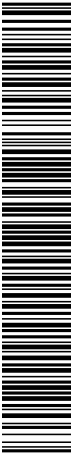
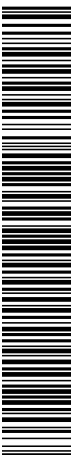


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ORIGINAL ASEGURADO N° Folio E 9742856988                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <br>O'Connell 285, Las Condes<br>Tel: 6002001010                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | POLIZA N° 125114436-9<br>Consultas sobre la vigencia de este seguro en <a href="http://www.bciseguros.cl">www.bciseguros.cl</a> o en el tel: 6002001010 |                        |  |
| (O COPIA: MUNICIPALIDAD)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | CERTIFICADO SEGURO OBLIGATORIO ACCIDENTES<br>PERSONALES ELECTRONICO LEY 18.490.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                     |
| Este certificado acredita que el vehículo aquí individualizado está asegurado contra el riesgo de Accidentes Personales de acuerdo a la Ley N° 18.490 y a la Póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Vehículos Motorizados, incorporada en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, Bajo el código POL320130487.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                     |
| INSCRIPCION R.V.M.: PWZW72-2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                     |
| TIPO DE VEHICULO: SEMIRREMOLQUE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                     |
| MARCA: WABASH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | PROPIETARIO: TRANSPORTES INTERANDINOS SA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                     |
| MODELO: DROPFRAME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | AÑO: 2014                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | RUT: 87.666.100-4                                                                                                                                       | RIGE DESDE: 02-09-2025 | HASTA: 30-09-2026                                                                   |
| NUMERO DE MOTOR: SIN MOTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | PRIMA: 6.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <br>FIRMA APODERADO COMPAÑIA                                         |                        |                                                                                     |
| IMPORTANTE: INFORMACION SOBRE ESTE SEGURO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | En el caso de incapacidad permanente parcial, los pagos por gastos médicos sumados a la indemnización que corresponda pagar por dicha incapacidad, no podrá exceder el equivalente a 300UF.                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                     |
| COBERTURA: El SOAP cubre la muerte, incapacidad permanente y gastos médicos producto de lesiones sufridas a consecuencia de accidentes de tránsito en que intervenga el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE: El afectado o quien actúe por él, debe asegurarse que ha quedado estampada la denuncia en una unidad de Carabineros, donde se identifique la fecha, hora y lugar del accidente, las personas lesionadas o fallecidas y los datos de los vehículos involucrados (al menos patente, número de póliza y aseguradora que emitió el SOAP).                                                                                       |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                     |
| Los gastos médicos comprenden: atención prehospitalaria, transporte sanitario, hospitalización, atención médica y quirúrgica, dental, prótesis e implantes, gastos farmacéuticos y gastos por concepto de rehabilitación de las víctimas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | COMO COBRAR EL SOAP: Debe presentarse la solicitud en las oficinas de la aseguradora, adjuntando Certificado otorgado por el Tribunal competente o el Ministerio Público para el cobro del SOAP, y:                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                     |
| PERSONAS CUBIERTAS: El conductor, las personas transportadas en el vehículo asegurado y cualquier tercero afectado en el accidente. En caso de muerte del accidentado la indemnización se pagará a sus beneficiarios, en el siguiente orden de precedencia: el cónyuge, los hijos menores de edad, los hijos mayores de edad, los padres, la madre de los hijos de filiación no matrimonial del fallecido y, a falta de los anteriores, sus herederos legales.                                                                                                                                                                                            |  | - En caso de muerte: certificado de defunción del fallecido y libreta de familia u otro documento que acredite legalmente la calidad de beneficiario.<br>- En caso de incapacidad permanente: certificado otorgado por el médico tratante que acredite la incapacidad (naturaleza y grado).<br>- En caso de gastos médicos: comprobantes de pago (boletas, facturas) de los gastos, junto con órdenes de exámenes o tratamientos y recetas de medicamentos. |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                     |
| INDEMNIZACIONES: - 300 UF en caso de muerte, previa deducción de los gastos médicos - 300 UF en caso de incapacidad permanente total, evento en el cual no se deducen los gastos médicos - hasta 200 UF en caso de incapacidad permanente parcial, según su grado - hasta 300 UF por gastos médicos. Las indemnizaciones por muerte e incapacidad total y parcial no son acumulables. Si se hubiere pagado una incapacidad permanente parcial y el accidentado con posterioridad y a consecuencia del mismo accidente falleciere o se determinare su incapacidad permanente total, el asegurador sólo pagará el remanente hasta el equivalente de 300 UF. |  | También puede efectuarse el cobro directamente por la entidad hospitalaria o previsual que presta el servicio.<br>El plazo para cobrar este seguro es de un año a contar de la fecha del accidente o de la muerte del afectado.<br>Para mayor información consulte en la compañía de seguros o en el sitio Web la Comisión para el Mercado Financiero.                                                                                                      |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| ORIGINAL ASEGURADO N° Folio E 9742856988                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <br>O'Connell 285, Las Condes<br>Tel: 6002001010 |  | POLIZA N° 125114436-9<br>Consultas sobre la vigencia de este seguro en <a href="http://www.bciseguros.cl">www.bciseguros.cl</a> o en el tel: 6002001010 |                        |  |
| (O COPIA: MUNICIPALIDAD)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | CERTIFICADO SEGURO OBLIGATORIO ACCIDENTES<br>PERSONALES ELECTRONICO LEY 18.490.                                                     |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                       |
| Este certificado acredita que el vehículo aquí individualizado está asegurado contra el riesgo de Accidentes Personales de acuerdo a la Ley N° 18.490 y a la Póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Vehículos Motorizados, incorporada en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, Bajo el código POL320130487. |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                       |
| INSCRIPCION R.V.M.: PWZW72-2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                       |
| TIPO DE VEHICULO: SEMIRREMOLQUE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                       |
| MARCA: WABASH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | PROPIETARIO: TRANSPORTES INTERANDINOS SA                                                                                            |  |                                                                                                                                                         |                        |                                                                                       |
| MODELO: DROPFRAME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | AÑO: 2014                                                                                                                           |  | RUT: 87.666.100-4                                                                                                                                       | RIGE DESDE: 02-09-2025 | HASTA: 30-09-2026                                                                     |
| NUMERO DE MOTOR: SIN MOTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | PRIMA: 6.000                                                                                                                        |  | <br>FIRMA APODERADO COMPAÑIA                                       |                        |                                                                                       |