

**SOLICITUD DE INCORPORACION / CERTIFICADO DE COBERTURA  
SEGURO DESGRAVAMEN FULL ITAU  
CONTRATANTE: INVERSIONES TARJETA FAMILYCARD LTDA**

DATOS DEL PROMOTOR	
NOMBRE Y APELLIDOS: FAMILYCARD	
RUT: 76.118.138-4	TIENDA: MALL DEL CENTRO SANTI

DATOS DEL ASEGURADO (PERSONA NATURAL)		
NOMBRE COMPLETO (PATERNO, MATERNO, NOMBRES): CARMEN PI PIZARRO NAVARRO ELIZABETH		
RUT: 14150214-K	ACTIVIDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO: 14-01-1981	ESTADO CIVIL: SOLTERO (A)	TELÉFONO: 72317665
DIRECCIÓN: PASAJE REFUGIO NRO 31	COMUNA: LAMPA	
EMAIL: NAVARROELI34@GMAIL.COM	SEXO: FEMENINO	

COBERTURA, CAPITAL ASEGURADO Y PRIMA.	
COBERTURAS	CAPITAL ASEGURADO
1. FALLECIMIENTO NATURAL O ACCIDENTAL DEL ASEGURADO	SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA AL ÚLTIMO DÍA DEL MES INMEDIATAMENTE ANTERIOR A LA FECHA DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, CON TOPE DE UF 35.
2. PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA DOS TERCIOS	
3. DIAGNÓSTICO ENFERMEDADES GRAVES	
<b>VALOR DE LA PRIMA MENSUAL</b>	<b>UF 0,0641</b>
LA PRIMA SE COBRARÁ EN PESOS CALCULADOS EN BASE AL VALOR DE LA UF DEL DÍA DE FACTURACIÓN.	

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EDAD MÍNIMA DE INGRESO 18 AÑOS</li> <li>• EDAD MÁXIMA DE INGRESO 64 AÑOS, 364 DÍAS</li> <li>• EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA 65 AÑOS, 364 DÍAS</li> </ul>

DECLARACION PERSONAL DE SALUD DEL ASEGURADO (D.P.S.)
DECLARO BAJO JURAMENTO QUE NO TENGO, NO HE TENIDO, NI ME ENCUENTRO EN PROCESO DE DIAGNÓSTICO, NI HE SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO, DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: CARDIOVASCULARES, CORAZÓN, VÁLVULAS, ARRITMIAS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES, OBESIDAD, GASTROINTESTINALES, COLON, HÍGADO, PÁNCREAS, CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER NATURALEZA, HERNIA NÚCLEO PULPOSA, TIROIDES, NEUROLÓGICAS, TRASTORNOS MENTALES O DEL SISTEMA NERVIOSO, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, BRONCOPULMONARES O GENITOURINARIAS, ALCOHOLISMO, CIRROSIS, OSTEOMUSCULARES, AUTOINMUNES, TRANSMISIÓN SEXUAL, HIV POSITIVO, SIDA, RENALES, PANCREATITIS,

ENFERMEDADES INFECCIOSAS, PARASITARIAS, TRASTORNOS ENDOCRINOS O CUALQUIER ENFERMEDAD GRAVE QUE NO SE ALUDA EN ESTA DECLARACIÓN. EN CASO CONTRARIO DETALLE CUÁLES Y SU FECHA DE DIAGNÓSTICO.

NO

**COMENTARIOS:**  
SIN COMENTARIOS

DECLARO ESTAR EN CONOCIMIENTO Y ACEPTO QUE LAS ENFERMEDADES, DOLENCIAS O PROBLEMAS DE SALUD QUE HE DECLARADO PRECEDENTEMENTE CONSTITUIRÁN RESTRICCIONES DE COBERTURA, POR LO CUAL LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO ESTARÁ OBLIGADA A EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO SI LA CAUSAL DE FALLECIMIENTO SE PRODUCE POR ALGUNO DE ESTOS MOTIVOS. ASIMISMO, ACEPTO Y SOLICITO QUE ESTA DECLARACIÓN ESPECIAL SEA PARTE INTEGRANTE DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO. ENTIENDO Y CONCUERDO, QUE LOS BENEFICIOS DE ESTE SEGURO, NO OPERARÁN SI LA CAUSA DE SINIESTRO FUESE ALGUNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE PREEXISTENTE A LA FECHA DE LA SUSCRIPCIÓN DE ESTE CERTIFICADO DE COBERTURA.

ADICIONALMENTE, AUTORIZO A CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL, CLÍNICA U OTRA INSTITUCIÓN O PERSONA QUE TENGA REGISTROS PERSONALES MÍOS INCLUIDOS EN ESTA DECLARACIÓN, PARA QUE PUEDA DAR INFORMACIÓN SOLICITADA POR ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. A SU VEZ FACULTO A ÉSTA ÚLTIMA, PARA QUE SOLICITE O RETIRE COPIAS DE TALES ANTECEDENTES. CONFORME A LO SEÑALADO EN LA LEY N° 19.628, RELATIVA A LA PROTECCIÓN DE LA VIDA PRIVADA, POR ESTE ACTO VENGO EN FACULTAR EXPRESAMENTE A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS A LA QUE ESTOY SOLICITANDO EL(LOS) PRESENTE(S) SEGURO(S), O QUIEN SUS DERECHOS REPRESENTA, PARA HACER USO DE MIS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL ASÍ COMO TAMBIÉN AQUELLOS DENOMINADOS COMO SENSIBLES. ESTA AUTORIZACIÓN FACULTA A LA ASEGURADORA PARA EFECTUAR EL TRATAMIENTO DE DICHOS DATOS CONFORME LO EXPRESA LA NORMA LEGAL SEÑALADA. ASIMISMO, CONSIENTO EXPRESAMENTE PARA QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA TENGA ACCESO A LOS CONTENIDOS O COPIAS DE LAS RECETAS MÉDICAS, ANÁLISIS O EXÁMENES DE LABORATORIOS CLÍNICOS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD, SEGÚN LO EXPRESA EL ARTÍCULO 127 DEL CÓDIGO SANITARIO, MODIFICADO POR LA LEY YA CITADA. CONFORME A LO ANTERIOR, DECLARO HABER SIDO INFORMADO QUE ESTOS DATOS SON PARA EL EXCLUSIVO USO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA EN EL ANÁLISIS DEL OTORGAMIENTO DE SEGUROS, MODIFICACIONES DE COBERTURAS, ANÁLISIS DE RECLAMOS, INVESTIGACIONES DE SINIESTROS Y, EN GENERAL TODO AQUELLO QUE DIGA RELACIÓN CON LOS CONTRATOS QUE CELEBRE CON LA ASEGURADORA, PUDIENDO ESTOS DATOS SER COMUNICADOS A TERCEROS, CON ESTOS MISMOS FINES.

#### **MANDATO DE INCORPORACION Y CARGO EN TARJETA**

POR MEDIO DEL PRESENTE MANDATO FACULTO A INVERSIONES TARJETA FAMILYCARD LTDA PARA INCORPORARME A LA PÓLIZA COLECTIVA 000530-000 PARA CARGAR MENSUALMENTE EN LA TARJETA DE CRÉDITO FAMILYCARD LA PRIMA MENSUAL DE ESTE SEGURO DE DESGRAVAMEN Y LOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE LAS CUOTAS DEL CRÉDITO SOLICITADO, CUYAS CONDICIONES DE COBERTURA, VIGENCIA, EXCLUSIONES, CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD CONOZCO A CABALIDAD Y LAS CUALES ACEPTO VOLUNTARIA E INFORMADAMENTE, HACIENDO EXTENSIVO ESTE MANDATO Y SUS RENOVACIONES. DECLARO HABER LEÍDO ÍNTEGRAMENTE ESTE DOCUMENTO Y HABER SIDO INFORMADO QUE EL ATRASO EN EL PAGO DE CUALQUIERA DE LAS PRIMAS GENERARÁ LA CADUCIDAD DEL SEGURO EN LA FORMA ESTABLECIDA EN LA PÓLIZA. EL TITULAR DE LA TARJETA FAMILYCARD AUTORIZA AL CONTRATANTE PARA RENOVAR ESTE SEGURO EN CUALQUIER TIEMPO MANTENIENDO O MEJORANDO LAS CONDICIONES DE COBERTURA. EL TITULAR DE LA TARJETA SE RESERVA EL DERECHO DE MANIFESTAR SU DISCONFORMIDAD RESPECTO DE LA RENOVACIÓN ANTES SEÑALADA. SE DEJA CONSTANCIA, QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES PARTE INTEGRANTE DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA. **SIN PERJUCIO DE LO SEÑALADO ANTERIORMENTE, CUALQUIER MODIFICACIÓN EN EL SEGURO CONTRATADO, SERÁ PREVIAMENTE NOTIFICADA AL ASEGURADO, ANTES DE LA RENOVACIÓN QUE INCLUYE LA MODIFICACIÓN.**

## IMPORTANTE

A) LA COMPAÑÍA QUE CUBRE EL RIESGO ES ITAÚ CHILE SEGUROS DE VIDA S.A., RUT: 76.034.737-K. LA PRESENTE SOLICITUD ES UN CERTIFICADO DE COBERTURA INMEDIATA SIEMPRE QUE SE COMPLETEN LOS DATOS INDICADOS Y SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL ASEGURADO.

B) **IMPORTANTE:** USTED SE HA INCORPORADO COMO ASEGURADO A UNA PÓLIZA O CONTRATO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR INVERSIONES TARJETA FAMILYCARD LTDA. DIRECTAMENTE CON ITAÚ CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.

C) ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE 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 ESTAS Y SUS CLIENTES. COPIA DEL COMPENDIO DE BUENAS PRÁCTICAS CORPORATIVAS DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SE ENCUENTRAN A DISPOSICIÓN DE LOS INTERESADOS EN [WWW.AACH.CL](http://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 ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB [WWW.DDACHILE.CL](http://WWW.DDACHILE.CL).

D) EL PRESENTE CONTRATO, A LA FECHA, NO CUENTA CON LA CERTIFICACIÓN VOLUNTARIA CONTEMPLADA EN EL ARTÍCULO 55 DE LA LEY 19.496.

E) SE PONDRÁ TÉRMINO AL SEGURO CONTRATADO POR EL ASEGURADO, BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES: 1) TÉRMINO DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO DE PRIMA: SI AL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE GRACIA (31 DÍAS) NO HA SIDO PAGADA LA PRIMA VENCIDA, LA PÓLIZA QUEDARÁ SIN EFECTO **DE ACUERDO A LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 528 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y CUMPLIENDO LOS REQUISITOS ALLÍ SEÑALADOS.** 2) QUE LA EDAD DEL ASEGURADO HAYA SOBREPASADO LA EDAD DE PERMANENCIA ESTIPULADA EN LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD; 3) EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO.

F) EL SEGURO SE MANTENDRÁ VIGENTE DE MANERA INDEFINIDA, RENOVÁNDOSE CADA AÑO AUTOMÁTICAMENTE, SIEMPRE QUE NO HAYA OCURRIDO ALGUNA DE LAS CAUSALES DESCRITAS EN EL PÁRRAFO ANTERIOR. POR SU PARTE, EL ASEGURADO PODRÁ PONER TÉRMINO AL PRESENTE SEGURO, EN CUALQUIER MOMENTO, ENVIANDO MEDIANTE COMUNICACIÓN ESCRITA, LA MANIFESTACIÓN DE SU VOLUNTAD AL TÉRMINO DEL MISMO. EL TÉRMINO ANTICIPADO DEL SEGURO NO IMPLICA NINGÚN COSTO PARA EL ASEGURADO.

G) COMUNICACIONES: CUALQUIER COMUNICACIÓN, DECLARACIÓN O NOTIFICACIÓN QUE DEBA EFECTUAR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA AL CONTRATANTE O AL ASEGURADO CON MOTIVO DE ESTE SEGURO, SE EFECTUARÁ A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INDICADA EN LA PRESENTE SOLICITUD, SALVO QUE ÉSTE NO DISPUSIESE DE CORREO ELECTRÓNICO O SE OPUSIERE A ESA FORMA DE NOTIFICACIÓN. LA FORMA DE NOTIFICACIÓN, COMO LA POSIBILIDAD DE OPONERSE A LA COMUNICACIÓN VÍA CORREO ELECTRÓNICO, DEBERÁ SER COMUNICADA POR CUALQUIER MEDIO QUE GARANTICE SU DEBIDO Y EFECTIVO CONOCIMIENTO POR EL ASEGURADO, O ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA. EN CASO DE OPOSICIÓN, DE DESCONOCERSE SU CORREO ELECTRÓNICO O DE RECIBIR UNA CONSTANCIA DE QUE DICHO CORREO NO FUE ENVIADO O RECIBIDO EXITOSAMENTE, LAS COMUNICACIONES DEBERÁN EFECTUARSE MEDIANTE EL ENVÍO DE CARTA DIRIGIDA AL DOMICILIO SEÑALADO EN LA PRESENTE SOLICITUD.

**LAS NOTIFICACIONES EFECTUADAS VÍA CORREO ELECTRÓNICO SE ENTENDERÁN REALIZADAS AL DÍA HÁBIL SIGUIENTE DE HABERSE ENVIADO ÉSTAS, EN TANTO QUE LAS NOTIFICACIONES HECHAS POR CARTA, SE ENTENDERÁN REALIZADAS AL TERCER DÍA HÁBIL SIGUIENTE AL INGRESO A CORREO DE LA CARTA, SEGÚN EL TIMBRE QUE CONSTE EN EL SOBRE RESPECTIVO.**

**CARACTERISTICAS DEL SEGURO**

**COBERTURA DESGRAVAMEN COLECTIVO (POL220130329):** CONFORME A LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, EL RIESGO ASUMIDO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA ES EL FALLECIMIENTO DE LOS DEUDORES DEL CONTRATANTE OCURRIDO YA CUMPLIDO EL PERIODO DE CARENCIA, QUE DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO, TENGAN LA CALIDAD DE ASEGURADOS, EN LOS TÉRMINOS DEFINIDOS Y ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, Y EN ESE CASO PAGAR UNA INDEMNIZACIÓN CONFORME A LO QUE SE SEÑALA A CONTINUACIÓN. DE ACUERDO A LO ANTERIOR, LA INDEMNIZACIÓN QUE DEBERÁ PAGAR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA POR EL FALLECIMIENTO DE UN ASEGURADO, CORRESPONDERÁ AL CAPITAL ASEGURADO CONFORME SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA, PARA DICHO ASEGURADO, SEGÚN LO INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, Y SERÁ PAGADO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA AL BENEFICIARIO DE ESTA PÓLIZA, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HABERSE COMPROBADO POR ÉSTA 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 6° DE ESTA PÓLIZA.

SI EL ASEGURADO SOBREVIVE A LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA O COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA, NO HABRÁ DERECHO A INDEMNIZACIÓN ALGUNA.

ESTA COBERTURA PODRÁ SER TOMADA CONJUNTAMENTE CON OTROS RIESGOS ADICIONALES QUE CONFORME A LA LEGISLACIÓN VIGENTE PUDIEREN SUSCRIBIRSE DESDE SU INICIO O DURANTE SU VIGENCIA, LO QUE DEBERÁ QUEDAR DEBIDAMENTE ACREDITADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

**EXCLUSIONES:** ESTE SEGURO NO CUBRE EL RIESGO DE MUERTE SI EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO FUERE CAUSADO POR:

A) SUICIDIO, AUTOMUTILACIÓN, O AUTOLESIÓN, CORRESPONDIENDO, EN TODO CASO, A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA ACREDITAR EL HECHO DEL SUICIDIO. NO OBSTANTE, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO AL BENEFICIARIO, SI EL FALLECIMIENTO OCURRIERA COMO CONSECUENCIA DE SUICIDIO, SIEMPRE QUE HUBIERA TRANSCURRIDO EL PLAZO DE DOS (2) AÑOS, U OTRO MENOR SEÑALADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA. CONTADO DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, DESDE SU REHABILITACIÓN, EN SU CASO, O DESDE EL AUMENTO DE CAPITAL ASEGURADO. EN ÉSTE ÚLTIMO CASO, EL PLAZO SE CONSIDERARÁ SÓLO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE AL INCREMENTO DEL CAPITAL ASEGURADO.

B) PENA DE MUERTE O POR PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER ACTO DELICTIVO.

C) ACTO DELICTIVO COMETIDO, EN CALIDAD DE AUTOR O CÓMPICE, POR QUIEN PUDIERE VERSE BENEFICIADO POR EL PAGO DE LA CANTIDAD ASEGURADA.

D) PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN GUERRA INTERNACIONAL, SEA QUE CHILE TENGA O NO INTERVENCIÓN EN ELLA; EN GUERRA CIVIL, DENTRO O FUERA DE CHILE; O EN MOTÍN O CONMOCIÓN CONTRA EL ORDEN PÚBLICO DENTRO O FUERA DEL PAÍS; O HECHOS QUE LAS LEYES CALIFICAN 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 EN LAS CUALES SE PONE EN GRAVE PELIGRO LA VIDA E INTEGRIDAD FÍSICA DE LAS PERSONAS.

G) REALIZACIÓN O PARTICIPACIÓN EN UNA ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO, CONSIDERÁNDOSE COMO TALES AQUELLOS QUE OBJETIVAMENTE CONSTITUYAN UNA FLAGRANTE AGRAVACIÓN DEL RIESGO O SE REQUIERA DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN O SEGURIDAD PARA REALIZARLOS. A VÍA DE EJEMPLO Y SIN QUE LA ENUMERACIÓN SEA TAXATIVA O RESTRICTIVA SINO QUE MERAMENTE ENUNCIATIVA, SE CONSIDERA ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO EL MANEJO DE EXPLOSIVOS, MINERÍA SUBTERRÁNEA, TRABAJOS EN ALTURA O LÍNEAS DE ALTA TENSIÓN, INMERSIÓN SUBMARINA, PILOTO CIVIL, PARACAIDISMO, MONTAÑISMO, ALAS DELTA, BENJI, PARAPENTE, CARRERAS DE AUTO Y MOTO, ENTRE OTROS.

H) SITUACIONES O ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR TALES LAS DEFINIDAS EN EL ARTÍCULO 3º DE ESTAS CONDICIONES GENERALES. PARA LOS EFECTOS DE LA APLICACIÓN DE ESTA EXCLUSIÓN, AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DEBERÁ CONSULTAR AL ASEGURADO O A QUIEN CONTRATA EN SU FAVOR, ACERCA DE TODAS AQUELLAS ENFERMEDADES, DOLENCIAS O SITUACIONES DE SALUD DIAGNOSTICADAS O CONOCIDAS POR EL, QUE PUEDEN IMPORTAR UNA LIMITACIÓN O EXCLUSIÓN DE COBERTURA. EN EL CERTIFICADO DE COBERTURA SE ESTABLECERÁN LAS RESTRICCIONES Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE LA DECLARACIÓN DE SALUD EFECTUADA CONFORME A LO SEÑALADO ANTERIORMENTE.

I) FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

J) 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:

I. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA LO DEFINIDO PARA TALEFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA DEBE INCLUIR ENCEFALOPATÍA (DEMENCIA) DE VIH, (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO) Y SÍNDROME DE DESGASTE POR VIH.

II. INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE A NEUMONÍA CAUSADA POR PNEUMOCYSTIS CARINII, ORGANISMO DE ENTERITIS CRÓNICA, INFECCIÓN VÍRICA O INFECCIÓN MICROBACTERIANA DISEMINADA.

III. NEOPLASMA MALIGNO INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE AL SARCOMA DE KAPOSÍ, 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 ALGUNAPOR PARTE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PARA ESTE CASO.

**CLAUSULA PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA DOS TERCIOS (CAD320131173):** ESTA CLÁUSULA ADICIONAL ES PARTE INTEGRANTE Y ACCESORIA DE LA PÓLIZA PRINCIPAL Y SE REGIRÁ, EN TODO LO QUE NO ESTÉ EXPRESAMENTE ESTIPULADO EN ÉSTA, POR LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA PRINCIPAL, DE MODO QUE SÓLO SERÁ VÁLIDO Y REGIRÁ MIENTRAS EL SEGURO CONVENIDO EN ELLA LO SEA Y ESTÉ VIGENTE NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

EL CAPITAL ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA PRINCIPAL PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO SERÁ PAGADO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA ANTICIPADAMENTE AL



ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA DOS TERCIOS, SIEMPRE QUE SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- A) QUE LA PÓLIZA PRINCIPAL ESTÉ VIGENTE.
- B) QUE LA INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA DOS TERCIOS SE PRODUZCA ANTES QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA QUE SE ESTIPULE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.
- C) QUE LA INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA DOS TERCIOS SEA CAUSADA POR ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA O ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL.

SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE EL MONTO DEL CAPITAL ASEGURADO A PAGAR POR ESTA CLÁUSULA ADICIONAL, SERÁ SIEMPRE IGUAL AL MONTO QUE SE DEBIERA INDEMNIZAR POR EL SEGURO PRINCIPAL, EN CASO DE FALLECIMIENTO, A LA FECHA DE LA INVALIDEZ.

POR CONSIGUIENTE, EL PAGO AL ASEGURADO DE LA INDEMNIZACIÓN POR CONCEPTO DE LA PRESENTE CLÁUSULA ADICIONAL PRODUCIRÁ EL TÉRMINO INMEDIATO DE LA PÓLIZA PRINCIPAL Y DE TODAS LAS DEMÁS CLÁUSULAS ADICIONALES, DE LA MISMA FORMA QUE SI SE HUBIESE PAGADO EL CAPITAL ASEGURADO POR FALLECIMIENTO EN LA PÓLIZA PRINCIPAL.

EN CONSECUENCIA, SE EXTINGUIRÁ EL DERECHO AL COBRO DE OTRAS INDEMNIZACIONES Y DEL CAPITAL DE SOBREVIVENCIA O VALORES GARANTIZADOS, SI EXISTIEREN.

**EXCLUSIONES:** LA PRESENTE CLÁUSULA ADICIONAL EXCLUYE DE SU COBERTURA LA INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA DOS TERCIOS DEL ASEGURADO QUE OCURRAN A CONSECUENCIA DE:

- A) INTENTO DE SUICIDIO, CUALQUIERA SEA LA ÉPOCA EN QUE OCURRA O POR LESIONES INFERIDAS AL ASEGURADO POR SI MISMO O POR TERCEROS CON SU CONSENTIMIENTO.
  - B) LA 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.
  - C) LA PRÁCTICA DE DEPORTES RIESGOSOS, QUE DE COMÚN ACUERDO LAS PARTES HAYAN DECIDIDO EXCLUIR DE LA COBERTURA. DICHA EXCLUSIÓN DEBERÁ DEJARSE EN CONSTANCIA Y ESTAR DETALLADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA. SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR QUEDA EXCLUIDA DE COBERTURA LA PRÁCTICA DE LOS SIGUIENTES DEPORTES RIESGOSOS: INMERSIÓN SUBMARINA, MONTAÑISMO, ALAS DELTA, PARACAIDISMO; CARRERAS DE CABALLOS, AUTOMÓVILES, MOTOCICLETAS Y DE LANCHAS.
  - D) LA PRÁCTICA O EL DESEMPEÑO DE ALGUNA ACTIVIDAD, PROFESIÓN U OFICIO CLARAMENTE RIESGOSO, QUE NO HAYAN SIDO DECLARADOS POR EL ASEGURADO AL MOMENTO DE CONTRATAR EL SEGURO O DURANTE SU VIGENCIA.
  - E) QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN ESTADO DE EBriedAD O BAJO LOS EFECTOS DE DROGAS O ALUCINÓGENOS. ESTOS ESTADOS DEBERÁN SER CALIFICADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
  - F) 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.
  - G) CUALQUIER ENFERMEDAD, PATOLOGÍA, INCAPACIDAD, LESIÓN, DOLENCIA O SITUACIÓN QUE AFECTE AL ASEGURADO Y QUE SEA CONOCIDA O HAYA SIDO DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE LA CONTRATACIÓN O INCORPORACIÓN DE ESTA PÓLIZA, SEGÚN CORRESPONDA. LA COMPAÑÍA DEBERÁ PREGUNTAR AL ASEGURABLE ACERCA DE TODAS AQUELLAS SITUACIONES O ENFERMEDADES QUE PUEDAN IMPORTAR UNA LIMITACIÓN O EXCLUSIÓN DE COBERTURA. EN LAS CONDICIONES PARTICULARES SE ESTABLECERÁN LAS RESTRICCIONES O LIMITACIONES DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE LA DECLARACIÓN EFECTUADA POR EL ASEGURABLE.
- ASIMISMO, SE ENTIENDE QUE RIGEN PARA ESTA CLÁUSULA ADICIONAL LAS EXCLUSIONES ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO PRINCIPAL DE LA PÓLIZA.

**CLÁUSULA DE ENFERMEDADES GRAVES (CAD320131097):** LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ AL ASEGURADO EL MONTO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

PRINCIPAL, POR CONCEPTO DE ÉSTE ADICIONAL, EN EL EVENTO DE DIAGNOSTICARSE POR PRIMERA VEZ, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL, QUE PADECE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE A CONTINUACIÓN SE DEFINEN Y BAJO LAS CONDICIONES Y TÉRMINOS QUE MÁS ADELANTE SE ESTABLECEN.

**1. CÁNCER:** LA ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR SU CRECIMIENTO DESCONTROLADO, Y LA PROLIFERACIÓN DE CÉLULAS MALIGNAS, LA INVASIÓN DE TEJIDOS, INCLUYENDO LA EXTENSIÓN DIRECTA O METÁSTASIS, O GRANDES NÚMEROS DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS SISTEMAS LINFÁTICOS O CIRCULATORIOS Y LEUCEMIA.

**2. INFARTO DEL MIOCARDIO:** LA ENFERMEDAD QUE CONSISTE EN LA OCLUSIÓN PERMANENTE O TRANSITORIA DE UNA PORCIÓN DEL TRONCO PRINCIPAL O DE UNA RAMIFICACIÓN IMPORTANTE DE LAS ARTERIAS CORONARIAS QUE APORTAN LA SANGRE AL MÚSCULO CARDIACO, EL CUAL, POR FALTA DE DICHA NUTRICIÓN A LA ZONA, PRODUCE UNA NECROSIS. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER INEQUÍVOCO Y RESPALDADO POR:

A) UNA HOSPITALIZACIÓN CUYO REGISTRO INDIQUE UN INFARTO DEL MIOCARDIO DENTRO DE UN PLAZO DE 24 HORAS ANTES DE DICHA HOSPITALIZACIÓN.

B) UN HISTORIAL DEL TÍPICO DOLOR DE PECHO, INDICATIVO DE UNA ENFERMEDAD CARDIACA ISQUÉMICA.

C) CAMBIOS NUEVOS Y RELEVANTES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA ECG, O AUMENTO EN LAS ENZIMAS CARDIACAS POR SOBRE LOS VALORES NORMALES DE LABORATORIO.

**3. ENFERMEDAD DE LAS CORONARIAS QUE REQUIEREN CIRUGÍA:** LA CIRUGÍA DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS CON EL FIN DE CORREGIR SU ESTRECHAMIENTO O BLOQUEO, POR MEDIO DE UNA REVASCULARIZACIÓN BYPASS, REALIZADA POSTERIORMENTE A LOS SÍNTOMAS DE ANGINA DE PECHO.

**4. ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO:** LA ENFERMEDAD QUE CONSISTE EN LA SUSPENSIÓN BRUSCA Y VIOLENTA DE LAS FUNCIONES CEREBRALES FUNDAMENTALES, QUE PRODUCE SECUELAS NEUROLÓGICAS QUE DURAN MÁS DE VEINTICUATRO HORAS Y QUE SON DE NATURALEZA PERMANENTE. ESTO INCLUYE EL INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL, LA HEMORRAGIA INTRACRANIAL O SUBARACNOIDEA, Y LA EMBOLIA DE UNA FUENTE EXTRA-CRANEAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER INEQUÍVOCO Y RESPALDADO POR UNA HOSPITALIZACIÓN CUYO REGISTRO INDIQUE UNA APOPLEJÍA CEREBRAL DENTRO DE UN PLAZO DE 24 HORAS ANTES DE DICHA HOSPITALIZACIÓN.

**5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** LA ENFERMEDAD QUE SE PRESENTA, EN SU ETAPA FINAL, COMO EL ESTADO CRÓNICO E IRREVERSIBLE DEL FUNCIONAMIENTO DE AMBOS RIÑONES, COMO CONSECUENCIA DEL CUAL SE HACE NECESARIO REGULARMENTE LA DIÁLISIS RENAL O EL TRASPLANTE DE RIÑÓN.

CON TODO, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ EL MONTO CONTRATADO SÓLO SI EL ASEGURADO SE ENCUENTRA VIVO DESPUÉS DEL TÉRMINO DE 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEFINIDAS EN LOS NÚMEROS. 1, 2, 4 Y 5 ANTERIORES, Ó 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA QUE SE PRACTICÓ LA CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD A QUE SE REFIERE EL NÚMERO 3 PRECEDENTE.

#### **EXCLUSIONES:**

ESTA CLÁUSULA ADICIONAL NO CUBRE, EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

#### **1. CÁNCER**

A) LA LEUCEMIA CRÓNICA LINFOCÍTICA.

B) LOS CÁNCERES NO INVASORES IN-SITU.

C) LOS CÁNCERES A LA PIEL, CON EXCEPCIÓN DEL MELANOMA MALIGNO.

D) LOS TUMORES EN PRESENCIA DE UN VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, SIDA.

#### **2. ENFERMEDAD DE LAS CORONARIAS QUE REQUIEREN CIRUGÍA**

A) LA AGLIOPLASTIA DE GLOBO.

B) OTRAS TÉCNICAS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA.

### **3.APOPLEJÍACEREBRAL**

LOS ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES POST TRAUMÁTICOS.

### **4.ADEMÁSDELOANTERIOR,LACOMPAÑÍAASEGURADORANOPAGARÁELMONTODE CONTRATADOBAJOESTACLÁUSULAADICIONAL,SI LAENFERMEDADCOBERTAHASIDO CAUSADIRECTAONINDIRECTAMENTE:**

- 1) LESIÓN O PADECIMIENTO INFRINGIDO A SÍ MISMO INTENCIONALMENTE.
- 2) USO O ABUSO INTENCIONAL DE DROGAS O ALCOHOL.
- 3) SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, SIDA.
- 4) RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- 5) VENENO, INHALACIÓN DE GASES O VAPORES VENENOSOS.
- 6) LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR MEDIOS EXTERNOS, VIOLENTOS Y ACCIDENTALES.

**CARENCIA:** PARA LA CLAUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES 90 DÍAS DESDE LA FIRMA DE LA PROPUESTA-CERTIFICADO.

**NOTA:** LA INSCRIPCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES ES REQUISITO OBLIGATORIO PARA CONTAR CON LAS COBERTURAS, ADEMÁS DE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

**DEDUCIBLE:** ESTA PROPUESTA NO CUENTA CON DEDUCIBLE.

**AVISO DE SINIESTROS E INFORMACIÓN SOLICITADA:** OCURRIDO UN EVENTO AMPARADO EN ESTA COBERTURA, EL ASEGURADO DEBERÁ DAR AVISO COMPAÑÍA A LA BREVEDAD EN LAS OFICINAS DE INVERSIONES TARJETA FAMILYCARD LTDA., COMPLETANDO EL FORMULARIO DE DENUNCIO DE SINIESTROS O EN SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO, TELÉFONO 2 685 70 00. SE DEBERÁN ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

### **COBERTURADEDESGRAVAMEN**

- CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN, ORIGINAL, EL CUAL INDIQUE LA CAUSA DE FALLECIMIENTO.
- CERTIFICADO DE ALCOHOLEMIA, SI CORRESPONDE (MUERTE ACCIDENTAL)
- PARTE POLICIAL, SI CORRESPONDE (MUERTE ACCIDENTAL)
- CERTIFICADO DE NACIMIENTO, PARA ACREDITAR EDAD DEL ASEGURADO

### **COBERTURAINVALIDEZTOTALYPERMANENTE2/3**

- CERTIFICADO DE NACIMIENTO PARA ACREDITAR LA EDAD.
- DICTAMEN EJECUTORIADO POR LA COMISIÓN MÉDICA DE AFP O COMPIN, QUE DETERMINE LA CALIDAD DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- DEPENDIENDO DE LA CAUSA DE INCAPACIDAD, LA COMPAÑÍA PODRÁ SOLICITAR ANTECEDENTES ADICIONALES PARA RESOLVER EL PAGO DEL SINIESTRO, DE ACUERDO A LAS NORMAS DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ DEL SISTEMA ESTABLECIDO POR EL D.L. N° 3.500 DE 1980.

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL LEGÍTIMO DERECHO DE EXIGIR ANTECEDENTES ADICIONALES RESPECTO AL FALLECIMIENTO Y/O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3 DEL ASEGURADO PARA PROCEDER A LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO. ADEMÁS, AL MOMENTO DE LIQUIDAR EL SINIESTRO, LA COMPAÑÍA CERCORARÁ QUE EL ASEGURADO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD MENCIONADOS ANTERIORMENTE.

### **COBERTURADEENFERMEDADESGRAVES**

- CERTIFICADO MÉDICO, INDICANDO CLARAMENTE DIAGNÓSTICO Y FECHA DEL MISMO
- DETALLE DE LA HISTORIA MÉDICA QUE LE CAUSÓ LA ENFERMEDAD

CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS RECIBIDOS Y A ENTERA CONFORMIDAD DE LA COMPAÑÍA, ÉSTA DISPONDRÁ DE UN PLAZO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE O BIEN EMITIR LA CORRESPONDIENTE RESOLUCIÓN DE RECHAZO DE LA MISMA.

**PRIMA:** EL VALOR DE LA PRIMA ESTÁ EXPRESADO EN UNIDAD DE FOMENTO (U.F.) EL QUE SERÁ CALCULADO AL EQUIVALENTE EN PESOS (\$) QUE TENGA DICHA UNIDAD MONETARIA AL DÍA OTORGAMIENTO DEL CREDITO.



**BENEFICIARIO:** CONTRATANTE.

**VIGENCIA COLECTIVA DE LA COBERTURA:** LA PÓLIZA TENDRÁ VIGENCIA DESDE EL DÍA 01/12/2013 HASTA EL DÍA 30/11/2014 INCLUSIVE, Y SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE POR UN NUEVO PERÍODO. SIN EMBARGO, CUALQUIERA DE LAS PARTES PODRÁ PONER TÉRMINO ANTICIPADO CON AVISO PREVIO DE 90 DÍAS. NO OBSTANTE A LO ANTERIOR, CUALQUIER HECHO QUE PUEDIERE INFLUIR EN LA APRECIACIÓN DEL RIESGO, O CUALQUIERA CIRCUNSTANCIA QUE, CONOCIDA POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, HUBIERE PRODUCIDO ALGUNA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL EN LAS CONDICIONES DE LAS COBERTURAS, FACULTA A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PARA PONER TÉRMINO ANTICIPADO A LA PÓLIZA CON AVISO DE 30 DÍAS O MODIFICAR LAS CONDICIONES DE LAS COBERTURAS, SEGÚN PREFIERA EL CONTRATANTE.

**VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO:** PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD, LA COBERTURA ENTRARÁ EN VIGENCIA EN FORMA INMEDIATA DESDE LA FECHA DE FIRMA DE LA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN. ASÍMISMO, LA PRESENTE SOLICITUD ACTUARÁ COMO CERTIFICADO DE COBERTURA.

**PÓLIZA COLECTIVA:** ESTE CERTIFICADO DE COBERTURA FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA COLECTIVA 000530-000 ITAU CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO COLECTIVO DE DESGRAVAMEN CON ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3 Y DE ENFERMEDADES GRAVES ESTÁN REGISTRADAS EN LA SVS CÓDIGO POL220130329, CAD320131173 Y CAD320131097.

INSTITUCIÓN	NOMBRE	R.U.T.	DIRECCIÓN
COMPAÑÍA	ITAU CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.	76.034.737-K	SAN ANTONIO 113, PISO 4, SANTIAGO.
INTERMEDIACION	A&H PRODUCTORA DE SEGUROS LTDA.	76.153.122-0	AV. CELESTE N° 2320 CASA 6 , PEÑALOEN, SANTIAGO.
CONTRATANTE	INVERSIONES TARJETA FAMILYCARD LTDA.	76.118.138-6	SANTA ELENA N° 1145, HUECHURABA, SANTIAGO.

COMISIONES	
INTERMEDIACIÓN	LA COMISIÓN DE INTERMEDIACIÓN CORRESPONDE AL <b>16,5%</b> DE LA PRIMA NETA PAGADA, NETA DE DEVOLUCIONES Y ANULACIONES, MÁS IVA.
RECAUDACIÓN	LA COMISIÓN DE COBRANZA Y RECAUDACIÓN PAGADA AL CONTRATANTE ES DE UN <b>70%</b> DE LA PRIMA NETA PAGADA, NETA DE DEVOLUCIONES Y ANULACIONES.

DIVERSIFICACIÓN DE RIESGOS			
COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES	%	COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA	%
	0%	PRINCIPAL COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA CHILE S.A.	99,51%
	0%	BANCHILE SEGUROS DE VIDA S.A.	0,49%
<b>TOTAL</b>	<b>0%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

#### DECLARACIÓN

HABIENDO TOMADO CONOCIMIENTO DEL DERECHO A DECIDIR LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS Y LA LIBRE ELECCIÓN DEL INTERMEDIARIO Y COMPAÑÍA ASEGURADORA, SOLICITO LA INCORPORACIÓN A LA COBERTURA DEL SEGURO COLECTIVO CONTRATADO POR INVERSIONES TARJETA FAMILYCARD LTDA. Y DECLARO CONOCER LOS TÉRMINOS DEL SEGURO PROPUESTO, QUE CONSTAN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA N° 00530-000 Y EN LAS CONDICIONES GENERALES DEPOSITADAS EN LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS BAJO EL CÓDIGO POL220130329, CAD320131173 Y CAD320131097, SEGÚN LAS CONDICIONES DESCRITAS PRECEDENTEMENTE Y POR ESTE MEDIO, AUTORIZO A INVERSIONES TARJETA

FAMILYCARD LTDA. PARA QUE PAGUE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping loops and strokes, positioned above a horizontal line.

FIRMA ASEGURADO

FECHA DE LA SOLICITUD:	24-3-2017
------------------------	-----------

ITAÚ COMPAÑÍA DE SEGUROS- SAN ANTONIO 113 PISO 4° SANTIAGO-CENTRO,  
CHILE., FONO 2 685 7000 HORARIO  
ATENCIÓN: LUNES A JUEVES 9:00 - 18:00,  
VIERNES 9:00 - 17:00