

**Certificado de Cobertura Seguro de Incapacidad Total y Permanente 80% por Accidente Más Beneficio Adicional de Farmacia**  
**Contratante: Sociedad de Inversiones Tarjeta Family Card SpA.**

Folio N° 0001

<b>Coberturas Seguro Accidentes Personales:</b> Muerte Accidental (POL 320131084, Alt. A.) Incapacidad Total y Permanente 80% por Accidente (POL320131084, Alt. D)	<b>Capital Asegurado</b> UF 100 UF 100	<b>Prima Mensual</b> UF 0,06
--	--	---------------------------------

**Cobertura POL320131084, Alt. A: Muerte Accidental:** En virtud de esta cobertura la compañía pagará a los beneficiarios Capital Asegurado, 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 trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente. Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definidas en la Alternativa D.-

**Cobertura POL320131084, Alt. D: Incapacidad Total y Permanente 80% por Accidente:** En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente ochenta por ciento (80%), la compañía pagará el monto asegurado. 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. La declaración de incapacidad o invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la compañía y para la junta médica un valor meramente informativo. Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la compañía, el asegurado deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza. Si procede el pago de la indemnización, la compañía pagará el beneficio desde la fecha de la notificación de la invalidez a la compañía y devolverá las primas de esta cobertura pagadas desde el mes siguiente de la referida fecha de notificación de la invalidez.

**Exclusiones POL320131084:** No se efectuará el pago de las indemnizaciones cuando la Incapacidad Total y Permanente 80% por Accidente del asegurado se produzca a consecuencia de:

- I. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del estado.
- II. Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente por sentencia ejecutoriada que se ha tratado de legítima defensa.
- III. Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonada, motín, conmoción civil, subversión incluidos los actos terroristas 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, por parte de cualquier persona o grupo, 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.
- IV. Suicidio o intento del mismo, intoxicaciones, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- V. Prestación de servicios del asegurado en las fuerzas armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en carabineros de Chile, policía de investigaciones de Chile, gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados y empresas de seguridad ciudadana.
- VI. Eliminada por condición particular.
- VII. Encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- VIII. Eliminada por condición particular.
- IX. Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- X. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de mercalli, determinado por el servicio sismológico del departamento de geofísica de la universidad de Chile, o del servicio que en el futuro lo reemplace.
- XI. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- XII. Infecciones debidas a gérmenes, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. Esta exclusión no se aplica a las alternativas de cobertura f, g.- y h.- del artículo n°3 del condicionado general.
- XIII. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- XIV. Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.
- XV. Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
- XVI. Exámenes médicos de rutina.
- XVII. Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- XVIII. Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa. Estados de demencia, deficiencia mental o perturbaciones del conocimiento.
- XIX. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
  - Una infección oportunística, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado sufría del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Con tal propósito, se entenderá por: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, lo definido para tal efecto por la organización mundial de la salud. - infección oportunística incluye, pero no debe limitarse a neumonía causada por pneumocystis carinii, organismo de enteritis crónica, infección vírica o infección micobacteriana diseminada. - neoplasma maligno incluye, pero no debe limitarse al sarcoma de kaposi, al linfoma del sistema nervioso central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida. - síndrome de inmunodeficiencia adquirida debe incluir encefalopatía (demencia) de V.I.H. (virus de inmunodeficiencia humano) y síndrome de desgaste por V.I.H. (virus de inmunodeficiencia humano).
- XX. Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.
- XXI. Eliminada por condición particular.
- XXII. Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidente anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza.
- XXIII. Todo tipo de tratamientos por obesidad, salvo en aquellos casos calificados como "obesidad mórbida", de acuerdo a los parámetros establecidos por la organización mundial de la salud (OMS).
- XXIV. Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- XXV. Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- XXVI. Epidemias oficialmente declaradas.
- XXVII. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.
- XXVIII. Eliminada por condición particular.
- XXIX. Desempeñarse como deportista de alto rendimiento o profesional según lo establecido en el artículo 8° de la ley del deporte N° 19.712 de enero de 2001 y en el DFL 1 de 1970, respectivamente.
- XXX. Eliminada por condición particular.

N° 0001

Nombre Asegurado:.....Rut: .....Fecha de Nacimiento:...../...../.....

Domicilio:.....


Fecha de entrada en vigencia de la cobertura individual (coincidente con la fecha de suscripción de la propuesta de seguro): .....

Declaro haber leído, firmado y recibido conforme el presente certificado de seguro de Accidentes Personales cuyas condiciones particulares se encuentran contenidas en la Póliza Matriz N°33100019 emitida por SegChile Seguros Generales S.A. Asimismo, declaro que el seguro al que se alude en dicho certificado fue debidamente suscrito por mí por medio de firma electrónica, de manera que el documento que aquí he recibido corresponde plenamente a las condiciones ahí contenidas y aceptadas.



**ELENA ARACENA SILVA**

A & H Productora De Seguros Ltda.  
Rut: 76.153.122-0



**MARIO CATRILEO DUQUE**

Representante Legal Banchile Seguros de Vida S.A  
Rut.: 96.917.990-3

**FIRMA Y RUT ASEGURADO**

**Beneficio Descuento en farmacias Cruz Verde:** No se consideran bonificaciones ni se aplicará el descuento a medicamentos oncológicos, inmunológicos, vacunas, medicina reproductiva y alimentos para mascotas. Se aplicarán los siguientes descuentos, con un **tope mensual de \$10.000:** Medicamentos genéricos 30%; Medicamentos laboratorio Mintlab 30%; Medicamentos Laboratorio Chile 20%; Medicamentos nacionales e internacionales 12%; Productos no farmacia 8%; Productos vitamínicos Gea 15%.

**Requisitos de Asegurabilidad:** la edad mínima de ingreso es de 18 años y la edad máxima de ingreso es de 76 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es de 77 años y 364 días.

**Compañía Aseguradora:** SegChile Compañía de Seguros Generales S.A. RUT. 76.620.816-9

**Forma de pago de la Prima:** Con cargo a la tarjeta Familycard del asegurado, conforme al mandato PAT suscrito por el asegurado en su propuesta de seguro.

**Vigencia individual:** El seguro entrará en vigencia en la fecha de suscripción y firma de la propuesta de seguros y se mantendrá vigente mientras se pague la prima, se cumpla con los requisitos de asegurabilidad, se encuentre vigente la póliza colectiva y se encuentre vigente la tarjeta de crédito Familycard.

**Aviso de siniestros e información solicitada:** Usted puede dar aviso en las sucursales de Sociedad de Inversiones Tarjeta Family Card SpA. o en servicio de atención al asegurado (56 2) 2757 3888. Debe adjuntar los siguientes documentos: Formulario de denuncia siniestro; Fotocopia cédula de identidad del asegurado y/o beneficiario; Muerte Accidental: Certificado de defunción con indicación de causa de muerte. Incapacidad Total y Permanente 80% por Accidente: certificado médico con historial de la enfermedad con timbre del centro hospitalario, que indique a lo menos el diagnóstico y la fecha en que se le diagnosticó la enfermedad o accidente que le causó la invalidez; dictamen de invalidez de la comisión médica AFP o Compin. Otros antecedentes según lo solicite la aseguradora.

**Plazo aviso de siniestro:** tan pronto como sea posible, con las limitaciones que establece la ley

**Contratante:** Sociedad de Inversiones Tarjeta Family Card SpA. , Rut: 76.118.138-6, ubicado en Diagonal Paraguay # 490 oficina N°51, Santiago.

**Beneficiario:** El mismo asegurado.

**Vigencia de la póliza colectiva:** desde el 2/07/2018 al 01/07/2019, con renovación anual automática por períodos de un año.

**Intermediario:** El intermediario es A & H Productora de Seguros Ltda. Rut: 76.153.122-0. Póliza de garantía para corredores de seguros N° 571587 contratada con Renta Nacional Compañía de Seguros.

**Interés Asegurable:** es aquel que tiene el asegurado en la no ocurrencia del riesgo

**Póliza colectiva:** este certificado de cobertura forma parte integrante de la póliza matriz N° 33100019 emitida por SegChile Seguros Generales S.A. Las condiciones generales del seguro se encuentran depositadas en la CMF bajo el código POL320131084, Alt. A y D, Muerte Accidental e Incapacidad Total y Permanente 80% por Accidente.

**Sello Sernac:** este documento no cuenta con sello Sernac, conforme al artículo 55 de la ley N°19.496.

**Servicio de atención al cliente:** Llamando al (56-2) 27573888 o escribiendo al e-mail [asegurado@segchile.cl](mailto:asegurado@segchile.cl), en el siguiente horario: lunes a jueves 9:00 a 18:00 horas, viernes de 9:00 a 17:00 horas.

**Anexo de comisiones:** La comisión de cobranza corresponde al 60% IVA incluido de la prima neta recaudada. La comisión de intermediación corresponde al 2% + IVA sobre la prima neta recaudada mensual, No obstante, dicha comisión no podrá exceder los \$6.000.000 + IVA cada 12 meses de recaudación.

### **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 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 del denuncia, 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 denuncia;

B) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de avería gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia;

#### 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 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.

### **Información Sobre Atención de Clientes y Presentación 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, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende 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 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](http://www.cmfchile.cl).