

PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO VIDA PLUS (SUC. Y WEB) CAT ADMINISTRADORA DE TARJETAS S.A.

Estos seguros son de contratación voluntaria y no afectan la aprobación del producto o servicio financiero que usted ha solicitado.

La decisión de contratar estos seguros, por ley, debe ser ratificada por usted. Para ello dispone de un plazo de 30 días contados desde su contratación. En caso de no ratificarlos en dicho plazo, se entenderá que no desea contratar los seguros que inicialmente señaló.

La prima de estos seguros sólo se cobrará a contar de la fecha en que usted los ratifique.

En caso de ratificarlos, usted puede retractarse si la contratación la efectuó por un medio a distancia. Además, puede terminarlos anticipadamente en cualquier momento independientemente del medio por el que los contrató.

CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA N°221101520 (En adelante la "Póliza")

ARTÍCULO N° 1: PARTES INTERVINIENTES

A) CONTRATANTE

Contratante: CAT Administradora de Tarjetas S.A. (en adelante el "Contratante")

R.U.T. : 99.500.840 - 8

Dirección : Av. Vitacura 2736, piso 14

Comuna : Las Condes

B) ASEGURADOR

Asegurador: BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A. (En adelante la "Compañía")

R.U.T. : 96.837.640 - 3

Dirección : Vitacura N° 2670, piso N° 14

Comuna : Las Condes - Santiago

C) CORREDOR

Corredor : CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A. (En adelante la "Corredora" o "Corredor")

R.U.T. : 77.218.570 - 7

Dirección : Av. Vitacura 2736, piso 14

Comuna : Las Condes

ARTÍCULO N° 2: 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.

ARTÍCULO N° 3: VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA

La póliza tendrá vigencia desde las 00:00 horas del 01/10/2021 y hasta las 23:59 horas del 30/06/2022 y posteriormente se renovará automáticamente por nuevos períodos anuales y sucesivos, salvo que alguna de las partes manifieste su intención de ponerle término mediante aviso previo enviado con al menos 90 (noventa) 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 a la póliza o modificar las condiciones de la cobertura, según prefiera el contratante, mediante aviso previo de 60 (sesenta) días de anticipación a la fecha en que se quiera dar término efectivo a la póliza.

ARTÍCULO N° 4: VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Para aquellas personas que cumplan con las Condiciones de Asegurabilidad y que se incorporen voluntariamente a este seguro, la vigencia de la cobertura comenzará una vez ratificada la contratación del seguro (confirmación de la contratación), conforme a lo señalado en el artículo 583 bis del Código de Comercio, y se mantendrá vigente por un plazo de 24 (veinticuatro) meses desde la Ratificación.

ARTÍCULO N° 5: ASEGURADOS

Personas naturales que tengan la calidad de deudores, codeudores y/o avales de operaciones de crédito otorgado por la identidad contratante, y que cumplan con las Condiciones de Asegurabilidad establecidas en la presente póliza (en adelante el "Asegurado" o los "Asegurados").

ARTÍCULO N° 6: COBERTURA Y CAPITAL ASEGURADO

Cobertura de Fallecimiento (POL 2 2021 0140)

La Compañía asegura la vida de los deudores del Contratante que figuren como Asegurados. De acuerdo a lo anterior, la indemnización correspondiente al capital asegurado será pagado por la Compañía al o a los beneficiarios designados por el Asegurado, después de haberse comprobado por esta que el fallecimiento del Asegurado ocurrió durante la vigencia de la cobertura para dicho Asegurado, y que no se produjo bajo algunas de las exclusiones señaladas en el artículo N° 4º de las Condiciones Generales que amparan esta Póliza. Si el Asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de la cobertura otorgada por esta Póliza, no habrá derecho a indemnización alguna.

Capital Asegurado

La Compañía, pagará como capital asegurado el monto inicial y nominal del crédito.

Monto Máximo asegurado: UF 20.000.

ARTÍCULO N° 7: BENEFICIO DE ASISTENCIA

1- ASISTENCIA TAXI, APLICA PARA PRODUCTO SUPER AVANCE Y PLAN DE CUOTAS

Descripción del servicio: (Productos Financieros que no sean Avance en Efectivo)

En el caso que el Asegurado solicite este beneficio, se pondrá a disposición un Taxi que lo irá a buscar al destino programado. El traslado es de un origen a un destino.

Condiciones del servicio.

- Límite de eventos: 8 servicios de taxis utilizables en un plazo de 24 meses siguientes a la ratificación de la contratación del seguro.
- El servicio tiene Tope de 1 taxi mensual por Rut del asegurado contratante.
- El presente servicio de asistencia tendrá un tope máximo de 20 Km por viaje realizado. En caso de exceder los 20 Km. de límite como traslado, se cobrará un adicional de \$900 por cada Km.
- El tiempo límite de conducción es de 60 minutos, en caso de exceder este tope se cobrará un adicional de \$5.000 por cada 15 minutos.
- El servicio considera un Tope máximo de \$15.000 por viaje.
- Origen y (1) destino

Límites y Características:

- El Asegurado titular deberá comunicarse con nuestra Plataforma con 2 horas de anticipación, para solicitar el servicio de traslado y pactar la hora de requerimiento del servicio. La plataforma coordinará servicio, y confirmará con el Asegurado titular.
- El tiempo máximo de espera es de 15 minutos.
- El costo del tag es asumido por el Asegurado titular (\$2.500 Valor. referencial)

- Se deja constancia que el servicio de taxi tiene restricciones de uso y cobertura para algunos barrios de la región metropolitana, lo que puede consultar en el fono 600 700 2000.
- El servicio estará disponible todos los días del año, excluyendo los siguientes días festivos:
 1. Año nuevo: 31 de diciembre y 1º de enero.
 2. Fiestas Patrias: 18 y 19 de septiembre, incluido los días feriados asociados a dicha celebración.
 3. Navidad: 24 y 25 de diciembre.

Cobertura Territorial:

El Beneficio de asistencia Taxi tendrán cobertura a nivel nacional en las principales ciudades. Excluyendo la isla grande Chiloé y los territorios insulares.

Solicitud del Beneficio de Asistencia:

En caso de que el Asegurado requiera solicitar los beneficios de asistencias deberá proceder de la siguiente forma:

- a) El Asegurado podrá utilizar el número exclusivo habilitado 600 700 2000.
- c) El Asegurado deberá otorgar al ejecutivo de la plataforma de asistencia todos los datos necesarios para identificarlo como ASEGURADO, y los datos necesarios son: Nombre, cédula de identidad y número de teléfono para localizarlo.

2- SALA DE URGENCIA POR ACCIDENTES DE PERSONAS, APLICA PARA PRODUCTO AVANCE EN EFECTIVO

Descripción del beneficio: (*Productos Financieros de Avances en Efectivo*)

El Asegurado y los Beneficiarios de este (Cónyuge e hijos) tendrán derecho a recibir el beneficio de Asistencia en sala de urgencia a causa de un accidente, en los términos y condiciones que a continuación se detallan,

El beneficio consiste en ser atendido en la sala de urgencia de los establecimientos indicados, por el equipo médico designado por la Compañía sin pago directo, después de usar el sistema de salud del Asegurado, hasta el tope indicado. En aquellos casos en que el Asegurado o los Beneficiarios de este seguro no cuente con un plan de salud previsional, se aplicará el presente beneficio en forma directa, con un copago de un 50%.

Para que opere el beneficio, es imprescindible que previo al ingreso a la sala de urgencia, la plataforma telefónica designe los centros médicos en convenio, según sistema de salud, ubicación y/o lo que más le acomode al Asegurado. En caso de requerirse, se le entregará el beneficio de traslado médico terrestre (sin límite de solicitudes), y se enviará con la mayor prontitud posible el medio de transporte terrestre más idóneo (según la gravedad que presente el asegurado o el beneficiario según sea el caso) para que lo traslade al Centro Médico definido por el equipo médico definido por la Compañía.

Todos los asegurados que ingresen deben registrar su huella digital.

Detalle del beneficio: SALA DE URGENCIA POR *ACCIDENTE:

Cubre hasta 40 UF anuales en un plazo de 24 meses siguientes a la ratificación de la contratación del seguro. Comprende los siguientes beneficios:

- Derecho de URGENCIA
- Atención de URGENCIA
- Atención de Médico DE URGENCIA
- Valoración clínica por Médico Traumatólogo

Exámenes de laboratorio:

- a) Hemograma completo
- b) Glucosa
- c) Grupo sanguíneo
- d) EMO (elemental y microscópico de orina)

Exámenes de imágenes:

- a) Radiografía simple en zona de trauma: 1 placa

- b) Ecografía abdomino-pélvica: 1 estudio
- c) Scanner

Medicamentos:

- a) Analgésicos (dolor)
- b) Antiinflamatorios (inflamación)
- c) Antipiréticos (fiebre)
- Material de uso médico: yeso, venda, etc.
- Equipo y material de sutura

LÍMITE DE ACCIDENTES: Ilimitado.

*ACCIDENTE

Se entiende por accidente para los efectos de este beneficio, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos. Si se trata de personas que éste afecte en el organismo de la persona, tales como lesiones corporales determinadas por caídas, fracturas, heridas por armas de fuego, luxaciones, dilaceraciones, cortaduras, golpes, quemaduras de cualquier especie, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramiento producidos por esfuerzo repentino, como también estados septicémicos, e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones revelados por los exámenes correspondientes.

TRASLADO MÉDICO EN CASO DE ACCIDENTE

El beneficio consistente en el traslado en ambulancia o medio idóneo en caso de accidente del asegurado de la asistencia que solicite la atención de urgencia. En el caso de riesgo vital y/o secuela funcional grave, se acudirá a la red de atención de urgencia más cercana. En caso de que el afiliado sufra un accidente, incluso automovilístico, que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su inmediato traslado hacia el centro asistencia más cercano, se gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre o el medio más idóneo según lo establecido por el departamento médico designado por la compañía hasta el centro médico más cercano, este beneficio se encuentra contemplado dentro del beneficio de gastos médicos.

Orientación Telefónica de Salud (Productos Financieros de Avances)

Descripción:

Servicio de información telefónico proporcionado por profesionales de la salud, operativo durante las 24 horas y los 365 días del año, orientado a responder las inquietudes efectuadas por el titular, en búsqueda de una orientación sobre enfermedades, dolencias, síntomas, malestares, imprevistos de salud, interacción de medicamentos, seguimiento de enfermedades crónicas, medidas de auto cuidado en salud, entre otras. Este servicio es de carácter informativo por lo que no reemplaza la consulta de un médico.

Incluye:

- Consultas sobre urgencias médicas y primeros auxilios.
- Información sobre medicamentos (no se recetará medicamentos vía telefónica).
- Consulta sobre evolución de tratamientos.
- Información sobre centros de la red médica pública y privada.
- Servicio de Información Pediátrica: Se entregará al beneficiario que así lo solicite, información relativa a salud, nutrición, pestes, vómitos, cólicos, dolores estomacales, contagios, temas respecto a la leche materna, trastornos del sueño, tratamientos, entre otros.
- Información sobre Farmacias de Turno.
- Orientación General en Caso de Emergencia: Este servicio facilita al cliente la posibilidad de una orientación ante los aspectos sanitarios de cualquier índole.
- Este servicio se prestará sin límite de costo y sin límite de eventos al año.

El beneficio comenzará en forma automática desde la fecha de ratificación de contratación del seguro por parte del asegurado y se mantendrá vigente por un plazo de 24 meses desde la firma de la solicitud de incorporación.

Nota: el beneficio sala de urgencia por accidente es otorgado gratuitamente por el asegurador y entregado por una empresa externa, sin responsabilidad para CAT Corredores de Seguros y Servicios Ltda. ni para CAT Administradora de Tarjetas S.A. Puede llamar a los números telefónicos 600 700 2000, o desde celulares al (02) 2200 29 69, para garantizar la atención de las llamadas en nombre de "Asistencia Cencosud" las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

En caso de consultas relacionadas con este servicio, no dude en llamar al centro de atención al cliente de **BNP Paribas Cardif Seguros de Vida S.A.** al teléfono 800 362 100, donde un ejecutivo especializado lo atenderá de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas, excepto festivos.

Nota: Esta asistencia se activará en un periodo máximo de 60 días corridos, contados desde la ratificación de contratación del seguro, por lo tanto, el Asegurado podrá acceder a todos los beneficios contemplados en esta asistencia luego de transcurrido este plazo.

ARTÍCULO N° 8: BENEFICIARIOS

El capital asegurado será otorgado a la o las personas que el Asegurado deje estipulado como Beneficiarios en la Solicitud de Incorporación. Si el Asegurado omitiere la designación de beneficiarios, la indemnización corresponderá a sus Herederos Legales.

ARTÍCULO N° 9: EXCLUSIONES

Las exclusiones se encuentran detalladas en las Condiciones Generales que amparan la cobertura de la presente Póliza, depositadas en el registro de pólizas de la C.M.F bajo el código POL220210140, Artículo 4º. No obstante, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido 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.

ARTÍCULO N° 10: PRIMA Y FORMA DE PAGO

La prima será única por asegurado y se calcula aplicando la tasa que a continuación se detalla, sobre el monto inicial del crédito.

Coberturas	Prima Neta (%)	IVA(%)	Prima Bruta (%)
Fallecimiento	6,90%	0,00%	6,90%
Prima Mensual UF	6,90%	0,00%	6,90%

Nota: La prima será pagada por el asegurado mediante el cargo de su valor al monto del crédito al que se encuentre asociado el seguro.

ARTÍCULO N° 11: CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edad de ingreso y permanencia será:

- Edad mínima de ingreso corresponde al día en que el asegurable cumpla 18 años.
- Edad máxima de ingreso a la póliza es hasta los 77 años y 364 días.
- Edad máxima de permanencia es hasta los 79 años y 364 días.
- Los Asegurados deberán suscribir una Declaración Personal de Salud (DPS) al momento de contratar este seguro.

ARTÍCULO N° 12: SINIESTROS

Plazo de presentación de los antecedentes

Producido un siniestro, el reclamante deberá comunicarlo por escrito tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento del mismo. No obstante, se establece un plazo de cuatro (4) años siguientes a la fecha en que se haya producido el hecho, en tanto este plazo sea superior al primero.

Para tal efecto el Reclamante deberá completar un formulario de denuncia de siniestros que le será proporcionado por la Corredora o la Compañía.

Antecedentes para la liquidación

Para la liquidación del beneficio, el Reclamante deberá enviar los siguientes antecedentes:

- a) Certificado de defunción, en original, el cual indique la causa de fallecimiento.
- b) Certificado de nacimiento para acreditar la edad, si no ha sido indicada en el Certificado de Defunción.
- c) En caso de inexistencia de beneficiarios designados, se requerirá la Posesión Efectiva o Auto de Posesión Efectiva.
- d) Fotocopia de cedula de identidad de los beneficiarios por ambos lados.

Adicionalmente, el Contratante deberá proporcionar el siguiente antecedente:

- a) Formulario de denuncio de siniestro indicando número de Póliza y cobertura siniestrada.
- b) Fotocopia de la solicitud de Incorporación del asegurado.
- c) Certificado emitido por el Contratante que indique claramente el monto del capital asegurado.

Nota: La Compañía se reserva el legítimo derecho de exigir la acreditación de la existencia del crédito, en aquellos casos que estime conveniente, así como también el servicio regular de la deuda, cuando proceda.

Plazo del pago de indemnización

El pago del beneficio se realizará dentro de 10 días hábiles desde la presentación a la Compañía de todos los antecedentes solicitados. En todo caso este plazo no podrá exceder de 6 días desde la notificación de la resolución de la Compañía que estime procedente el pago de la indemnización. Para esta presentación se usará un formulario de denuncio de siniestros.

Tratándose de siniestros que no vengan acompañados de toda la documentación pertinente o en que se requiera de un mayor análisis, la Compañía se reserva el derecho a solicitar todos los antecedentes y efectuar las investigaciones que sean necesarias para efectuar en forma correcta el procedimiento de liquidación.

La Compañía informará oportunamente al responsable del Contratante sobre aquellos casos que se encuentren pendientes.

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

ARTÍCULO N° 13: COMISIONES

Comisión de Intermediación: La Compañía Aseguradora pagará al Corredor por concepto de Comisión de Intermediación 35% (más IVA) sobre la prima cliente bruta recaudada, neta de anulaciones y devoluciones.

Comisión de Recaudación: La Compañía Aseguradora pagará al Contratante por concepto de Comisión de Recaudación 41% (Exenta de IVA) sobre la prima cliente bruta recaudada, neta de anulaciones y devoluciones.

ARTÍCULO N° 14: TERMINACION

El seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en estas 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.

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

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.

ARTÍCULO N° 15: DERECHO DE RETRACTACIÓN

El asegurado tiene derecho a retractarse del seguro contratado, sin expresión de causa ni penalización alguna, en el plazo de 35 días contados desde que el asegurado tome conocimiento de la póliza respectiva o desde la fecha que ésta llegue al domicilio designado para tales efectos. Asimismo, el interesado podrá manifestar su intención de retractarse de la aceptación del contrato en cualquier momento antes del envío físico o electrónico (e-mail) de la póliza.

La retractación deberá comunicarse, al asegurador o corredor de seguros que intermedie el seguro, por cualquier medio que permita la expresión fehaciente de voluntad.

Si la retractación se produce con posterioridad al pago de la prima respectiva, deberá restituirse su importe íntegro al interesado, con independencia del medio de pago respectivo.

ARTÍCULO N° 16: 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 (C.M.F.), bajo el código:

- Cobertura Vida : POL 2 2021 0140

ARTÍCULO N° 17: SELLO SERNAC

Este contrato no cuenta con sello Sernac.

CAT Administradora de Tarjetas S.A.

CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A.

BNP Paribas Cardif Seguros de Vida S.A.

Anexo Servicio de Atención al Cliente

La Compañía pone a disposición de los CLIENTES un servicio de atención al cliente, en adelante "SAC", para atender las consultas y reclamos relacionados con los seguros suscritos, 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 S.A.** llamando al: **800 362 100**, 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.

Además, se puede comunicar al teléfono 600 500 5000 o acercarse a cualquiera de los módulos de seguros y servicios que se encuentran en las Tiendas Paris habilitados.

ANEXO

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, correadores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, 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 1º, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

ANEXO

(Circular N° 2106 Comision 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 procedural, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que

designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE – INFORME DE LIQUIDACIÓN

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncio, a excepción de:

- 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;
- 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 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 trascipción 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.

"Estos seguros son de contratación voluntaria y no afectan la aprobación del producto o servicio financiero que usted ha solicitado.

La decisión de contratar estos seguros, por ley, debe ser ratificada por usted. Para ello dispone de un plazo de 30 días contados desde su contratación. En caso de no ratificarlos en dicho plazo, se entenderá que no desea contratar los seguros que inicialmente señaló.

La prima de estos seguros sólo se cobrará a contar de la fecha en que usted los ratifique.

En caso de ratificarlos, usted puede retractarse si la contratación la efectuó por un medio a distancia. Además, puede terminarlos anticipadamente en cualquier momento independientemente del medio por el que los contrató."

ARTÍCULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES

Para los efectos de la presente póliza se entenderá por:

CONTRATANTE O TOMADOR: Es aquel que celebra el seguro con el asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato y que se encuentra señalado como tal en las Condiciones Particulares de esta póliza. El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro, excepto las que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por el Asegurado, conforme a los términos del presente contrato de seguro.

ASEGURADOS: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Para los efectos de esta póliza serán las personas que cumplan con los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos y se encuentren definidos como tales en las Condiciones Particulares de la póliza.

BENEFICIARIOS: Corresponde a la persona natural o jurídica que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro. También podrá ser beneficiario el propio asegurado, en el caso que se contraten coberturas adicionales que se paguen durante la vida del asegurado.

Los beneficiarios se estipularán en la solicitud de seguro que se debe presentar a la compañía aseguradora. A falta de designación expresa de beneficiarios, en su caso, operarán las reglas de herencias establecidas en el Código Civil.

ARTÍCULO 3: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

Conforme a los términos de la presente póliza, la indemnización correspondiente al capital de un asegurado señalado en las Condiciones Particulares será pagado por la compañía aseguradora al o a los beneficiarios, en la forma, condiciones y características estipuladas en las Condiciones Particulares, después del fallecimiento del asegurado, si ocurre durante la vigencia de la cobertura para dicho asegurado. Si el asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de la cobertura de la póliza, no habrá derecho a indemnización alguna.

La prima se devengará hasta la fecha de vencimiento de la póliza, o hasta la fecha de vencimiento de la cobertura para un asegurado en particular si ella fuera posterior al vencimiento de la póliza o hasta la fecha de fallecimiento del asegurado, si esto ocurre antes.

ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado fuere causado por:

- 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.
- b) Pena de muerte o por participación en cualquier acto delictivo.
- c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el pago de la cantidad asegurada o 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 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, 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.
- 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) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales, cualesquier enfermedad, dolencia o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la contratación del seguro.

h) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

i) Una infección oportunista o neoplasia maligna causado o que resulte como consecuencia que, a la fecha del siniestro, el asegurado estuviere afecto o fuere portador del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por: "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA", lo dispuesto para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluirá encefalopatía, demencia por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, V.I.H., y síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana, V.I.H. Infección Oportunita incluye, pero no debe limitarse a, neumonía causada por pneumocystis carinii, organismo de enteritis crónica, infección vírica o infección micro bacteriana diseminada. Neoplasia Maligna 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.

De ocurrir el fallecimiento del asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura para el caso en particular, y producirá el término del seguro para dicho asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía. Conforme a lo anterior, la póliza seguirá vigente para todos los efectos con respecto a los demás asegurados.

ARTÍCULO 5: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

Los asegurados podrán instituir para cobrar el importe de la indemnización correspondiente a este seguro, o de una cobertura adicional, a una o más personas, individualizándolas en la solicitud o propuesta de seguro o de su adicional.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo mención en contrario.

A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales del asegurado.

Los asegurados, en su caso, podrán modificar su designación de beneficiario cuando lo estimen conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con el consentimiento del o los beneficiarios, manifestándose de este hecho por escrito a la Compañía aseguradora.

La compañía aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

ARTÍCULO 6: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado estará obligado a:

1º Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;

2º Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;

3º Pagar la prima en la forma y época pactadas;

4º Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro; Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al tomador el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.

Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 7: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado deberá realizar las siguientes declaraciones:

1) Las estipuladas en el artículo 524, N°1) del Código de Comercio.

2) Las estipuladas en el artículo 525 del Código de Comercio. Cualquiera sea la declaración que haga el deudor asegurado en virtud de esta póliza deberá ser hecha de buena fe y respecto de las circunstancias por él conocidas y solicitadas por el asegurador.

ARTÍCULO 8: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará de recho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna. Plazo de Gracia: El Asegurador podrá conceder un plazo de gracia, que será el señalado en las condiciones particulares, el cual será contado a partir del primer día de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo la cobertura permanecerá vigente. Si ocurriera un siniestro durante dicho plazo de gracia, se deducirá de la indemnización a pagar la prima vencida y no pagada. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la cobertura terminará anticipadamente de conformidad al procedimiento señalado en los incisos anteriores.

ARTÍCULO 9: DENUNCIA DE SINIESTROS

El denuncio de un siniestro cubierto por esta póliza deberá informarse a la Compañía Aseguradora dentro del plazo establecido para estos efectos en las Condiciones Particulares contado desde que el beneficiario tomó conocimiento de la ocurrencia del siniestro, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

Al fallecimiento de uno de los asegurados en esta póliza, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago del capital asegurado en la forma y plazos señalados en las Condiciones Particulares presentando los siguientes antecedentes:

- a) Certificado de Defunción del asegurado;
- b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado, y
- c) Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad del asegurador.

En el caso que el asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones establecidas en esta póliza o las cumpla imperfectamente por su culpa o negligencia, éste perderá todo derecho a exigir indemnización con cargo a la presente póliza. Sin perjuicio de lo anterior, en el evento que el asegurado haya incumplido con alguna(s) de estas obligaciones por caso fortuito o fuerza mayor, la Compañía Aseguradora otorgará una prórroga prudencial para el cumplimiento de las mismas. Dentro del marco de lo establecido en el Decreto Supremo N° 1055 de 2013, Reglamento sobre los Auxiliares del Comercio de Seguros, o el reglamento que lo reemplace, la denuncia de siniestros y, en general, todo el procedimiento de liquidación de siniestros se regirá por lo que dispongan las Condiciones Particulares de la póliza, en la medida que no se opongan a lo establecido en el reglamento antes citado y demás disposiciones legales y normativas vigentes.

ARTÍCULO 10: PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO

La obligación de pagar el capital asegurado deberá ser cumplida por la compañía en un solo acto, por su valor total y en dinero, a menos que en las condiciones particulares se señale que el pago se realizará en forma de rentas, o como una combinación de pago contado y rentas. En todo caso, de la liquidación del siniestro será deducida cualquier deuda que con la compañía aseguradora tuviere el contratante respecto del asegurado.

ARTÍCULO 11: VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y COBERTURA VIGENCIA DE LA POLIZA

La vigencia de la póliza y de las coberturas contratadas serán las que se especifiquen en las Condiciones Particulares o en la respectiva Solicitud de Incorporación/Certificado de Cobertura para cada uno de los Asegurados en particular.

ARTÍCULO 12: 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.

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

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 presentes 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.

ARTÍCULO 13: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía y el contratante, los asegurados o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta, correo electrónico u otro medio fehaciente. En caso de carta, ésta debe ser dirigida al domicilio de la compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. En caso de correo electrónico, deberán realizarse a la dirección de correo electrónico señalado en las Condiciones Particulares, en la solicitud de seguro respectiva o en la grabación telefónica si correspondiese.

ARTÍCULO 14: CLÁUSULA DE SOLUCIÓN DE CONFLICTO

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

ARTÍCULO 15: DOMICILIO

Para todos los efectos legales, las partes de este contrato fijan domicilio en la ciudad indicada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 16: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de la cobertura para un asegurado en particular o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.