

PROPUESTA DE SEGUROS Y CERTIFICADO DE COBERTURA
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
MUERTE ACCIDENTAL MÁS BENEFICIO ADICIONAL DE FARMACIA
CONTRANTE: SERVICIOS E INVERSIONES TCD LTDA.

N°

DATOS CLIENTE (ASEGURADO)

NOMBRE	:		RUT	:	
DOMICILIO	:		FECHA NAC.	:	
COMUNA	:		EST. CIVIL	:	
REGIÓN	:		SEXO	:	
ISAPRE	:				
OCUPACIÓN	:				
LUGAR ACTIVIDAD	:				
FONO	:				
E-MAIL	:				

PRODUCTO 33100009 - SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES MAS BENEFICIO FARMACIA

PLAN	:01	CAPITAL ASEGURADO TITULAR	:UF 200,00
DESCRIP. PLAN	:PLAN 01	PRIMA ANUAL	:UF 0,8400
TIPO	:GENERALES	VIGENCIA INICIAL	:
NRO. OPERACIÓN	:33107280	VIGENCIA FINAL	:

COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES

MUERTE ACCIDENTAL (POL 3 2013 1084 ALT.A)

BENEFICIARIOS: SE ENTENDERÁ COMO BENEFICIARIOS DE LA COBERTURA CONTRATADA A AQUELLAS PERSONAS DESIGNADAS POR EL ASEGURADO EN EL RECUADRO DE MÁS ADELANTE. SI NO SE DESIGNA A UNA PERSONA DETERMINADA, SE ENTENDERÁ QUE INSTITUYE COMO TAL A SUS HEREDEROS, EN IGUALES PARTES.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

NOMBRE	RUT	PARENTESCO	SEXO	FECHA NAC.	EDAD	%
--------	-----	------------	------	------------	------	---

EJECUTIVO	OFICINA	FONO
-----------	---------	------

DECLARACIÓN PERSONAL DE ACTIVIDAD Y DEPORTES RIESGOSOS

DECLARO QUE PRACTICO, REALIZO O EJECUTO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O DEPORTES RIESGOSOS, SERVICIOS EN FUERZAS ARMADAS O FUERZAS POLICIALES DE CUALQUIER TIPO, EN CARABINEROS DE CHILE, GENDARMERÍA DE CHILE, EMPRESAS DE TRANSPORTE DE VALORES O GUARDIAS PRIVADOS Y EMPRESAS DE SEGURIDAD CIUDADANA; LA PRÁCTICA O EL DESEMPEÑO DE CUALQUIER DEPORTE QUE OBJETIVAMENTE CONSTITUYA UNA FLAGRANTE AGRAVACIÓN DEL RIESGO, TALES COMO PASAJERO DE AVIACIÓN PRIVADA, PARACAIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUMPEE JUMPING, ALPINISMO, ESCALADA, MOTOCICLISMO, ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA, RODEO, RUGBY, EQUITACIÓN, POLO; DESEMPEÑARSE COMO PILOTO O TRIPULANTE DE AVIONES CIVILES O COMERCIALES; PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.; DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO O PROFESIONALES; REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD, PROFESIÓN U OFICIO CLARAMENTE RIESGOSO QUE INVOLUCRE POR EJEMPLO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O SUSTANCIAS QUÍMICAS CORROSIVAS, LA MANIPULACIÓN DE SIERRAS MECÁNICAS, DE VAIVÉN, BANDA O CIRCULARES UTILIZADAS EN INDUSTRIAS O FÁBRICAS, LA MANIPULACIÓN DE MÁQUINAS DE SOLDAR UTILIZADAS EN INDUSTRIAS O FÁBRICAS, TRABAJAR EN LA CARGA O DESCARGA DE VEHÍCULOS, BUQUES O AVIONES, MATAR GANADO; MOTOCICLISMO SEA COMO CONDUCTOR O PASAJERO Y ADEMÁS EL USO DE MOTONETAS, MOTO FURGONES Y OTRO TIPO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS; O CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO NO ALUDIDO ANTERIORMENTE. **SI** _____ **NO** _____

MENCIÓNELAS: _____

DECLARO ESTAR EN CONOCIMIENTO Y ACEPTO QUE LAS ACTIVIDADES O DEPORTES RIESGOSOS 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.

FIRMA ASEGURADO

DECLARO LA VERACIDAD DE LO SEÑALADO Y TOMO CONOCIMIENTO QUE CUALQUIER OMISIÓN O ALTERACIÓN DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA A NO OTORGAR COBERTURA, O SI LA HA DADO, A EJERCER LAS ACCIONES QUE CONTEMPLA EL ARTÍCULO 525 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

AUTORIZO A CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL, CLÍNICA U OTRA INSTITUCIÓN O PERSONA QUE TENGA REGISTROS PERSONALES MÍOS, PARA QUE PUEDA DAR INFORMACIÓN SOLICITADA POR CHUBB SEGUROS CHILE S.A. A SU VEZ FACULTO A ESTA 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.

PARA CUMPLIR CON LA RESOLUCIÓN EXENTA N° 05 DE 11.01.05 DICTADA POR EL S.I.I., SOLICITAMOS A UD. NOS INFORME EN ESTE ACTO SI POSEE O NO LA CALIDAD DE VENDEDOR, IMPORTADOR O PRESTADOR DE SERVICIOS. ESTO PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA PROCEDENCIA O IMPROCEDENCIA DE LA EMISIÓN Y DESPACHO A USTED DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE POR LAS OPERACIONES GRAVADAS O EXENTAS DEL IMPUESTO A LAS VENTAS Y SERVICIOS (IVA). SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA LA COMPAÑÍA EMITIRÁ Y DESPACHARÁ AL DOMICILIO INDICADO EN ESTA SOLICITUD LA RESPECTIVA FACTURA. SI ____ NO ____

MANDATO DESCUENTO EN TARJETA DE CRÉDITO (PAT) POR EL PRESENTE ACTO,

DON (ÑA) _____,
CÉDULA NACIONAL DE IDENTIDAD N° _____, EN ADELANTE “EL MANDANTE”, CONFIERE MANDATO ESPECIAL A SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA LTDA. ROL ÚNICO TRIBUTARIO 96614480-7, EN ADELANTE “EL MANDATARIO”, BAJO LOS SIGUIENTES TÉRMINOS Y CONDICIONES:

PRIMERO: EL MANDANTE DECLARA QUE HA CONTRATADO UN SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON CHUBB SEGUROS GENERALES S.A. CUYA PRIMA SERÁ RECAUDADA POR SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA, ASIMISMO, DECLARA QUE ES TITULAR DE LA TARJETA DE SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA N° _____ FECHA VENCIMIENTO _____, EN ADELANTE LA “TARJETA DE CRÉDITO”

SEGUNDO: POR EL PRESENTE ACTO, EL MANDANTE OTORGA UN MANDATO MERCANTIL Y AUTORIZA A SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA, PARA QUE EL MONTO DE LAS PRIMAS DEL CONTRATO DE SEGUROS ANTES INDIVIDUALIZADO, SEA CARGADO A SU TARJETA DE CRÉDITO, DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN OTORGADA EN LA CLÁUSULA PRIMERA PRECEDENTE, Y CON ELLO PAGUE A CHUBB SEGUROS CHILE S.A.. LOS COBROS QUE ÉSTE PRESENTE A SU CARGO POR CONCEPTO DE PRIMAS DE SEGURO ADEUDADAS, LOS QUE EL MANDANTE ACEPTA A PARTIR DE LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO. LOS CARGOS SE CONSIDERAN COMO SI FUERA UN PAGO POR CAJA EN EFECTIVO Y SE CARGARÁN A LA TARJETA DE CRÉDITO, EN EL DÍA DE VENCIMIENTO.

TERCERO: DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL N° 2.1.2 DE LA CIRCULAR N° 1499 DE 15 DE SEPTIEMBRE DE 2000, EMITIDA POR LA COMISION PARA EL MERCADO FINANCIERO, EL MANDANTE DECLARA QUE EL PRESENTE MANDATO AFECTA AL CONJUNTO DE PÓLIZAS Y RENOVACIONES CELEBRADAS CON LA COMPAÑÍA DURANTE LA VIGENCIA DE ÉSTE; Y AUTORIZA A QUE LAS PRIMAS DE DICHAS PÓLIZAS SE PAGUEN MEDIANTE LA MODALIDAD PAT, ES DECIR, AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN TARJETA DE CRÉDITO. EL MONTO DE LA PRIMA, SU FORMA Y MODALIDAD DE PAGO, SE ENCUENTRAN INSERTAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE CADA PÓLIZA.

CUARTO: EL MANDANTE DECLARA CONOCER QUE EL MANDATO PARA CARGO A SU TARJETA DE CRÉDITO, CONSTITUYE UNA RELACIÓN CONTRACTUAL ÚNICA Y EXCLUSIVA CON SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA. LIBERANDO DESDE YA A CHUBB SEGUROS CHILE S.A. DE TODA RESPONSABILIDAD QUE PUDIERA DERIVARSE DE LA EJECUCIÓN ERRÓNEA DE ÉSTE, QUE NO LE SEA IMPUTABLE.

QUINTO: LA FECHA DE VIGENCIA INICIAL DE ESTE MANDATO ES DESDE QUE COMIENZA LA COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA Y LA FECHA DE TÉRMINO DEL MANDATO ES INDEFINIDA, SIN EMBARGO, DEJARÁ DE TENER EFECTO POR LA SOLA DECLARACIÓN DE LA VOLUNTAD DEL MANDANTE, POR EL CIERRE DE LA TARJETA DE CRÉDITO, POR DECISIÓN DEL MANDATARIO, O POR EL EVENTO QUE CHUBB SEGUROS CHILE TERMINE CON EL MANDATARIO EL CONVENIO DE RECAUDACIÓN.

POR ESTE ACTO, AUTORIZO A QUE LAS COMUNICACIONES O NOTIFICACIONES QUE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ENVÍE O DEBA ENVIAR EN RAZÓN DE LA PÓLIZA, ESPECIALMENTE AQUELLAS A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 517 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SE DIRIJAN AL CORREO ELECTRÓNICO INDICADO EN ESTA PROPUESTA, ASÍ COMO A CUALQUIER OTRA DIRECCIÓN DE CONTACTO QUE YO HUBIESE ENTREGADO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. EN CASO DE NO ACEPTAR ESTA FORMA DE COMUNICACIONES O NOTIFICACIONES, POR FAVOR MARQUE EL SIGUIENTE RECUADRO: ____NO ACEPTO

ESTE SEGURO ES SUSCRITO POR **CHUBB SEGUROS CHILE S.A. RUT 99.225.000-3**

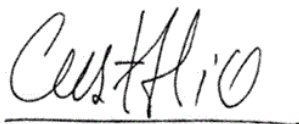
LA PRESENTE SOLICITUD CONSTITUYE CERTIFICADO DE COBERTURA UNA VEZ QUE SE COMPLETEN TODOS LOS DATOS INDICADOS, SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL ASEGURADO Y SE ENCUENTRE VIGENTE EL SEGURO.

SOLICITUD: 33107280

IMPORTANTE

USTED SE ESTÁ INCORPORANDO COMO ASEGURADO A UNA PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA DIRECTAMENTE CON CHUBB SEGUROS CHILE S.A.

LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO ES ABSOLUTAMENTE VOLUNTARIA, LA CUAL MANIFIESTO LIBREMENTE MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE ESTA PROPUESTA DE SEGURO, POR EL VALOR DE LA PRIMA EN ELLA INDICADA



FECHA DE LA SOLICITUD

CRISTIAN ALICO
REPRESENTANTE LEGAL
CHUBB SEGUROS CHILE S.A.
RUT.: 99.225.000-3

FIRMA PROPONENTE ASEGURADO
ACEPTO CONDICIONES DE ESTE SEGURO Y RECIBO COPIA
DE ESTE CERTIFICADO

COBERTURA POL 320131084, ALTERNATIVA A. MUERTE ACCIDENTAL

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL MONTO ASEGURADO, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RECIBIDAS Y APROBADAS LAS PRUEBAS EN CUANTO A QUE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRODUJO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA, COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN ACCIDENTE.

SE ENTENDERÁ COMO FALLECIMIENTO INMEDIATO AQUEL QUE OCURRA A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

ACCIDENTE: TODO SUCESO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE AFECTE EL ORGANISMO DEL ASEGURADO PROVOCÁNDOLE LESIONES, QUE SE MANIFIESTEN POR HERIDAS VISIBLES O CONTUSIONES INTERNAS, INCLUYÉNDOSE ASIMISMO EL AHOGAMIENTO Y LA ASFIXIA, TORCEDURA Y DESGARRAMIENTOS PRODUCIDOS POR ESFUERZOS REPENTINOS, COMO TAMBIÉN ESTADOS SEPTICÉMICOS E INFECCIONES QUE SEAN A CONSECUENCIA DE HERIDAS EXTERNAS E INVOLUNTARIAS Y HAYAN PENETRADO POR ELLAS AL ORGANISMO O BIEN SE HAYAN DESARROLLADO POR EFECTO DE CONTUSIONES.

EXCLUSIONES: NO SE EFECTUARÁ EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES QUE CORRESPONDAN A LAS COBERTURAS INDICADAS EN EL ARTICULO N°2 DE ESTA PÓLIZA, CUANDO EL FALLECIMIENTO, HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD O LESIONES DEL ASEGURADO SE PRODUZCAN A CONSECUENCIA DE:

I. GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, SEA QUE HAYA HABIDO O NO DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, INSURRECCIÓN, SUBLEVACIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, O HECHOS QUE LAS LEYES CALIFICAN COMO DELITOS CONTRA LA LEY DE SEGURIDAD INTERIOR DEL ESTADO.

II. PELEAS O RIÑAS, SALVO EN AQUELLOS CASOS EN QUE SE ESTABLEZCA JUDICIALMENTE POR SENTENCIA EJECUTORIADA QUE SE HA TRATADO DE LEGÍTIMA DEFENSA.

III. COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN INCLUIDOS LOS ACTOS TERRORISTAS 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.

IV. SUICIDIO O INTENTO DEL MISMO, INTOXICACIONES, AUTOMUTILACIÓN O AUTOLESIÓN, O POR LESIONES INFERIDAS AL ASEGURADO POR SÍ MISMO O POR TERCEROS CON SU CONSENTIMIENTO, CUALQUIERA SEA LA ÉPOCA EN QUE OCURRA, YA SEA ESTANDO EN SU PLENO JUICIO O ENAJENADO MENTALMENTE.

V. ELIMINADO POR CONDICIONES PARTICULARES.

VI. LA PRÁCTICA O EL DESEMPEÑO DE CUALQUIER DEPORTE QUE OBJETIVAMENTE CONSTITUYA UNA FLAGRANTE AGRAVACIÓN DEL RIESGO, QUE HAYA SIDO DECLARADO POR EL ASEGURADO Y DE LO CUAL HAYA QUEDADO CONSTANCIA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SALVO QUE SEA PREVIAMENTE ACEPTADA POR EL ASEGURADOR, TALES COMO: PASAJERO EN AVIACIÓN PRIVADA, PARACAIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUMPEE JUMPING, ALPINISMO, ESCALADA, MOTOCICLISMO, ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA, RODEO, RUGBY, EQUITACIÓN, POLO.

VII. ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN ESTADO DE EBriedAD, O BAJO LOS EFECTOS DE CUALQUIER NARCÓTICO A MENOS QUE HUBIESE SIDO ADMINISTRADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA. ESTOS ESTADOS DEBERÁN SER CALIFICADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

VIII. DESEMPEÑARSE EL ASEGURADO COMO PILOTO O TRIPULANTE DE AVIONES CIVILES O COMERCIALES, A MENOS QUE EXPRESA Y ESPECÍFICAMENTE SE PREVEA Y ACEPTE SU COBERTURA POR EL ASEGURADOR.

- IX. RIESGOS DE RADIACIÓN, REACCIÓN NUCLEAR O ATÓMICA, O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- X. MOVIMIENTOS SÍSMICOS DESDE EL GRADO 8 INCLUSIVE DE LA ESCALA MODIFICADA DE MERCALLI, DETERMINADO POR EL SERVICIO SISMOLÓGICO DEL DEPARTAMENTO DE GEOFÍSICA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, O DEL SERVICIO QUE EN EL FUTURO LO REEMPLACE.
- XI. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.
- XII. INFECCIONES DEBIDAS A GÉRMESES, EXCEPTO LAS INFECCIONES PIÓGENICAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UNA HERIDA, CORTADURA O AMPUTACIÓN ACCIDENTAL. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICA A LAS ALTERNATIVAS DE COBERTURA F, G.- Y H.- DEL ARTÍCULO N°3 DE ESTE CONDICIONADO GENERAL.
- XIII. HERNIAS Y SUS CONSECUENCIAS, SEA CUAL FUERE LA CAUSA DE QUE PROVENGAN.
- XIV. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DISTINTOS DE LOS NECESARIOS A CONSECUENCIA DE LESIONES O ENFERMEDAD CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA.
- XV. HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE EMBARAZO O MATERNIDAD, ALUMBRAMIENTO O LA PÉRDIDA QUE RESULTE DEL MISMO.
- XVI. EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA.
- XVII. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, A MENOS QUE SEA NECESITADA POR UNA LESIÓN ACCIDENTAL QUE OCURRA MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AMPARADO POR LA PÓLIZA.
- XVIII. CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD MENTAL O NERVIOSA. ESTADOS DE DEMENCIA, DEFICIENCIA MENTAL O PERTURBACIONES DEL CONOCIMIENTO.
- XIX. CURAS DE REPOSO, CUIDADO SANITARIO, PERÍODOS DE CUARENTENA O AISLAMIENTO.
- XX. 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:
- SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, LO DEFINIDO PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
 - INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE A NEUMONÍA CAUSADA POR PNEUMOCYSTIS CARINII, ORGANISMO DE ENTERITIS CRÓNICA, INFECCIÓN VÍRICA O INFECCIÓN MICOBACTERIANA DISEMINADA.
 - 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.
 - SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA DEBE INCLUIR ENCEFALOPATÍA (DEMENCIA) DE V.I.H. (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO) Y SÍNDROME DE DESGASTE POR V.I.H. (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO).
- XXI. TRATAMIENTO O CIRUGÍA DENTAL, EXCEPTO POR LESIONES EN DIENTES NATURALES SANOS, OCASIONADOS POR UN ACCIDENTE.
- XXII. ENFERMEDADES, LESIONES O CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ARTÍCULO 4° N°3 PRECEDENTE. PARA LOS EFECTOS DE LA APLICACIÓN DE ESTA EXCLUSIÓN, AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DEBERÁ CONSULTAR AL ASEGURABLE ACERCA DE TODAS AQUELLAS SITUACIONES O ENFERMEDADES PREEXISTENTES QUE PUEDEN IMPORTAR UNA LIMITACIÓN O EXCLUSIÓN DE COBERTURA. EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO DE COBERTURA SE ESTABLECERÁN LAS RESTRICCIONES Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE LA DECLARACIÓN DE SALUD EFECTUADA POR EL ASEGURABLE O LA EXCLUSIÓN DE LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES DECLARADAS.
- XXIII. LOS TRATAMIENTOS ESTÉTICOS PLÁSTICOS, DENTALES, DE ORTODONCIA, ORTOPÉDICOS Y OTROS TRATAMIENTOS QUE SEAN PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO O PARA CORREGIR MALFORMACIONES PRODUCIDAS POR ENFERMEDADES O ACCIDENTES ANTERIORES A LA FECHA DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- XXIV. TODO TIPO DE TRATAMIENTOS POR OBESIDAD, SALVO EN AQUELLOS CASOS CALIFICADOS COMO "OBESIDAD MÓRBIDA", DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).
- XXV. TRATAMIENTOS POR ADICCIÓN A DROGAS O ALCOHOLISMO, LESIÓN, ENFERMEDAD O TRATAMIENTO CAUSADO POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS Y DEMÁS SUSTANCIAS DE EFECTOS ANÁLOGOS O SIMILARES.
- XXVI. PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.
- XXVII. EPIDEMIAS OFICIALMENTE DECLARADAS.

XXVIII. ACTO DELICTIVO COMETIDO, EN CALIDAD DE AUTOR O CÓMPLICE, POR UN BENEFICIARIO O QUIEN PUDIERE RECLAMAR EL MONTO ASEGURADO O LA INDEMNIZACIÓN.

XXIX. LA PRÁCTICA O EL DESEMPEÑO DE ALGUNA ACTIVIDAD, PROFESIÓN U OFICIO CLARAMENTE RIESGOSO, QUE HAYAN SIDO DECLARADOS POR EL ASEGURADO AL MOMENTO DE CONTRATAR EL SEGURO O DURANTE SU VIGENCIA, Y DE LO CUAL HAYA QUEDADO CONSTANCIA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, TALES COMO LO SON LAS SIGUIENTES:

-LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O SUSTANCIAS QUÍMICAS CORROSIVAS.

-LA MANIPULACIÓN DE SIERRAS MECÁNICAS, DE VAIVÉN, BANDA O CIRCULARES UTILIZADAS EN INDUSTRIAS O FÁBRICAS.

-LA MANIPULACIÓN DE MÁQUINAS DE SOLDAR UTILIZADAS EN INDUSTRIAS O FÁBRICAS.

-TRABAJAR EN LA CARGA O DESCARGA DE VEHÍCULOS, BUQUES O AVIONES.

-MATAR GANADO.

XXX.DESEMPEÑARSE COMO DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO O PROFESIONAL SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 8º DE LA LEY DEL DEPORTE Nº 19.712 DE ENERO DE 2001 Y EN EL DFL 1 DE 1970, RESPECTIVAMENTE

XXXI.MOTOCICLISMO, SEA EN CALIDAD DE CONDUCTOR O PASAJERO Y ADEMÁS EL USO DE MOTONETAS, MOTO FURGONES Y OTRO TIPO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS, A MENOS QUE EXPRESA Y ESPECÍFICAMENTE SE PREVEA Y ACEPTE SU COBERTURA POR EL ASEGURADOR.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

PARENTESCO	COBERTURA	INGRESO DESDE	INGRESO HASTA	PERMANENCIA
TITULAR	MUERTE ACCIDENTAL	18 años.	75 años y 364 días.	76 años y 364 días.

BENEFICIO ADICIONAL DE DESCUENTO EN FARMACIAS CRUZ VERDE: ESTE BENEFICIO SE OTORGA A TODOS LOS ASEGURADOS, CON SOLO MOSTRAR SU CEDULA DE IDENTIDAD. NO SE CONSIDERAN BONIFICACIONES NI SE APLICARÁ EL DESCUENTO A MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS, INMUNOLÓGICOS, VACUNAS, MEDICINA REPRODUCTIVA Y ALIMENTOS PARA MASCOTAS. SE APLICARÁN LOS SIGUIENTES DESCUENTOS EN FARMACIAS CRUZ VERDE, CON UN TOPE MENSUAL DE \$10.000.- ESTE BENEFICIO ES UN REGALO PARA EL CLIENTE POR LO CUAL LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE MODIFICARLO O ELIMINARLO, BASTANDO PARA ELLO DAR UN AVISO ESCRITO AL ASEGURADO CON AL MENOS 10 DÍAS HÁBILES DE ANTICIPACIÓN.

- 30% GENÉRICOS Y MINTLAB
- 20% LABORATORIO CHILE
- 12% MARCA
- 8% RESTO FARMACIA
- 15% PRODUCTOS GEA
- \$10.000 TOPE DESCUENTO

AVISO DE SINIESTROS E INFORMACION SOLICITADA: EN CASO DE SINIESTRO USTED PUEDE DAR AVISO EN LAS SUCURSALES DE SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA O EN SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO **(56 2) 2757 3888**. EN CADA CASO SE DEBE ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- FORMULARIO DE DENUNCIO SINIESTRO.
- FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO.
- CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN CON INDICACIÓN DE CAUSA DE MUERTE.
- PARTE POLICIAL.
- PROTOCOLO DE AUTOPSIA; RESULTADO ALCOHOLEMIA; RESULTADO TOXICOLÓGICO.
- OTROS ANTECEDENTES SEGÚN LO SOLICITE LA ASEGURADORA.

PLAZO AVISO DE SINIESTRO: TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE, CON LAS LIMITACIONES QUE ESTABLECE LA LEY.

CONTRATANTE: SERVICIOS E INVERSIONES TCD LTDA. RUT: 96.614.480-7, DOMICILIADO EN URMENETA 715, OF. 601, PUERTO MONTT.

INTERÉS ASEGURABLE: ES AQUEL QUE TIENE EL ASEGURADO EN LA NO OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA INDIVIDUAL: ESTE SEGURO ENTRARÁ EN VIGENCIA CON LA FIRMA DE ESTA PROPUESTA DE SEGURO, Y SE MANTENDRÁ VIGENTE MIENTRAS SE CUMPLAN LOS REQUISITOS SDE ASEGURABILIDAD, SE PAGUE LA PRIMA Y SE ENCUENTRE VIGENTE LA PÓLIZA COLECTIVA.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA: DESDE EL 1 DE ENERO DE 2019 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2019, CON RENOVACIÓN ANUAL AUTOMÁTICA.

PÓLIZA COLECTIVA: ESTE CERTIFICADO DE COBERTURA FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA MATRIZ N°33100009 EMITIDA POR CHUBB SEGUROS CHILE S.A. LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES SE ENCUENTRAN DEPOSITADAS EN LA CMF BAJO EL CÓDIGO POL 3 2013 1084, ALTERNATIVA A.

SELLO SERNAC: ESTE DOCUMENTO NO CUENTA CON SELLO SERNAC, CONFORME AL ARTÍCULO 55 DE LA LEY N°19.496.

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE: CHUBB SEGUROS CHILE CUENTA CON UN DEPARTAMENTO DE SERVICIO AL CLIENTE, CON ATENCIÓN TELEFÓNICA LLAMANDO AL (56 2) 2757 3888 O ESCRIBIENDO AL E-MAIL ASEGURADO.CHILE@CHUBB.COM, EN EL SIGUIENTE HORARIO DE ATENCIÓN: LUNES A JUEVES 9:00 A 18:00 HORAS, VIERNES DE 9:00 A 15:30 HORAS.

NOTA 1: SE INCLUYE ANEXO RELATIVO A PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS.

NOTA 2: SE INCLUYE ANEXO DE CONSULTAS Y RECLAMOS.

ANEXO DE COMISIONES: LA COMISIÓN DE RECAUDACIÓN Y COBRANZA SERÁ EQUIVALENTE AL 43% + IVA DE LA PRIMA NETA RECAUDADA MENSUAL.

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN: LA LIQUIDACIÓN TIENE POR FIN ESTABLECER LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO, DETERMINAR SI EL SINIESTRO ESTÁ CUBIERTO EN LA PÓLIZA CONTRATADA EN UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS DETERMINADA, Y CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA Y DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR. EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN ESTÁ SOMETIDO A LOS PRINCIPIOS DE CELERIDAD Y ECONOMÍA PROCEDIMENTAL, DE OBJETIVIDAD Y CARÁCTER TÉCNICO Y DE TRANSPARENCIA Y ACCESO.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN: LA LIQUIDACIÓN PUEDE EFECTUARLA DIRECTAMENTE LA COMPAÑÍA O ENCOMENDARLA A UN LIQUIDADOR DE SEGUROS. LA DECISIÓN DEBE COMUNICARSE AL ASEGURADO DENTRO DEL PLAZO DE TRES DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE LA FECHA DE LA DENUNCIA DEL SINIESTRO.

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA: EN CASO DE LIQUIDACIÓN DIRECTA POR LA COMPAÑÍA, EL ASEGURADO O BENEFICIARIO PUEDE OPONERSE A ELLA, SOLICITÁNDOLE POR ESCRITO QUE DESIGNE UN LIQUIDADOR DE SEGUROS, DENTRO DEL PLAZO DE CINCO DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE LA NOTIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE LA COMPAÑÍA. LA COMPAÑÍA DEBERÁ DESIGNAR AL LIQUIDADOR EN EL PLAZO DE DOS DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE DICHA OPOSICIÓN.

4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES: EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑÍA DEBERÁ INFORMAR AL ASEGURADO, POR ESCRITO, EN FORMA SUFICIENTE Y OPORTUNA, AL CORREO ELECTRÓNICO (INFORMADO EN LA DENUNCIA DEL SINIESTRO) O POR CARTA CERTIFICADA (AL DOMICILIO SEÑALADO EN LA DENUNCIA DE SINIESTRO), DE LAS GESTIONES QUE LE CORRESPONDE REALIZAR, SOLICITANDO DE UNA SOLA VEZ, CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS LO PERMITAN, TODOS LOS ANTECEDENTES QUE REQUIERE PARA LIQUIDAR EL SINIESTRO.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN: EN AQUELLOS SINIESTROS EN QUE SURGIEREN PROBLEMAS Y DIFERENCIAS DE CRITERIOS SOBRE SUS CAUSAS, EVALUACIÓN DEL RIESGO O EXTENSIÓN DE LA COBERTURA, PODRÁ EL LIQUIDADOR, ACTUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DEL ASEGURADO, EMITIR UN PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN SOBRE LA COBERTURA DEL SINIESTRO Y EL MONTO DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS, EL QUE DEBERÁ PONERSE EN CONOCIMIENTO DE LOS INTERESADOS. EL ASEGURADO O LA COMPAÑÍA PODRÁN HACER OBSERVACIONES POR ESCRITO AL PRE-INFORME DENTRO DEL PLAZO DE CINCO DÍAS HÁBILES DESDE SU CONOCIMIENTO.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN: DENTRO DEL MÁS BREVE PLAZO, NO PUDIENDO EXCEDER DE 45 DÍAS CORRIDOS DESDE FECHA DEL DENUNCIO, A EXCEPCIÓN DE:

A) SINIESTROS QUE CORRESPONDAN A SEGUROS INDIVIDUALES SOBRE RIESGOS DEL PRIMER GRUPO CUYA PRIMA ANUAL SEA SUPERIOR A 100 UF: 90 DÍAS CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO:

B) SINIESTROS MARÍTIMOS QUE AFECTEN A LOS CASCOS O EN CASO DE AVERÍA GRUESA: 180 DÍAS CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO;

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN: LOS PLAZOS ANTES SEÑALADOS PODRÁN, EXCEPCIONALMENTE SIEMPRE QUE LAS CIRCUNSTANCIAS LO AMERITEN, PRORROGARSE, SUCESIVAMENTE POR IGUALES PERÍODOS, INFORMANDO LOS MOTIVOS QUE LA FUNDAMENTEN E INDICANDO LAS GESTIONES CONCRETAS Y ESPECÍFICAS QUE SE REALIZARÁN, LO QUE DEBERÁ COMUNICARSE AL ASEGURADO Y A LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO, PUDIENDO ESTA ÚLTIMA DEJAR SIN EFECTO LA AMPLIACIÓN, EN CASOS CALIFICADOS, Y FIJAR UN PLAZO PARA ENTREGA DEL INFORME DE LIQUIDACIÓN. NO PODRÁ SER MOTIVO DE PRORROGA LA SOLICITUD DE NUEVOS ANTECEDENTES CUYO REQUERIMIENTO PUDO PREVERSE CON ANTERIORIDAD, SALVO QUE SE INDIQUEN LAS RAZONES QUE JUSTIFIQUEN LA FALTA DE REQUERIMIENTO, NI PODRÁN PRORROGARSE LOS SINIESTROS EN QUE NO HAYA EXISTIDO GESTIÓN ALGUNA DEL LIQUIDADOR, REGISTRADO O DIRECTO.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN: EL INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN DEBERÁ REMITIRSE AL ASEGURADO Y SIMULTÁNEAMENTE AL ASEGURADOR, CUANDO CORRESPONDA, Y DEBERÁ CONTENER NECESARIAMENTE LA TRANSCRIPCIÓN ÍNTEGRA DE LOS ARTÍCULOS 26 Y 27 DEL REGLAMENTO DE AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS (D.S. DE HACIENDA N° 1.055, DE 2012, DIARIO OFICIAL DE 29 DE DICIEMBRE DE 2012).

9) IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN: RECIBIDO EL INFORME DE LIQUIDACIÓN, LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADO DISPONDRÁN DE UN PLAZO DE DIEZ DÍAS HÁBILES PARA IMPUGNARLA. EN CASO DE LIQUIDACIÓN DIRECTA POR LA COMPAÑÍA, ESTE DERECHO SÓLO LO TENDRÁ EL ASEGURADO.

IMPUGNADO EL INFORME, EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑÍA DISPONDRÁ DE UN PLAZO DE 6 DÍAS HÁBILES PARA RESPONDER LA IMPUGNACIÓN.

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

EN VIRTUD DE LA CIRCULAR N° 2131 DE 28 DE NOVIEMBRE DE 2013 Y SUS POSTERIORES MODIFICACIONES, LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, CORREDORES DE SEGUROS Y LIQUIDADORES DE SINIESTROS, DEBERÁN RECIBIR, REGISTRAR Y RESPONDER TODAS LAS PRESENTACIONES, CONSULTAS O RECLAMOS QUE SE LES PRESENTEN DIRECTAMENTE POR EL CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIOS O LEGÍTIMOS INTERESADOS O SUS MANDATARIOS.

LAS PRESENTACIONES PUEDEN SER EFECTUADAS EN TODAS LAS OFICINAS DE LAS ENTIDADES EN QUE SE ATIENDA PÚBLICO, PRESENCIALMENTE, POR CORREO POSTAL, MEDIOS ELECTRÓNICOS, O TELEFÓNICAMENTE, SIN FORMALIDADES, EN EL HORARIO NORMAL DE ATENCIÓN.

RECIBIDA UNA PRESENTACIÓN, CONSULTA O RECLAMO, ÉSTA DEBERÁ SER RESPONDIDA EN EL PLAZO MÁS BREVE POSIBLE, EL QUE NO PODRÁ EXCEDER DE 20 DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE SU RECEPCIÓN.

EL INTERESADO, EN CASO DE DISCONFORMIDAD RESPECTO DE LO INFORMADO, O BIEN CUANDO EXISTA DEMORA INJUSTIFICADA DE LA RESPUESTA, PODRÁ RECURRIR A LA COMISION PARA EL MERCADO FINANCIERO, ÁREA DE PROTECCIÓN AL INVERSIONISTA Y ASEGURADO, CUYAS OFICINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 1449, PISO 1°, SANTIAGO, O A TRAVÉS DEL SITIO WEB WWW.CMFCHILE.CL.