

**CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO ACCIDENTES PERSONALES
MÁS BENEFICIO FARMACIA
POLIZA N°33100019**

SEGCHILE SEGUROS GENERALES S. A. Considerando las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares descritas a continuación, todo lo cual se considera parte integrante de esta póliza de Seguro de Accidentes Personales

Artículo N° 01

CONTRATANTE: Sociedad de Inversiones Tarjeta Family Card SpA
RUT 76.118.138-6
Diagonal Paraguay 490, Of 51.
Santiago

El Contratante asume las responsabilidades que emanan de su actuación como contratante del seguro colectivo.

Comisión Cobranza 65,22% IVA incluido de la prima neta recaudada mensual

Artículo Nro. 02

ASEGURADOR: SEGCHILE Seguros Generales S.A.
Rut: 76.620.816-9
Miraflores 222, piso 21
Santiago - Centro

Artículo No 03

INTERMEDIARIO: A & H Productora de Seguros Limitada
RUT: 76.153.122-0
Avda. Celeste 2320, Peñalolén

Comisión de intermediación, 2% más IVA de la prima neta recaudada mensualmente. No obstante, dicha comisión no podrá exceder los \$6.000.000.- + IVA cada 12 meses de recaudación.

Artículo Nro. 04

ASEGURADOS: Personas naturales que cumplan con los "Requisitos de Asegurabilidad" cuya nómina vigente ambas partes mantendrán en su poder.

Artículo Nro. 05

BENEFICIARIOS: Se entenderá por beneficiario a todas aquellas personas naturales que el Asegurado designe explícitamente en el formulario "Certificado de Cobertura". A falta de Designación expresa, se estará a lo señalado por el Artículo Nro. 9 de las Condiciones Generales.

Artículo Nro. 06

COBERTURA: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 80% POR ACCIDENTES:
Esta póliza cubre el riesgo por Incapacidad total y Permanente 80% por Accidentes del asegurado, a causa de un accidente y según lo señalado en las Condiciones Generales de SVS POL 3 2013 1084 Accidentes Personales Alternativa D.

BENEFICIO DESCUENTO SOBRE DESCUENTO FARMACIA CRUZ VERDE

Beneficio Adicional de Farmacia Cruz Verde: este beneficio se otorga a todos los asegurados con su póliza de seguros vigente y pagos al día con solo mostrar su cedula de identidad. No se consideran bonificaciones ni descuentos en medicamentos oncológicos, inmunológicos, vacunas, medicina reproductiva y alimentos para mascotas. Este beneficio es voluntario por parte de la compañía y gratuito para el cliente, por lo que la compañía se reserva el derecho de modificarlo o eliminarlo, bastando para ello dar un aviso escrito al asegurado con al menos 10 días hábiles de anticipación.

Beneficio Descuentos sobre Descuentos	Limite Descuento
Medicamentos Genéricos	30%
Medicamentos Laboratorio Mintlab	30%
Medicamentos Laboratorio Chile	20%
Medicamentos Nacionales e Internacionales	12%
Productos Vitamínicos GEA	15%
Productos No Farmacia	8%
Tope máximo de descuento mensual	\$10.000.-

Este beneficio se activa después de 5 días de recibida propuesta en la compañía y se otorga mientras la cobertura principal permanezca vigente.

Artículo Nro. 07

CAPITAL ASEGURADO: El Capital Asegurado es por persona y se expresará en Unidades de Fomento (UF)

COBERTURA	CAPITAL ASEGURADO
Incapacidad Total y Permanente 80% por Accidentes	UF 100

Artículo Nro. 08

PRIMA MENSUAL

: La prima mensual del seguro será de UF 0,060.-

Se fija la prima mensual en \$1.653, con un valor de UF 27.545,23. Se actualiza el valor de la prima en cada renovación de la póliza. (1 de febrero de cada año)

Artículo Nro. 09

EXCLUSIONES

Las definidas en Artículo N°5 de las condiciones generales POL 3 2013 1084 depositadas en la SVS.

Artículo Nro. 10

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

Las edades límite de ingreso y cobertura de la Póliza serán las siguientes:

Edad Mínimo de ingreso : 18 años
Edad Máxima de ingreso : 76 años y 364 días
Edad Máxima de Permanencia : 77 años y 364 días

Artículo Nro. 11

SINIESTRO:

Incapacidad Total y Permanente 80% por Accidentes

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente ochenta por ciento (80%), la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de a lo menos el ochenta por ciento (80%) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980.

La compañía determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido la incapacidad de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos que se encuentren ejerciendo o que hayan ejercido por a lo menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, dos de los cuales podrán ser elegidos por el asegurado.

La junta médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cobertura y a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980.

La junta médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos, incluidos los honorarios médicos de dicha junta, serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la compañía aseguradora.

Artículo Nro. 12

CLAUSULA DE AJUSTE: La presente póliza considera una revisión de primas (netas de Comisiones) y siniestros. Si existiesen cambios en la siniestralidad (costo de siniestros*100 / prima ganada neta de comisiones) que superen el 75%.

Artículo Nro. 13

INCLUSION, EXCLUSION Y MODIFICACION DE ASEGURADOS:

En caso de rechazo la Compañía comunicará por escrito al Contratante y/o al Intermediario. La fecha de ingreso a la póliza será la fecha de aceptación por parte del Asegurador. Sin embargo, la prima será cobrada a partir del primero del mes siguiente del ingreso del asegurado a la póliza.

Para la renuncia de los asegurados, éstos deberán firmar un endoso de anulación comunicando el término de cobertura de póliza, poniéndose fin a su cobertura a partir de esa fecha. Para la modificación de las características de un asegurado, el Contratante firmará un endoso de modificación a la póliza. Esta modificación regirá a partir del primero del mes siguiente al mes de recepción de la modificación por parte del Asegurador.

Artículo Nro. 14

PERIODO DE GRACIA: Se otorgará un periodo de gracia de 30 días para el pago de la totalidad de la prima o de la primera cuota del total pactado. Sin embargo si ocurre un reclamo dentro del periodo de gracia, cualquier prima adeudada será rebajada de la indemnización en cuestión.

Artículo Nro. 15

REHABILITACIÓN: Si por falta de pago de prima se pone término a esta cobertura, cualquier rehabilitación de la misma será en base a la aceptación por parte de la compañía, del pago de la prima vencida y no pagada, y solo cubrirá aquellas pérdidas que resulten de una enfermedad o lesión amparada por esta póliza a partir de la fecha de rehabilitación.

Artículo Nro. 16

TERMINACIÓN: La cobertura indicada en esta póliza terminará automáticamente cuando ocurra una cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pérdida de la condición de asegurado, de conformidad con los términos previstos en el Artículo 10 de las Condiciones Generales de Póliza Colectiva Accidentes Personales.
- No pago de la prima de esta póliza al término del periodo de gracia.
- Pago del beneficio o indemnización en los términos previstos en la presente condición particular.

Artículo Nro. 17

VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

El presente contrato regirá a partir de las 0:00 horas del día 1 de febrero de 2019 y durará hasta las 24 horas del día 31 de Enero de 2020, será renovada en forma automática por periodos iguales y sucesivos de un año cada uno, si ninguna de las partes notifica por escrito a la otra, su decisión contraria con 30 días de anticipación. Asimismo, con la antelación indicada, el Asegurador ajustará las primas de acuerdo al Capital Asegurado, a la edad alcanzada por los asegurados o las indemnizaciones pagadas y a cualquier otra circunstancia que pudiera significar una variación del riesgo.

Artículo Nro. 18

VIGENCIA DE LA COBERTURA:

La cobertura comenzará en la fecha de otorgamiento del crédito; y se mantendrá vigente por el período inicialmente pactado para el crédito.

Artículo Nro. 19

REAJUSTABILIDAD: El valor de las primas se expresará en UF y se cobrarán en pesos (\$), las cuales se reajustarán una vez al año. La indemnización a pagarse se expresará en UF de acuerdo al equivalente en pesos (\$) que tenga dicha unidad monetaria al día de pago efectivo de cada obligación.

Artículo Nro. 20

DOMICILIO:

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

Artículo Nro. 21
CONDICIONES GENERALES:

Las Condiciones Generales por las que se rige el presente contrato se encuentran depositadas en la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código: POL 3 2013 1084 Accidentes Personales Alternativa D.

Artículo Nro. 22
SELLO SERNAC: Este documento no cuenta con sello Sernac, conforme al artículo 55 de la ley n°19.496.

Artículo Nro. 23
SERVICIO ATENCION AL CLIENTE:
Segchile Seguros Generales cuenta con un departamento de servicio al cliente, con atención telefónica llamando al (56-2-27573888) o escribiendo al e-mail asegurado@segchile.cl, en el siguiente horario de atención: lunes a jueves de 9:00 a 18:00 horas, viernes de 9:00 a 17:00 horas.

Artículo Nro. 24
INTERES ASEGURABLE: Es aquel que tiene el asegurado en la no ocurrencia del siniestro

Artículo Nro. 25
INFORMACIÓN SOBRE PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS:
En virtud de la Circular N°1.487 de 17 de Julio de 2000, las compañías de seguro deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado o beneficiarios o aquellos que la Superintendencia de Valores y Seguros les 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 y Seguros, Departamento de Atención al Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, Santiago.

SEGCHILE
SEGUROS GENERALES S. A.

INVERSIONES TARJETAS FAMILYCARD S.p.A.

Asegurador

Contratante

Fecha de emisión: 12 de Junio 2018.

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 COMPAÑIA 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 ECONOMIA PROCEDIMENTAL, DE OBJETIVIDAD Y CARÁCTER TÉCNICO Y DE TRANSPARENCIA Y ACCESO.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

LA LIQUIDACIÓN PUEDE EFECTUARLA DIRECTAMENTE LA COMPAÑIA 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 COMPAÑIA, 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 COMPAÑIA 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 COMPAÑIA 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 DEL 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) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

LOS PLAZOS ANTES SEÑALADOS PODRÁN, EXCEPCIONALMENTE SIEMPRE QUE LAS CIRCUNSTANCIAS LO AMERITEN, PRORROGARSE, SUCESIVAMENTE POR IGUALES PERIODOS, 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 PRORROGA 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 INTEGRAL DE LOS ARTÍCULOS 26 A 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 COMPAÑIA Y EL ASEGURADO DISPONDRÁN DE UN PLAZO DE DIEZ DÍAS HÁBILES PARA IMPUGNARLA. EN CASO DE LIQUIDACIÓN DIRECTA POR LA COMPAÑIA. ESTE DERECHO SÓLO LO TENDRÁ EL ASEGURADO. IMPUGNADO EL INFORME, EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑIA DISPONDRÁ DE UN PLAZO DE 6 DÍAS HÁBILES PARA RESPONDER LA IMPUGNACIÓN.