

Seguro de Desgravamen Tarjeta Ripley

Solicitud de Incorporación Voluntaria de Seguro, Propuesta y Certificado de Cobertura

Póliza N°: 300

El presente contrato no cuenta con Sello SERNAC conforme al Artículo 55, Ley 20.555

| | | |
|--|-------------------|--|
| Antecedentes de la Tienda | | Fecha de Emisión: / / |
| Tienda: | | Código: |
| Antecedentes del Asegurado | | |
| Nombres: | | Fecha de Nacimiento: / / |
| Apellido Paterno: | Apellido Materno: | Rut: |
| Domicilio: | | |
| Correo Electrónico: | | |
| <input type="checkbox"/> Solicito y autorizo el envío de información y de notificación por correo electrónico. | | |
| Ciudad: | Teléfono: | Celular: Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |

Descripción de la Cobertura:

Fallecimiento (Pol 220130294)

Capital Asegurado:

Saldo insoluto de deuda en Tarjeta de Crédito Ripley, excluyendo giros en dinero solicitados, denominados "Avances" o "Súper Avances".

Mandato de Incorporación, Costo del Seguro y Forma de Pago:

Por medio del presente mandato faculto a CAR S.A. para incorporarme a la Póliza Colectiva No POL300, cuyas condiciones de cobertura, vigencia, exclusiones y condiciones de asegurabilidad conozco a cabalidad y las cuales acepto voluntaria e informadamente, haciendo extensivo este mandato a sus renovaciones. El mandatario deberá rendir cuenta de su gestión informando monto y fecha de cargo de la prima en el respectivo estado de cuenta de la tarjeta de crédito Ripley. Declaro además haber leído íntegramente este documento y haber sido informado que el atraso en el pago de cualquiera de estas primas generará la caducidad del seguro en la forma establecida en la póliza. Además, autorizo a CAR S.A. a cargar en mi Tarjeta Ripley la **prima mensual** que es de **0,06 UF**, equivalente en pesos, al valor que tenga dicha unidad al día de facturación. Este valor se aplicará mensualmente a aquellos clientes que tengan movimientos (cuotas o transacciones de cargo), por un monto igual o mayor a 0,07 UF (\$2.101), exceptuando aquellos que sean derivados de Avances y/o Súper Avances, los que están excluidos. Valores correspondientes a la UF del día 13/09/2021 \$30.020,38.

Mandato Especial:

Por medio del presente instrumento, autorizo a Corredora de Seguros Ripley Limitada, intermediaria de este seguro que por este acto acepto, para que en mi nombre y representación le introduzca modificaciones al mismo, con el objeto de mantener y/o mejorar las condiciones de cobertura, asegurabilidad y protección que me brinda. Para tales efectos, Corredora de Seguros Ripley Limitada estará facultada expresamente para: aceptar y rechazar modificaciones en la o las coberturas, en las primas propuestas por la Aseguradora, requerir modificaciones de prima, en lo que respecta a su monto, forma y modalidad de pago, en las edades de ingreso, comisiones y en general la realización de todo acto destinado a cautelar los intereses protegidos por el seguro que intermedia y del que da cuenta la presente solicitud. Las modificaciones en las condiciones del seguro serán comunicadas en forma clara y precisa con dos meses de anticipación, al reverso del estado de cuenta Ripley del asegurado, en carta certificada o correo electrónico, quien podrá manifestar disconformidad con la o las modificaciones introducidas, para lo cual, tendrá un plazo de 30 días corridos contados desde la fecha en que le haya sido comunicada. La duración de este mandato será por un plazo indefinido, sin perjuicio de que "el mandante" puede revocarlo en cualquier tiempo, notificando por escrito a la Corredora con una anticipación mínima de 30 días. Además, autorizo a Corredora de Seguros Ripley Limitada para tratar mis datos personales y entregarlos a sus personas relacionadas. Asimismo, autorizo a Corredora de Seguros Ripley Limitada para entregar mis datos personales a terceros distintos de sus personas relacionadas, con el objeto de recibir información acerca de los seguros que tenga contratados, así como de ofertas, promociones y cualquier otro tipo de información relativa a productos o seguros ofrecidos por Corredora de Seguros Ripley Limitada o cualquiera de sus personas relacionadas.

Declaración del Asegurado: Por este intermedio declaro haber sido informado que la contratación de este seguro es voluntaria, dejando constancia que el presente certificado de cobertura ha sido leído y suscrito de manera libre, espontánea y voluntariamente, estando en conocimiento del derecho de la libre elección del Intermediario y Compañía Aseguradora. Asimismo, se encontrará asegurado a partir de la fecha de firma de la presente solicitud de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares.

Derecho de Retracción: Los asegurados podrán retractarse de la contratación del seguro, sin expresión de causa ni penalización alguna, para lo cual el asegurado deberá expresar su voluntad de retractarse a través de cualquier medio que permita la expresión fehaciente de la voluntad comunicándolo a la Compañía o a la Corredora que intermedie el seguro. El plazo para ejercer el derecho a retracto es de 35 días corridos contados desde la fecha de la entrega del Certificado de Cobertura. En caso de que el asegurado se retracte dentro del plazo antes indicado, la Compañía le restituirá el total de la prima pagada, salvo en aquellos que se haya denunciado un siniestro, aun cuando no sea finalmente acogido, o si el seguro terminara antes del plazo señalado para el retracto. La Compañía de Seguros no gestionará ni efectuará devoluciones de primas por retractos de seguros que ocurran con posterioridad a los 35 días contados desde que el asegurado firme la presente solicitud.

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.

IMPORTANTE.

Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por CAR S.A. directamente con la Compañía de Seguros.



Corredora de Seguros Ripley Ltda.
Rut: 77.472.420-6

SEGURO VOLUNTARIO

Firma Asegurado



Ohio National Seguros de Vida S.A.
Rut: 96.687.900-9

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Cobertura de Fallecimiento (POL 220130294): Ocurrido y acreditado el fallecimiento del asegurado durante la vigencia de la póliza, la Compañía pagará a CAR S.A. el total del saldo insoluto de la deuda relativa al crédito otorgado por CAR S.A. al asegurado mediante la tarjeta de crédito "Ripley", que se registre como tal al último día del mes inmediatamente anterior a la fecha de fallecimiento del deudor, existiendo un servicio regular de la deuda y que dicho fallecimiento ocurra dentro del período de vigencia de esta póliza. No cubre intereses ni gastos de ninguna especie.

Capital Asegurado: Corresponde al saldo insoluto de la deuda de las tarjetas de crédito que registre el asegurado con CAR S.A. al último día del mes inmediatamente anterior a la fecha de fallecimiento del deudor, existiendo un servicio regular de la deuda y siempre que dicho fallecimiento ocurra dentro del período de vigencia de esta póliza. El capital asegurado no comprenderá aquellos giros en dinero solicitados denominados "Avances" o "Súper Avances".

Exclusiones: Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Asegurado fuere causado por suicidio, a menos que hubiera transcurrido un (1) año completo e ininterrumpido de pago, automutilación o autolesión; 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.

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, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía Aseguradora.

Prima: La prima mensual será equivalente a 0,06 UF (equivalente a \$1.801 al 13/09/2021). Este valor se aplicará mensualmente a aquellos clientes que tengan movimientos (cuotas o transacciones de cargo), por un monto igual o mayor a 0,07 UF (\$2.101), exceptuando aquellos que sean derivados de Avances y/o Súper Avances, los que están excluidos. Valores correspondientes a la UF del día 13/09/2021 \$30.020,38.

Contratante y Beneficiario: CAR S.A., Rut: 83.187.800-2.

Requisitos de Asegurabilidad: Tener Tarjeta Ripley vigente al momento de contratar el seguro y los demás indicados en las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza.

Edades de Ingreso y Permanencia: La edad mínima de ingreso a la póliza es a los 18 años. La edad máxima de ingreso a la póliza es hasta los 75 años y 364 días. La edad máxima de permanencia en la póliza es hasta los 76 años y 364 días.

Procedimiento de Denuncia de Siniestros: El plazo de notificación de un siniestro en Ohio National Seguros de Vida S.A., será de hasta 6 meses de ocurrido el siniestro, sin perjuicio de la obligación del asegurado de notificarlo tan pronto sea posible.

Documentación a presentar en caso de Siniestro: En caso de siniestro, se deben presentar en cualquier tienda Ripley los siguientes documentos: 1.- Certificado de Defunción del Asegurado; 2.- Fotocopia de Cédula de Identidad del Asegurado; 3.- Informe de deuda del asegurado a la fecha de fallecimiento.; 4.- Copia del certificado de cobertura.

Importante: La Compañía podrá solicitar mayores antecedentes si así fuera necesario para poder realizar la liquidación del siniestro.

Nota: Se adjunta Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros, conforme a la Circular N° 2106 de fecha 31 de mayo de 2013 de la Comisión para el Mercado Financiero.

Vigencia de la Cobertura: La cobertura y los beneficios pactados en el presente documento, válidos para cada Asegurado que se incorpore a la presente póliza, tendrán vigencia individual a contar de del momento en que esta solicitud de incorporación sea firmada por el Asegurado, rigiendo en tal caso desde la fecha de emisión del respectivo certificado de cobertura. La cobertura de este seguro se mantendrá vigente mientras se cumplan las condiciones de asegurabilidad y el Asegurado se encuentre al día en el pago de las respectivas primas.

Vigencia de la Póliza Colectiva: Anual, con renovación automática por periodos sucesivos e iguales, salvo que alguna de las partes notifique la no renovación con 60 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la anualidad respectiva.

Pago de prima: Las primas se pagarán a más tardar dentro de los primeros 15 días del mes siguiente de la cobertura otorgada al mes inmediatamente anterior. Una vez otorgada y consumida la cobertura no habrá devolución de primas de ninguna índole.

Período de Gracia: Se establece un período de gracia de 30 días, contados desde el primer vencimiento no pagado.

Terminación anticipada de la póliza: Serán causales de término anticipado del contrato de seguro respecto de un asegurado, las siguientes: a) El no pago de la respectiva prima por parte del Asegurado una vez vencido el periodo de gracia señalado en el artículo 11 de las Condiciones Particulares y en el artículo 9° de las Condiciones Generales del Seguro, POL 220130294. b) Si la moneda o unidad del contrato dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la aseguradora, dentro de los 30 días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, conforme lo señalado en el Cláusula 16 de las Condiciones Generales del Seguro, POL 220130294. c) Si el Asegurado dejare de ser deudor del acreedor según lo establecido en el artículo 14 de las Condiciones Generales del Seguro, POL 220130294. d) Al momento que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el artículo 5 de las Condiciones Particulares de esta Póliza. La Compañía de Seguros deberá notificar al Asegurado el término anticipado del contrato y la causal invocada, mediante comunicación dirigida a la dirección de correo electrónico que éste haya señalado en esta Solicitud de Incorporación de seguro y Certificado de Cobertura, al momento de contratar el seguro o, a falta de ésta, por carta certificada de correo público o privado dirigida al domicilio informado por el Asegurado en este documento. En todo caso, la terminación del contrato por alguna causal señalada precedentemente en que el Asegurador ponga término anticipado, distinta al no pago de la prima, se producirá a la expiración del plazo de 30 días corridos contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, se producirá la terminación anticipada del contrato, a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la fecha de envío de la comunicación.

Atención de Consultas, Reclamos y/o Renuncia: En caso de consultas, reclamos y/o renuncia al presente seguro, el Asegurado debe comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de Ohio National Seguros de Vida S.A., número 800 200 272 o correo electrónico svida@ohionational.cl. El Asegurado también puede enviar su consulta o solicitud al Servicio de Atención al Cliente de Ripley al número 800 542 020, o concurrir personalmente a cualquier tienda Ripley para que su solicitud sea atendida y gestionada ante la Compañía de Seguros. El Asegurado puede renunciar a este seguro en cualquier momento, sin expresión de causa ni penalización alguna. En caso de renuncia solicitada por el Asegurado, la cobertura y vigencia del presente seguro se extinguirá a contar de la fecha en que realice la renuncia y ésta sea recibida por la Compañía de Seguros. A contar de esa misma fecha, los cargos de prima dejarán de efectuarse en la tarjeta de crédito correspondiente en el evento que el Asegurado haya autorizado el cargo de dicha prima en su Tarjeta Ripley*. Asimismo, los cobros de prima efectuados con anterioridad a la fecha de la notificación de la renuncia por parte de la Compañía de Seguros, no serán devueltos al asegurado.

Resolución de Controversias: Por su parte, en caso de surgir cualquier controversia, queja o reclamación respecto a este seguro, el Asegurado podrá acudir a los Tribunales de Justicia competentes, en conformidad con la Ley N° 19.496.

Registro de Coberturas: Esta cobertura se encuentra debidamente incorporada en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 220130294.

Certificado de Cobertura: El presente certificado representa sólo un resumen de las condiciones, coberturas, requisitos, exclusiones y obligaciones del seguro y no reemplaza a las condiciones particulares ni generales de las respectivas pólizas y sólo tienen un carácter informativo. Para mayor claridad, extensión y profundidad de las características, condiciones y exclusiones de las coberturas, el titular de la tarjeta puede consultar las copias de la respectiva póliza, la que se encuentra a su entera disposición en todos los Centros de Servicio de cualquier tienda Ripley.

Modificación de las condiciones particulares del seguro: Las Condiciones Particulares del presente seguro, podrán ser modificadas, podrán ser modificadas por la Compañía Aseguradora o por mutuo acuerdo entre ésta y el Contratante colectivo. Sin embargo y en virtud del artículo 517 del Código de Comercio, tal modificación regirá a partir de la siguiente renovación del contrato y no afectará en manera alguna a los siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha del cambio, ni a aquellos Asegurados que tengan la prima totalmente pagada. Para estos últimos, la modificación de las Condiciones Particulares de la póliza producirá efecto a partir de la fecha en que venza el período cubierto por la prima pagada.

El Asegurador, a través del Contratante de la póliza deberá dar oportuno aviso a cada una de las personas aseguradas por esta póliza y cuya variación de las Condiciones Particulares les afecte respecto de cualquier modificación a éstas. Las modificaciones no informadas serán inoponibles al asegurado. Asimismo,

el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación del cambio de condiciones, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación.

BENEFICIO ADICIONAL GRATUITO DE ASISTENCIA, GESTION PRESENCIAL POR SINIESTRO Y FUNERARIA BÁSICA.

La Compañía de Seguros ha celebrado un convenio con Multi Servicios OK. S.A mediante el cual, la persona que asuma los trámites funerarios del Asegurado tendrá cobertura inmediata una vez denunciado el siniestro, en los siguientes aspectos: **PLAN PREVER BRONCE** (Por causa de muerte a todo evento).

Servicios Funerarios: Una madera revestida en pino lacado (según disponibilidad), base de velación de madera (Capilla Ardiente), 2 porta cirios de madera con cirio (2 cirios), 1 crucifijo de madera, 1 tarjetero en velatorio y funeral, 1 libro de condolencias, 100 tarjetas de agradecimiento de condolencias, publicación de 1 aviso de defunción en la prensa nacional, 1 traslado de los restos a casa o Iglesia (desde el lugar en que hubiera fallecido hasta aquel en que deba efectuarse la inhumación tope máximo de UF35.), funeral en carroza automóvil (marca según disponibilidad), 1 auto de acompañamiento a cementerio ida y regreso, tramitación certificado de defunción en registro civil, trámite de obtención del pase sepultación, inscripción del fallecimiento en libreta de familia, asesoría en cobranza de seguros de vida, accidentes y otros relativos al plan elegido, cobranza cuota mortuoria AFP, IPS o Cía. de seguro, DIPRECA u otra institución, asesoría en la compra de sepultura o cremación, asistencia experta personalizada, orientación telefónica en la recuperación de seguros y trámites de herencia.

Poseción Efectiva Intestada: Tramitación administrativa ante Registro Civil, entrevista cliente y revisión de documentos legales, confección de formulario y mandato, presentación en Registro Civil, presentación para informe de SII sobre procedencia o exención de pago de impuestos, gestión de pago de impuesto cuando corresponda (con fondos del cliente), gestión de inscripciones de registro CBR y otros que correspondan (con fondos del cliente). Los servicios prestados serán entregados y/o prestados dentro del territorio de la República de Chile, incluyendo la Isla de Chiloé y excluyendo todo otro territorio insular y el territorio antártico chileno. PREVER, procurará en todo momento, que los bienes y servicios singularizados en este condicionado sean entregados y prestados dentro del plazo de 6 horas desde que se tenga conocimiento del fallecimiento del titular del servicio funerario. No obstante lo anterior, el cumplimiento de estas obligaciones se encontrará condicionado a que al momento en que los servicios deban prestarse, el contratante cuente con las autorizaciones que obliga la ley y la reglamentación vigente (certificado médico de defunción).

Nota: Los servicios de repatriación no aplican para esta restricción territorial, el traslado se efectuará desde cualquier lugar en que el asegurado haya fallecido, aun cuando esto ocurra en el extranjero.

Reembolso: Si el asegurado no utilizó la asistencia funeraria entregada por la compañía de asistencia, ya sea por motivos de fuerza mayor o en caso de optar por libre elección, se podrá hacer uso de un reembolso por los gastos incurridos en el servicio funerario y traslado con tope máximo de UF 5 y UF 3, respectivamente. Quien declare dicha solicitud tendrá un plazo de 180 días para enviar la documentación para procesar el reembolso, en caso de superar la fecha, este quedará sin efecto.

Orientación Médica Telefónica: Servicio durante las 24 horas del día, con el objetivo de obtener soporte médico y técnico en todos los aspectos relacionados con la salud. a) Orientación telefónica respecto de dolencias, malestares, seguimiento de enfermedades crónicas, ingesta de medicamentos y consejos sobre el auto cuidado b) direcciones, horarios de atención y teléfonos de información, hospitales, centros médicos, clínicas, postas, servicios de rescate médico público y privado c) Guía médica (directorío de médicos por especialidades). d) Información de farmacias de turno. e) Información de locales relacionados con artículos ortopédicos y servicios de enfermería.

Orientación Psicológica Telefónica: Servicio de contención, apoyo y guía entregado por psicólogos profesionales operativos las 24 horas, los 365 días del año destinada a brindar ayuda y orientación familiar principalmente después de un evento traumático como la muerte de un familiar o ser querido. El profesional entregará recomendaciones de cómo actuar ante estos casos.

Segunda Opinión Médica: Servicio que proporciona al asegurado el contacto con un especialista para confirmar el diagnóstico y/o posibilidades terapéuticas.

Servicios Bloqueo De Documentos: Bloqueo oportuno de cédula de identidad, pasaporte, licencia de conducir, tarjetas de crédito y débito, cheques y teléfono celular ante robo, hurto o extravío. Servicio disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

Para hacer uso del servicio, el asegurado o familiar directo de este dado el caso, deberá comunicarse con Multi Servicios OK. S.A al siguiente número telefónico: 600 6000 911 o desde celulares 2 2200 2936.

Telemedicina general, psicológica y nutricional: Atención médica en modalidad video consulta, disponible de lunes a viernes 08:00 am a 20:00 hrs para proporcionar servicios de salud en tiempo real, para la prevención y recuperación de la salud. En esta modalidad, un médico general atiende al paciente, interactúan, se informan síntomas, diagnósticos e indicaciones farmacológicas y no farmacológicas según las condiciones médicas del paciente. Al finalizar la consulta el médico especialista, podrá enviar documentos clínicos al correo electrónico del usuario del servicio. Los servicios de Telemedicina consideran: consulta médica, receta médica, certificados médicos, órdenes de examen y lectura de examen del paciente, telemedicina psicológica (de 09:00 a 18:00 hrs.), telemedicina nutricional (de 09:00 a 18:00 hrs.). Para hacer uso de los servicios de telemedicina, debe acceder a los siguientes links o códigos QR y coordinar su video consulta.

Medicina General: https://idoktor.com/docline_specialties/medico-general

Nutrición: https://idoktor.com/docline_specialties/nutricionista

Psicología: https://idoktor.com/docline_specialties/psicologia



QR Medicina General



QR Nutricionista



QR Psicología

Junto con el servicio anterior mencionado, MOK entregará en forma gratuita a través de Multi Travel Assist (M.T.A) Asistencia Médica por enfermedad y accidente en viaje, la cual incluye los siguientes servicios:

| Detalle de Servicios Límites | | Límites |
|------------------------------|--|------------------------------|
| 1 | Asistencia internacional 24 horas. | Ilimitada |
| 2 | Asistencia médica por enfermedad y accidentes. | Hasta USD 1.000 |
| 3 | Medicamentos ambulatorios. | Hasta USD 25 |
| 4 | Traslado sanitario. | Incluido (en Tope Ítem N° 3) |
| 5 | Repatriación sanitaria. | Incluido (en Tope Ítem N° 3) |
| 6 | Repatriación funeraria. | Incluido (en Tope Ítem N° 3) |
| 7 | Asistencia legal en caso de accidentes. | Hasta USD 300 |
| 8 | Transferencia de fondos para fianza. | Hasta USD 1.000 |
| 9 | Transmisión de mensajes urgentes. | Sí |
| 10 | Localización por pérdida de equipaje. | Sí |
| 11 | Asistencia en caso de robo o extravió de documentos. | Sí |
| 12 | Transferencia de fondos en caso de emergencia. | Hasta USD 500 |
| 13 | Validez territorial. | Todo el mundo excepto Europa |
| 14 | Límite de edad. | Ilimitado ** |
| 15 | Días corridos por viaje. | 5 días |

Nota: El asegurado deberá activar este beneficio solicitando su certificado de asistencia en viajes 5 días antes de iniciar el viaje, llamando al número 22 433 4600 o enviando un correo electrónico a mta@mok.cl. Asistencia Médica por enfermedad y accidente

Importante:

La compañía de seguros Ohio National 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 las oficinas de Ohio National Seguros de Vida S.A. y en www.aach.cl. Asimismo, Ohio National Seguros de Vida S.A. se encuentra adherida voluntariamente a la institución del Defensor del Asegurado dependiente del Consejo de Autorregulación de las Compañías de Seguros, y cuya finalidad es velar por el desarrollo del mercado de seguros bajo el principio de buena fe, debiendo conforme a sus estatutos conocer y resolver los conflictos y/o reclamos que pudieran producirse entre las Compañías y sus clientes. Para mayor información, ésta se encuentra disponible en www.ddachile.cl; teléfono 800 646 232, desde celulares 22 234 3583, o bien En Augusto Leguía Sur N° 79, oficina 1210, Las Condes.

DIVERSIFICACION DE PRODUCCION (Art.57 y 58 del DF 251):

La información respecto de la diversificación de los negocios de Corredora de Seguros Ripley Ltda., de las compañías de seguros con que trabaja y sobre las pólizas de seguros contratadas para responder del cumplimiento de sus obligaciones como intermediario, se encuentran publicados en www.segurosripley.cl.

ANEXO: Detalle de Contratante, Intermediario y sus Comisiones.

Compañía de Seguros: Ohio National Seguros de Vida S.A.

Contratante: CAR S.A., Rut: 83.187.800-2.

Beneficiario: CAR S.A., Rut: 83.187.800-2.

Intermediario: Corredora de Seguros Ripley Ltda., RUT 77.472.420-6

Comisión del Corredor mensual seguro desgravamen: 10% IVA incluido de la prima neta recaudada.

Servicio de Recaudación a favor del Contratante: 35% exento (*) sobre la prima cliente neta recaudada.

*De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 21.420, el servicio de recaudación estará afecto al pago del IVA, a partir del 01 de enero de 2023 quedando de la siguiente manera:

Servicio de Recaudación: 35% IVA incluido sobre la prima cliente neta recaudada.

Comisión del Corredor mensual por Experiencia Favorable: De acuerdo al resultado del negocio conforme a la Circular 2137 según a la siguiente fórmula: $CEF = Prima Bruta de IVA neta de anulaciones y devoluciones - Comisión de Intermediación Bruta de IVA - Costo de asistencia Bruto de IVA - Carga de Siniestros - Servicio de recaudación - Prima de Riesgo Póliza flujo nuevo$

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.

NOTIFICACIONES, AVISOS Y COMUNICACIONES

Cualquier comunicación, aviso, notificación o entrega de documentos expedidos por la Aseguradora serán enviados:

1) Mediante medios electrónicos, incluyendo pero no limitándose al correo electrónico que parece en los expedientes del Contratante Colectivo o informado por el Asegurado en la solicitud de incorporación a la Póliza, o por medio de mensajes de texto al Número Móvil que pertenece al Asegurado (SMS); o 2) Al domicilio postal que aparece en los expedientes del Contratante Colectivo, a través de los medios que se utilizan para tales efectos (servicio postal, mensajería, correo certificado, entre otros). 3) Las comunicaciones, avisos, notificaciones o entregas de documentos expedidos por la Aseguradora serán enviados al Asegurado en base en la información que el Asegurado provee a través de la solicitud de incorporación y/o al Contratante Colectivo en conexión con la suscripción de los servicios de comunicación móvil del Contratante Colectivo. 4) El Asegurado está obligado a notificar al Contratante Colectivo, en su calidad de tomador de la Póliza, acerca de cualquier cambio de su dirección de notificación. En ausencia de esta notificación, las comunicaciones, avisos, notificaciones o documentos expedidos y enviados por la Aseguradora con base en la información proveída por el Asegurado a través de la solicitud de

incorporación y/o al Contratante Colectivo en conexión con la suscripción de los servicios de telefonía móvil y/o de datos, se considerarán válidas y producirán efectos. 5) Las notificaciones dirigidas a la Aseguradora se harán al domicilio principal de la Aseguradora.

ADHESIÓN GRUPO RETAIL SEGUROS

La corredora de Seguros Ripley se encuentra adherida voluntariamente al Grupo Retail Seguros y a su compendio o Protocolo de Buenas Prácticas de Venta Responsable de Seguros, cuyo propósito es mejorar la calidad en la promoción, venta y atención de seguros en el Retail.

ANEXO DE PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS (Circular Nº 2106 de 31 de mayo de 2013, Comisión para el Mercado Financiero)

1) OBJETO DE LA LIQUIDACION 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 LIQUIDACION 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 OPOSICION A LA LIQUIDACION 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) INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES El Liquidador o la Compañía deberán 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 del 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 LIQUIDACION 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 LIQUIDACION Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha de denuncia, a excepción de: a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgo del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha de denuncia; b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha de denuncia.

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales periodos, informando los motivos que la fundamentan e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión del 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 LIQUIDACION El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda Nº 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION 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 dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular Nro. 2.131 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 que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención. Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésa 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 Avda. Libertador Bernardo O'Higgins 1449 Piso 1, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.