
- (iii) acceder a, procesar y tratar esta información, a fin de ajustar la oferta de productos y servicios al perfil del asegurado, beneficiario y/o contratante, o bien, efectuar análisis y evaluaciones a su respecto;
- (iv) desarrollar acciones comerciales o servicios post venta, de carácter general o dirigidas personalmente al asegurado, beneficiario y/o contratante.

Los datos entregados no serán puestos en conocimiento del público, salvo lo expuesto en este documento. En todo momento el asegurado, beneficiario y/o contratante podrá revocar su autorización, y dispondrá siempre de los derechos de aclaración, rectificación, cancelación y oposición, y todos los demás derechos que confiere la Ley

N°19.628 sobre Protección de la Vida Privada. Para ejercer estos derechos debe llamar al Fono: 600 411 1000 o enviar un correo electrónico a servicios@segurossura.cl.

SELLO SERNAC

Este contrato no cuenta con sello SERNAC, conforme al artículo 55 de la Ley N°19.496 Comunicaciones. El proponente asegurado autoriza que las comunicaciones o notificaciones que la compañía de seguro o el contratante envíen o deban enviar debido a la póliza, especialmente aquella que se refiere el artículo 517 del Código de Comercio, se dirijan al correo electrónico indicado, así como a cualquier otra dirección de contacto que yo hubiese entregado a la compañía o al corredor.

BUENAS PRÁCTICAS CORPORATIVAS

La compañía de seguros SEGUROS GENERALES SURAMERICANA 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 los 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 Seguros Generales Suramericana S.A. y en www.aach.cl.

Domicilio Especial: Las partes fijan domicilio especial para todos los efectos derivados del presente contrato en la ciudad y comuna de Santiago.

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD.

- La edad mínima de ingreso a la póliza es a los 18 años.
- La edad máxima de ingreso a la póliza es hasta los 65 años y 364 días.
- La edad máxima de permanencia a la póliza es hasta los 70 años y 364 días.

MEDIO DE PAGO

La prima será cobrada en su totalidad por el contratante a cada asegurado.

DEFINICIONES:

Servicio

Esta la garantía del servicio con la cual se afianza una operación en materia civil, comercial o mercantil, estableciendo los pártelos de la operación.

Carencia

Es el periodo de tiempo desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización.

Enfermedad

Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas por el titular, donde el beneficiario manifiesta síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos predecible.

Accidente

Acontecimiento, independiente de la voluntad, causado por una fuerza extraña, de acción rápida, que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas.

Atención de urgencia

Se entiende por este concepto, cualquier servicio de emergencia que cubre la atención, traslado y comunicaciones realizadas con el fin de proveer servicios de salud en caso de urgencia o emergencias veterinarias.

Límite de protección

Es el indicador que detenta el prestador de un servicio determinado, con el cual determina el máximo valor a cubrir por cada evento.

Eventos

Es la ocurrencia de cada uno de los servicios contratados, el cual es fijado con anterioridad por el prestador de servicios anual.

Vigencia póliza Colectiva

La póliza colectiva tendrá una vigencia de 12 meses, con fecha de inicio a definir.

Vigencia Individual

La cobertura comenzará a regir a partir de la fecha de firma de la respectiva Solicitud de Incorporación, con vigencia de plazo máximo 12 meses, con renovación automática.

Renovación automática Póliza Colectiva

La presente póliza se renovará automáticamente a su vencimiento, por períodos iguales y sucesivos de un año. A la renovación del seguro, la Compañía podrá realizar ajustes técnicos, modificando al efecto sus condiciones particulares, tales como el monto de la prima o los deducibles convenidos, conforme a las políticas técnicas de suscripción de la Compañía. Estas modificaciones, regirán y se entenderán incorporadas al seguro desde la fecha de su renovación. El asegurado faculta expresamente a la Compañía para proceder en la forma señalada con anterioridad pudiendo, en todo caso, rechazar la renovación o los ajustes disponiendo el término del seguro conforme lo dispuesto en las condiciones generales del mismo.

Término anticipado del seguro:

De acuerdo a lo estipulado en lo condicionados generales.

Primas y Comisiones:

Prima Neta Mensual UF 0,09746

Prima Bruta Mensual UF 0,09746

Comisión corredora: 2% neto sobre prima neta.

A&H Productora de seguros Limita.

Comisión de Uso Canal: 38% neto sobre prima neta

Inversiones Tarjeta FamilyCard Spa

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS.

Para hacer uso de esta cobertura, el Asegurado deberá cumplir todas las obligaciones que le imponen en las Condiciones Generales POL 3 2021 0015 deberá cumplir con los plazos y documentación señalada a continuación:

Período de Denuncio.

Para iniciar el proceso de liquidación, el Asegurado deberá completar un formulario de denuncia de siniestro en Family Shop o ante la Compañía. Este formulario deberá ser firmado por el cliente, declarando con esto haber leído el procedimiento de siniestro que se adjunta al formulario de denuncia de siniestro. Además, se le entregará por cuenta del liquidador del seguro, un instructivo con los antecedentes necesarios y plazos para el cobro del seguro y cuotas posteriores.

Documentos necesarios para efectuar la denuncia de siniestro en caso de Muerte Accidental:

- a) Certificado de Defunción del Asegurado;
- b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado;
- c) Copia del parte policial;
- d) Otros antecedentes tales como, ficha clínica, informes, declaraciones, certificados, dictamen de invalidez o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado u hospitalización, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro.

EXCLUSIONES
La compañía no será responsable de pago alguno, que sea consecuencia de: MUERTE ACCIDENTAL POL 3 2021 0015 Exclusiones aplicables a las coberturas de Muerte Accidental y Reembolso de Gastos médicos, Artículo 4º bajo código POL 3 2021 0015 a) Participación del Asegurado en actos calificados por la ley como delitos en calidad de autor, cómplice, encubridor o por condena de pena de muerte. b) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión de su estado de ebriedad o efectos de las drogas. c) La conducción de cualquier vehículo o medio de transporte o la operación de cualquier tipo de maquinaria ejecutados bajo los efectos del alcohol o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente al momento del accidente del Asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente, y/o bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas. d) Guerra; invasión; actos de enemigos extranjeros; hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido no declaración de guerra; guerra civil; insurrección; sublevación; rebelión, sedición; motín; tumulto, revolución,

golpe militar, sabotaje o conmoción contra el orden público, desórdenes sociales, dentro o fuera del país o hechos que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad interior del Estado.

e) Participación activa del Asegurado en acto terrorista. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

f) Participación del Asegurado en actos temerarios, notoriamente imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

g) Lesión a consecuencia de la práctica como deportista de alto rendimiento o profesional según lo establecido en el artículo 8 de la Ley del Deporte N° 19.712 de enero 2001 en el DFL 1 de 1970, respectivamente o en las normas que las reemplacen o las sustituyan. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía cubrirá la muerte accidental del Asegurado como consecuencia directa de la práctica como deportista de alto rendimiento, cuando dicha actividad haya sido declarada por el Asegurado y aceptada expresamente por la Compañía Aseguradora. En estos casos se acordará la prima adicional que corresponda.

h) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

i) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo incluyendo las funciones de Policía Civil y Gendarmería, durante el ejercicio de sus funciones.

j) Afecciones o lesiones auto provocadas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al Asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

k) Accidentes derivados por intoxicación, por encontrarse el Asegurado bajo los efectos del alcohol, de cualquier narcótico, estupefacientes, drogas o cualquier alucinógeno, lo cual deberá ser calificado por las autoridades competentes.

l) Fallecimiento accidental causado dolosamente por un Beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización, respecto de dicho Beneficiario. En caso de existir más de un Beneficiario, el porcentaje del capital asegurado en caso de fallecimiento que corresponda a cualquier Beneficiario involucrado como autor, cómplice o encubridor de la muerte del Asegurado, se distribuirá, acreciendo a los demás Beneficiarios no involucrados.

m) La realización o participación de una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades o deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichas actividades o deportes no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva, sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo de explosivos o sustancias químicas corrosivas, manejo de armas de fuego, minería subterránea, piloto civil, empresas de transporte de valores o guardias privados, bombero, trabajos en altura o líneas de alta tensión y, como deportes riesgosos, el buceo inmersión submarina, montañismo o escalada,

alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, de automóviles, de motocicletas y de lanchas, parapente, benji, canopy, rappel, rafting, kayak, trekking, boxeo, rodeo, equitación, ski y snowboard fuera de canchas o pistas habilitadas.

n) Conducción de motocicleta, salvo cuando dicha actividad haya sido declarada por el Asegurado y aceptada expresamente por la Compañía.

o) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial reconocida por I.A.T.A., sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

p) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.

q) Accidentes a causa de movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive en la escala de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico del Departamento de Centro Sismológico Nacional o del servicio que en el futuro lo reemplace.

r) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

s) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

ANEXOS
1. INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS.
2. PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

ANEXO N°1
Circular 2131
INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACION DE CONSULTAS
Y RECLAMOS.

En virtud de la circular N° 2131 de 28 de noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurados, beneficiarios 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, esta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, área de protección al inversionista y asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl

ANEXO N°2

(Circular N° 2106 Comisión para el Mercado Financiero) **PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS**

1) OBJETIVO DE LA LIQUIDACIÓN

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

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 fecha denuncia, a excepción de:

- a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100UF: **90 días** corridos desde fecha denuncia;
- b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde fecha denuncia;

7) PRORROGA DE 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 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 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.