- PROPUESTA -
CERTIFICADO DE COBERTURA
VIDA GO WEB: Plan 1
N° [10030]

N° de Póliza Colectiva: 220071418
FECHA SOLICITUD: [9510]

IMPORTANTE: Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por CAT Administradora de Tarjetas S.A. directamente con la compañía de seguros

1.- IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADOR

EMPRESA : BNP Paribas Cardif Seguros Vida S.A.
RUT : 96.837.630-6
DOMICILIO : Vitacura N° 2670, piso N° 10, Las Condes

2.- IDENTIFICACIÓN DE LA CORREDORA

NOMBRE : CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A.
RUT : 77.218.570-7
DIRECCIÓN : Av. Vitacura 2736, Piso 14, Las Condes

3.- IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

NOMBRE : CAT Administradora de Tarjetas S.A.
RUT : 99.500.840-8
DIRECCIÓN : Av. Vitacura 2736, Piso 14, Las Condes

4.- IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

NOMBRE : [9013] [9011] [9012]
RUT : [9000]
NOMBRE CONTRATANTE: El Mismo
FECHA NACIMIENTO : [9140]
TELÉFONO : [9060]
DOMICILIO : [9020]-[9040]-[9050]
CORREO ELECTRÓNICO : [9110]
PROFESION : [9170]

El proponente asegurado autoriza que las comunicaciones o notificaciones que la compañía de seguro o el contratante envíen o deban enviar en razón de 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.

"LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO ES VOLUNTARIA Y NO ES CONDICIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE OTRO PRODUCTO O SERVICIO DE LA TIENDA"

5.- VIGENCIA INDIVIDUAL

Desde: [9530] Hasta: [9540]

Para aquellas personas que cumplan con los Requisitos de Asegurabilidad, y que se incorporen a este seguro, el período de cobertura al asegurado será mensual y comenzará a partir del día de aceptación del seguro vía web de contratación . La cobertura mensual se renovará automáticamente mientras mantenga el asegurado titular su calidad de Cliente del Contratante, se encuentre al día en el pago mensual de su prima, y mientras no se haya puesto término a la cobertura y estando la póliza colectiva vigente. Todos los requisitos anteriores son copulativos.

Para los asegurables que manifiesten y/o informen en la "Solicitud de Incorporación y Certificado de Cobertura (SISD)" condiciones adversas de salud o enfermedades preexistentes y/o practiquen alguna actividad o deporte de alto riesgo, la Compañía excluirá dichas enfermedades y/o actividades o deportes riesgos como causales al momento del siniestro.

El Asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador.

Adicionalmente, la cobertura terminará y la compañía aseguradora no pagará ninguna indemnización, si el Asegurado:

1. Deja de pagar la prima en los términos indicados en las condiciones generales
2. Deja de cumplir alguno de los requisitos o condiciones de asegurabilidad.
3. Por el término o no renovación de la póliza colectiva, cuando el seguro hubiere sido contratado bajo esta modalidad.
4. Con el pago del anticipo de capital previsto para la cobertura adicional de pago anticipado en caso de invalidez total y permanente dos tercios del asegurado.

Sin perjuicio de lo señalado, cada asegurado titular podrá renunciar al seguro, una vez transcurrido el plazo para el ejercicio del derecho de retractación, lo que deberá hacer por escrito en las oficinas de CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A. o llamando al teléfono 600 500 5000.

6.- VIGENCIA POLIZA COLECTIVA

La presente Póliza tendrá vigencia desde el 01/07/2020 y hasta el 30/06/2021 y posteriormente se renovará automáticamente por periodos iguales y sucesivos de un año, salvo que alguna de las partes manifieste su intención de ponerle término mediante aviso previo enviado con al menos **60 (sesenta) días de anticipación a la fecha de término del período respectivo.**

No obstante lo anterior, cualquier hecho que pudiere influir en la apreciación del riesgo, o cualquiera circunstancia que, conocida por la Compañía, hubiere producido alguna modificación sustancial en las condiciones de las coberturas, faculta a la Compañía para poner término anticipado mediante aviso enviado al Contratante por carta certificada, en cuyo caso el término operará una vez transcurridos **60 (sesenta) días contados desde su notificación.**

7.- ASEGURADOS

Serán Asegurados Titulares a la cobertura de esta póliza, las personas que sean Clientes del Contratante, quienes voluntariamente hayan solicitado su incorporación al presente seguro, siempre y cuando cumplan con las Condiciones de Asegurabilidad establecidos en la presente póliza.

El Asegurado sólo podrá suscribir un seguro para efectos de esta Póliza.

8.- CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

a. La edad mínima de ingreso de los asegurables es 18 años de edad.
b. La edad máxima de ingreso de los asegurables es hasta los 69 años y 364 días.
c. La edad máxima de permanencia de los asegurables es hasta los 79 años y 364 días.

Los Asegurados deberán suscribir una Declaración Personal de Salud (DPS) al momento de contratar la cobertura individual. Cualquier enfermedad declarada, en caso de que el siniestro sea a consecuencia de dicha enfermedad, esta será rechazada al momento del siniestro.

9.- COBERTURA Y CAPITAL ASEGURADO

Vida (POL 2 2020 0111)
La Compañía pagará a los beneficiarios el capital asegurado según plan contratado, una vez recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del Asegurado Titular se produjo durante la vigencia de esta cobertura.

Invalidez Total y Permanente 2/3 por Accidente o enfermedad (CAD 2 2020 0112)
El Monto Asegurado establecido en la cobertura principal de esta Póliza para el caso de fallecimiento será pagado por la compañía aseguradora anticipadamente al Asegurado en caso de verificarse su Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, por alguna de las causas no excluidas por ésta póliza, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

a. Que la cobertura principal se encuentre vigente;.
b. Que la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios se produzca durante la vigencia de esta cobertura adicional;.
c. Que la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios se produzca como consecuencia de una Enfermedad diagnosticada o conocida por el asegurado o por un Accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional; y.
d. Que la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios se produzca antes que el Asegurado cumpla la edad máxima establecida para estos efectos en los Requisitos de Asegurabilidad.

La cantidad a pagar al Asegurado por esta cláusula adicional será igual al Monto Asegurado de la cobertura de Vida.

Por consiguiente, el pago al Asegurado por concepto de ITP 2/3 producirá la terminación inmediata de la cobertura principal.

Capitales Asegurados

El monto de la cobertura dependerá de los meses que el cliente tenga vigente el seguro, según el detalle en el siguiente cuadro:

Coberturas	Plan 1
VIDA	UF 800
ITP 2/3	UF 800

10.- DEDUCIBLE

Esta propuesta de seguro no posee asignación de deducible

11.- EXCLUSIONES

Las exclusiones para las coberturas, se encuentran debidamente detalladas en los Condicionado General que amparan la Póliza, depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo los códigos POL 2 2020 0111 (cobertura vida) y CAD 2 2020 0112 (incapacidad total y permanente por causa de accidente o enfermedad), Artículos N° 4 y N° 3 respectivamente.

Cobertura de Vida:

a. Suicidio, automutilación, o autolesión, a menos que se acredite que el Asegurado actuó totalmente privado de la razón, correspondiendo, en todo caso, a la compañía acreditar el hecho del suicidio. No obstante, la compañía aseguradora pagará el Monto Asegurado a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiere transcurrido el plazo señalado en las Condiciones Particulares, y a falta de estipulación en ellas, el plazo de dos (2) años completos e ininterrumpidos, contado desde la celebración del contrato, o de haber estado vigente el seguro por igual plazo en virtud de sucesivas renovaciones.

b. Pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor, cómplice o encubridor.

c. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar o verse beneficiado por el pago de la Indemnización.

d. 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 seguridad interior del Estado.

e. Participación activa del Asegurado en un Acto Terrorista, conforme éste se define en el Artículo 1 del presente documento.

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

g. Enfermedades, Dolencias o Situaciones de salud preexistentes.

h. Sismo superior a 8 grados en la escala de Mercalli, establecido por el Servicio Sismológico del Departamento de Geofísica de la Universidad de Chile.

i. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

j. Una infección oportunista o neoplasma maligno causado o que resulte como consecuencia que, a la fecha del Siniestro, el Asegurado se encontrare afectado o fuere portador del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, según este se define el artículo 1.

Para estos efectos: Infección oportunista incluye, pero no debe limitarse a, neumonía causada por pneumocystis carinii, organismo de enteritis crónica, infección vírica o infección microbacteriana 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 un Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
De ocurrir el fallecimiento del Asegurado debido a alguno de los hechos, situaciones o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura para el caso en particular, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la compañía aseguradora.

Invalidez Total y Permanente 2/3:

a. Intento de suicidio o lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, sea que se encuentre o no privado de razón.

b. Que el asegurado se encuentre bajo los efectos del alcohol, drogas o alucinógenos.

c. Embarazo, parto o aborto.

d. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar o verse beneficiado por el pago de la Indemnización.

e. 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 seguridad interior del Estado.

f. Participación activa del Asegurado en un Acto Terrorista, conforme éste se define en el Artículo 1 del presente documento.

g. Participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, carrera, experimento, competencia, exhibición, desafío, deporte o actividad notoriamente peligrosa, sea remunerada o no, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

h. Participación del Asegurado en peleas, salvo en caso de legítima defensa debidamente acreditada.

i. Participación del asegurado en fuerzas militares o de orden.

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

k. Enfermedades, Dolencias o Situaciones de Salud Preexistentes.

l. Lesiones Preexistentes.

m. Dolor de espalda y condiciones relacionadas al mismo.

n. Stress, ansiedad, depresión, desórdenes mentales o nerviosos y cualquier condición de origen psico – neurótico y sus consecuencias.

o. Sismo superior a 8 grados en la escala de Mercalli, establecida por el Servicio Sismológico del Departamento de Geofísica de la Universidad de Chile.

12.- BENEFICIARIOS

A. **Cobertura de Vidal:**
Para la cobertura de fallecimiento puedes agregar hasta 5 personas para que sean beneficiarios de tu cobertura. En caso de no haberse designado beneficiarios para la cobertura de fallecimiento, el monto asegurado será pagado a tus herederos legales en proporción a la cuota hereditaria.da.

B. **Cobertura de Invalidez total y Permanente 2/3**
El beneficiario de esta cobertura será el propio Asegurado

Designación de Beneficiarios:

[10000]

13.- PRIMA Y FORMA DE PAGO

PRIMA MENSUAL UF [9715]

La prima de este seguro es mensual, dependerá del plan contratado y de acuerdo al tramo de edad al momento de contratar el seguro e indicada en la siguiente tabla:

	Plan 1 Fallecimiento			ITP 2/3			Prima Total			
Tramo edad	Prima Neta UF	Iva UF	Prima Bruta UF	Prima Neta UF	Iva UF	Prima Bruta UF				Prima
				Neta UF	Iva UF	Prima Bruta UF				
18 -35	0,17	0,00	0,17	0,04	0,01	0,05	**0,21**	**0,01**	**0,22**	
36 – 50	0,26	0	0,26	0,08	0,01	0,09	**0,34**	**0,01**	**0,35**	
51– 60	0,56	0	0,56	0,16	0,03	0,19	**0,72**	**0,03**	**0,75**	
61- 70	1,37	0	1,37	0,39	0,07	0,46	**1,76**	**0,07**	**1,83**	

El monto de la prima quedará determinado por la edad que tenga el asegurado a la fecha de contratación, de manera que la prima será invariable durante toda la vigencia del seguro.

El pago de la prima se efectuará mediante la modalidad PAT (Autorización de Descuento en Tarjeta de Crédito), por lo que las condiciones del mandato que autoriza esta modalidad de pago forman parte integrante de la Póliza, en conformidad a lo dispuesto en la Circular N° 1499 de la Comisión para el Mercado Financiero.

A los Asegurados que se incorporen a este producto, se les otorgarán los dos (2) primeros meses de primas gratis.

14.- SINIESTROS

Plazo de presentación de los antecedentes

Producido un siniestro, el Asegurado o Reclamante y Contratante, deberán presentar los documentos justificativos del mismo a la Compañía Aseguradora tan pronto sea posible desde que tomó conocimiento del siniestro. No obstante se establece un plazo de 90 días desde que el asegurado o beneficiario según corresponda tomo conocimiento, en tanto este plazo sea superior al primero empleando para tal efecto un formulario de presentación de siniestros que proporcionará la Compañía.
El aviso de siniestro, podrá realizarse por intermedio del Corredor que intermedia el presente seguro y será igualmente válido y eficaz si se utilizan medios electrónicos de conexión directa u otros análogos. Se entenderá como fecha de ocurrencia del siniestro la siguiente:

Antecedentes para la liquidación
Para el trámite de siniestros, el Reclamante deberá enviar los siguientes antecedentes, por cada evento:

Cobertura de Vida

a. Certificado de defunción, en formato original, emitido por el Registro Civil, indicando causa de muerto.
b. Copia Parte Policial y/o documento de atención de urgencia, en caso de fallecimiento accidental.
c. Historial médico de prestaciones de Fonasa y/o Isapre, de 3 años antes de vigencia individual del seguro.
d. Ficha clínica, si ha habido hospitalización por el intermedio.

Por otro lado, el Contratante deberá enviar los siguientes documentos

a.

a) Solicitud de incorporación con declaración DPS completada y firmada por el asegurado.
b) Formulario de Denuncia de Siniestro firmado por el Reclamante indicando número de la póliza.

Cobertura Invalidez Total y Permanente 2/3

a. Informe toxicólogo y alcoholemia (en caso de accidente)
b. Fotocopia de cédula de identidad del Asegurado, por ambos lados;
c. Dictamen ejecutoriado de Invalidez otorgado por la respectiva Comisión médica (Central o Regional), nombrada por la Superintendencia de Pensiones.
d. En el caso de no contar con el dicho Certificado o al presentar Dictamen emitido por COMPIN, Capredena, Dipreca o Mutuales, se debe presentar:
   - IMT por invalidez por cada patología completado por médico especialista indicando el % de Invalidez Total y Permanente 2/3
   - Exámenes que fundamentan el diagnóstico
   - Ficha clínica, si ha habido hospitalización por el intermedio.
e. Informe médico por enfermedad denunciada, examen comprobatorio de la enfermedad

Por otro lado, el Contratante deberá enviar los siguientes documentos

a) Solicitud de incorporación con declaración DPS completada y firmada por el asegurado.
b) Formulario de Denuncia de Siniestro firmado por el Reclamante indicando número de la póliza.

Nota:
La Compañía se reserva el derecho de pedir cualquier otro antecedente que se estime conveniente para poder realizar esta liquidación.

Plazo de liquidación y de pago

El período de liquidación del siniestro será de 10 días hábiles a contar de la fecha de recepción por parte de la Compañía, de los antecedentes indicados en esta Póliza.

Nota: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros

15.- DERECHO A RETRACTO

El asegurado podrá retractarse de los seguros contratados, sin expresión de causa ni penalización alguna, en el plazo de 35 días contados desde la fecha de la firma presencial o digital de la solicitud de incorporación, o desde recepción de la póliza en contrataciones por vía telefónica, salvo en aquellos seguros que sean obligatorios por Ley.

La retractación deberá comunicarse, a la Compañía o a la Corredora que intermedie el seguro, por cualquier medio que la Compañía o Corredora tenga habilitado para estos efectos.

En caso que usted se retracte, la Compañía le restituirá el total de la prima pagada, salvo que se hubiere ocurrido un siniestro o si el seguro terminara antes del plazo señalado para el retracto.

Solución de controversias (Tribunales Competentes)
Le informamos que, en caso de surgir cualquier controversia, queja o reclamación respecto a este seguro y que no se refiera a materias contempladas en normas especiales que regulan el contrato de seguro, podrá acudir a los Tribunales de Justicia competentes.

16.- ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Los seguros ofrecidos son intermediados por CAT Corredora de Seguros y Servicios S.A. La compañía de seguros que cubren los riesgos son BNP Paribas Cardif Seguros Vida S.A. El [10690] solicita su incorporación a la cobertura del seguro colectivo contratado por CAT Administradora de Tarjetas S.A. y declara conocer los términos del seguro propuesto, que constan en la póliza que el contratante mantiene a su disposición. La presente propuesta es de aceptación inmediata por la aseguradora, constituyendo Certificado de Cobertura del seguro contratado, con vigencia desde la fecha indicada en ésta

17.- AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. Autorización de Tratamiento

Por medio de mi suscripción a esta Solicitud de Incorporación autorizo, como responsables de bases de datos, a las sociedades: BNP Paribas Cardif Seguros de Vida S.A. y BNP Paribas Cardif Servicios y Asistencia Ltda. (Conjuntamente "BNP Paribas Cardif"), a CAT Administradora de Tarjetas S.A., CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A. (Conjuntamente "CAT") y Operadora de Procesos S.A. "OPSA" a tratar mis datos personales de acuerdo a los fines y condiciones aquí descritos. Los datos que autorizo tratar son los contenidos en esta solicitud, y aquellos que más adelante resulten necesarios para el otorgamiento de los productos y/o servicios contratados de BNP Paribas Cardif, CAT y OPSA.

2. Propósitos del Tratamiento

Los propósitos para los cuales autorizo a BNP Paribas Cardif, CAT y OPSA a tratar mis datos personales son todos o algunos de los siguientes propósitos: (i) evaluar esta solicitud y proporcionarme los productos y servicios que sean contratados; (ii) contactarme y responder a mis consultas; (iii) gestionar y procesar los denuncios de mis siniestros; (iv) enviar comunicaciones publicitarias; (v) evaluar y mejorar los productos y servicios de BNP Paribas Cardif y/o CAT/OPSA, a través de desarrollos asociados a seguros, análisis de datos y estudios analíticos; (vi) realizar operaciones propias del negocio de BNP Paribas Cardif y/o de CAT/OPSA, tales como: contabilidad, administración, monitoreo de riesgo y técnico, auditorías, facturación y, cobros; y (vii) dar cumplimiento a las obligaciones legales de BNP Paribas Cardif y CAT/OPSA.

3. Datos personales de Terceros

Sobre la información personal de terceros que yo entregue a BNP Paribas Cardif y/o CAT/OPSA (ej. beneficiarios), declaro contar con las autorizaciones suficientes, para que BNP Paribas Cardif y/o CAT/OPSA traten debidamente aquella información, según los propósitos indicados en el número anterior.

4. Comunicación de Datos a Terceros

Únicamente para los propósitos indicados, autorizo BNP Paribas Cardif, a CAT y OPSA para que puedan comunicar mis datos personales a sus proveedores y liquidadores de seguros.

5. Mis Derechos

Declaro conocer que mis derechos como titular de datos, los puedo hacer efectivos de manera gratuita comunicándome al 800362100 y desde celulares al 0224293507.

18.- DECLARACIÓN

Declaro que:

He recibido la debida asesoría de CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A., a quien le he podido formular mis consultas y me ha dado orientación sobre las características generales de este seguro, en especial de las exclusiones que éste contempla, y asimismo estoy en conocimiento que los textos de las pólizas antes mencionadas están a mi disposición en los módulos de seguros ubicados en Tiendas Paris habilitados y en las Compañías de Seguros en caso de solicitarlo.
Estar en conocimiento que esta propuesta contempla diversas coberturas de distintos seguros, y tiene un precio único por todas ellas, independientemente del número de coberturas que se aplique a cada asegurado al o largo de la vigencia del seguro.

19.- DIVERSIFICACIÓN DE LA PRODUCCIÓN

La información sobre la Diversificación de esta corredora y de las entidades aseguradoras con que haya trabajado, se encuentran a su disposición en www.seguroscencosud.cl, en información de Nuestra Empresa.

20.- COMISIONES

Comisión del Corredor: La Compañía Aseguradora pagará al Corredor por concepto de intermediación una comisión de 14,99% (IVA Incluido) sobre la prima bruta recaudada, neta de anulaciones y devoluciones.

Comisión del Contratante por Recaudación: La Compañía Aseguradora pagará al Contratante colectivo por concepto de recaudación una comisión de 18,90% (IVA Incluido) sobre la prima bruta recaudada, neta de anulaciones y devoluciones.

21.- ACUERDO COMITÉ RETAIL FINANCIERO

CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A., se encuentra adherida voluntariamente al Grupo Retail Seguros y sujeta a su Acuerdo de Autorregulación publicado en www.retailseguros.org, cuyo propósito es mejorar el estándar de calidad en la promoción, venta y atención de seguros en el Retail

22.- AUTORREGULACIÓN

De acuerdo a lo dispuesto por el Consejo de Autorregulación de la Asociación de Aseguradores, BNP Paribas Cardif 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 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 BNP Paribas Cardif Seguros de Vida S.A., y 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 BNP Paribas Cardif Seguros de Vida S.A. o a través de la página Web www.ddachile.cl

23.- CONDICIONES GENERALES

Las Condiciones Generales de la presente póliza se encuentran debidamente depositadas en el registro de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), bajo los códigos:

Cobertura Vida POL 2 2020 0111
Invalidez Total Permanente 2/3 CAD 2 2020 011

24.- TERMINACIÓN

El seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares, por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia indicada en la póliza, por la pérdida de la calidad de asegurado de conformidad a lo establecido en las condiciones particulares, o por el pago del capital asegurado. La cobertura de esta póliza terminará respecto de un asegurado, en el instante en que deje de pertenecer, formar parte o tener el vínculo contractual con la entidad contratante, en virtud del cual se le tuvo como integrante del grupo de asegurados, salvo que se haya pagado completamente la prima por anticipado, caso en el cual la cobertura seguirá vigente hasta la fecha de término de vigencia de la cobertura individual.
El Asegurador, a su vez, podrá poner término al contrato de seguro en caso de concurrir una cualquiera de las siguientes causales:
1.- Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro.
2.- Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo 8 de las Condiciones Generales.

Si se han convenido coberturas adicionales, las partes no podrán ponerles término en forma separada de la cobertura principal sino poniendo término al contrato en su totalidad, salvo que sea de común acuerdo.

25.- AUTORIZACIÓN DE CARGO DE PRIMA EN [10700]

Autorizo a CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A, a cargar o debitar de mi Tarjeta de Crédito Paris / Mas Paris, Jumbo Mas / Mas Jumbo, Cencosud o cualquier tarjeta de crédito emitida por una institución debidamente acreditaba por la SBIF (TBK), las cuotas mensuales correspondientes al pago de la prima del seguro que por este acto contrato. Mi voluntad se expresará estampando mi firma o huella digital, en los documentos que la requieran. Autorizo, conforme lo exige el artículo 4º de la ley Nº19.628, a I-Med S.A. a efectuar tratamiento de mis datos personales, declarando haber sido informado del propósito del almacenamiento de tales datos y su posible uso por terceros con fines de verificación de identidad. El uso de la Tarjeta para estos efectos se regulará en todo por el Contrato y Reglamento de Afiliación de Tarjeta de Crédito otorgada por CAT Administradora de Tarjetas S.A.

Por este acto solicito mi incorporación a la cobertura del seguro colectivo contratado por CAT Administradora de Tarjetas S.A. y declaro conocer los términos del seguro propuesto, que constan en la póliza que el contratante mantiene a su disposición. Además, faculto en este acto a CAT Administradora de Tarjetas S.A. en su carácter de contratante del seguro colectivo, a suscribir una nueva póliza colectiva, con la compañía de seguros que estime conveniente, e incorporarme a esta nueva póliza en similares condiciones de cobertura y precio, con la intermediación de CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A., CAT Administradora de Tarjetas S.A. deberá rendir cuenta de su gestión por escrito, dentro de los 30 días corridos siguientes a la fecha de la incorporación a la nueva póliza.

Modalidad del Seguro: La prima mensual de este seguro será cargada en su Tarjeta después del último día del mes siguiente a su contratación.

MODALIDAD DE PAGO DE PRIMA (circular N°1499 CMF) El pago de la prima se efectuará mediante [10700], por lo que las condiciones del mandato que autoriza esta modalidad de pago forma parte de las condiciones particulares de la póliza.

Autorizo el cargo de la prima y recibo copia de esta propuesta

Esta propuesta podrá ser aceptada vía correo electrónico, firma manuscrita o uso de huella dactilar.

[10560] [10730]

Nombre Asegurado: [9013] [9011] [9012]
RUT Asegurado: [9000] CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A.
RUT: 77.218.570-7

EL PROPONENTE HA TOMADO CONOCIMIENTO DEL DERECHO A DECIDIR SOBRE LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS Y A LA LIBRE ELECCIÓN DEL INTERMEDIARIO Y COMPAÑÍA ASEGURADORA.

"La contratación de estos seguros es de carácter voluntario. Usted puede retractarse si la contratación la efectuó por un medio a distancia. Además, usted puede terminar los seguros voluntarios anticipadamente en cualquier momento, independiente del medio utilizado para su contratación."

[10910]

HE LEÍDO Y CONOZCO ÍNTEGRAMENTE EL CONTENIDO DEL PRESENTE INSTRUMENTO, CUYA COPIA RECIBO EN ESTE MISMO ACTO. DEJO CONSTANCIA QUE HE OBTENIDO DEL CORREDOR, A MI ENTERA SATISFACCIÓN, ASESORÍA RESPECTO A LA NATURALEZA Y ALCANCES DE LAS MENCIONADAS COBERTURAS Y TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA ILUSTRAR MI DECISIÓN DE CONTRATAR ESTE SEGURO

[10560]
Nombre Asegurado: [9013] [9011] [9012]
RUT Asegurado: [9000]

[10730]
BNP Paribas Cardif Seguros de Vida S.A CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A.
RUT: 96.837.630-6 RUT: 77.218.570 - 7

La contratación de este seguro es absolutamente voluntaria, la cual manifiesto libremente mediante la suscripción de esta de esta propuesta de seguro, por el valor de la prima en ella indicada

[10930]

ANEXO I

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 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 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 II

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Ante cualquier consulta no dude en llamar al centro de atención al cliente "CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A." al teléfono **600 500 5000,** donde un ejecutivo especializado lo atenderá o bien por medio del sitio web www.seguroscencosud.cl durante las 24 horas, todos los días del año.

De manera presencial, podrá acercarse a cualquiera de los módulos de seguros y servicios que se encuentran en las Tiendas Paris.

Además, en caso de consultas relacionadas con este seguro, y en general todo lo regulado en el presente contrato, nuestros clientes pueden utilizar el Servicio de Atención al Cliente **BNP Paribas Cardif Seguros de Vida** llamando al: **800 362 100** o desde celulares al **2 2429 3507**, de Lunes a Viernes de 09:00 hrs. a 18:00 hrs, excepto festivos o vía correo electrónico al correo: servicio.cliente@cardif.cl y para consultas de siniestros escribir a : siniestros@cardif.cl

ANEXO III

(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 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 preinforme 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 denuncio, a excepción de:

1. Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100UF: 90 días corridos desde fecha denuncio.
2. Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncio.

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 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 trascripción íntegra de los artículos 25 a 28 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.