

**SOLICITUD DE INCORPORACION Y CERTIFICADO DE COBERTURA
SEGURO ONCOLÓGICO MÁS BENEFICIO DE FARMACIA
CONTRATANTE: SERVICIOS E INVERSIONES TCD S.A.**

N°

DATOS ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO (PATERNO, MATERNO, NOMBRES)			RUT	
DIRECCIÓN PARTICULAR		COMUNA CIUDAD	TELÉFONO/CELULAR	CORREO ELECTRONICO
FECHA NACIMIENTO / /	SEXO M ___ F ___	ESTADO CIVIL CASADO ___ SOLTERO ___ VIUDO ___	PROFESIÓN/ACTIVIDAD	ISAPRE ___ FONASA ___

COBERTURA: ONCOLOGICA (POL 320131228)	CAPITAL ASEGURADO: UF 75	PRIMA MENSUAL: UF 0,070
----------------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

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, POR UNA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA MALIGNA O CÁNCER. SE ENTENDERÁ POR CÁNCER PRIMARIO LA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA QUE NO HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DE LA CLÁUSULA. ENTENDIENDO POR DICHA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA, AQUELLA 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.

EN CASO CONTRARIO DETALLE CUÁLES Y SU FECHA DE DIAGNÓSTICO:

DECLARACION PERSONAL: 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 EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER 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 SITUACIÓN PREEXISTENTE A LA FECHA DE LA SUSCRIPCIÓN DE ESTE CERTIFICADO DE COBERTURA.

FIRMA PROPONENTE ASEGURADO

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 SEGCHILE SEGUROS GENERALES 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.

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.

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 _____

ESTE SEGURO ES SUSCRITO POR **SEGCHILE SEGUROS GENERALES S.A.** RUT: 76.620.816-9
LA PRESENTE CONSTITUYE CERTIFICADO DE COBERTURA PARA AQUELLAS PERSONAS QUE NO EFECTÚEN DECLARACIONES EN SU DPS, UNA VEZ QUE SE COMPLETEN LOS DATOS Y SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL PROPONENTE.
PARA AQUELLOS PERSONAS QUE SÍ EFECTÚEN DECLARACIONES EN SU DPS, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA ANALIZARÁ EL RIESGO PARA DETERMINAR SI OTORGARÁ O NO COBERTURA, DE MANERA QUE EL PRESENTE DOCUMENTO SERÁ ÚNICAMENTE PROPUESTA DE SEGUROS.

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 SERVICIOS E INVERSIONES TCD S.A. ROL ÚNICO TRIBUTARIO N° 96.614.480-7, EN ADELANTE "EL MANDATARIO", BAJO LOS SIGUIENTES TÉRMINOS Y CONDICIONES:

PRIMERO: EL MANDANTE DECLARA QUE HA CONTRATADO UN SEGURO ONCOLÓGICO CON SEGCHILE SEGUROS GENERALES S.A., CUYA PRIMA SERÁ RECAUDADA POR SERVICIOS E INVERSIONES TCD S.A. ASIMISMO, DECLARA QUE ES TITULAR DE LA TARJETA DE CRÉDITO SERVICIOS E INVERSIONES TCD S.A. N° _____ FECHA VENCIMIENTO _____, EN ADELANTE LA "TARJETA DE CRÉDITO".

SEGUNDO: POR EL PRESENTE ACTO, EL MANDANTE OTORGA UN MANDATO MERCANTIL Y AUTORIZA A SERVICIOS E INVERSIONES TCD S.A. 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 SEGCHILE SEGUROS GENERALES 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 SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS, 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 SERVICIOS E INVERSIONES TCD S.A., LIBERANDO DESDE YA A SEGCHILE SEGUROS GENERALES 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 SEGCHILE SEGUROS GENERALES S.A. TERMINE CON EL MANDATARIO EL CONVENIO DE RECAUDACIÓN.

IMPORTANTE

USTED SE HA INCORPORADO COMO ASEGURADO A UNA PÓLIZA O CONTRATO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR SERVICIOS E INVERSIONES TCD S.A. DIRECTAMENTE CON SEGCHILE SEGUROS GENERALES S.A.

DATOS EJECUTIVO DE VENTA

NOMBRE:	RUT :	SUCURSAL:
---------	-------	-----------

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



MARIO CATRILEO DUQUE
REPRESENTANTE LEGAL /
SEGCHILE SEGUROS GERNEALES S.A.
RUT.: 76.620.816-9

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

COBERTURA (POL 320131228):

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ DE UNA SOLA VEZ LA SUMA ASEGURADA SEÑALADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SI, DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PERÍODO DE CARENCIA SEÑALADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, AL ASEGURADO SE LE DIAGNOSTICA CLÍNICAMENTE POR PRIMERA VEZ UN CÁNCER, SEGÚN LAS DEFINICIONES, TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS A CONTINUACIÓN:

DEFINICIONES:

CÁNCER: CORRESPONDE A AQUEL CÁNCER QUE NO HA SIDO DIAGNOSTICADO NI HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCORPORACIÓN DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA. SE ENTIENDE POR 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, INCLUYENDO LA ENFERMEDAD DE HODGKIN, LEUCEMIA, Y CARCINOMA "IN SITU".

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: EL INFORME BASADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE CON SUS EXÁMENES Y CONFIRMADO CON EL EXAMEN HISTOPATOLÓGICO O CITOLÓGICO.

CARENCIA: LA COBERTURA TIENE UNA CARENCIA DE 60 DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO AL SEGURO.

EXCLUSIONES: ESTA PÓLIZA NO CUBRE:

- A) NINGUNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE NO SEA CÁNCER;
- B) EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO IN SITU
- C) EL CÁNCER A LA PIEL, CON EXCEPCIÓN DEL MELANOMA MALIGNO.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA: LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO ES DE 14 AÑOS Y LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO AL SEGURO ES DE 64 AÑOS Y 364 DÍAS. LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ES DE 69 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** NO ACUMULABLE. 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.

ÍTEM	DESCUENTO
MEDICAMENTOS GENÉRICOS	30%
MEDICAMENTOS LABORATORIO MINTLAB	30%
MEDICAMENTOS LABORATORIO CHILE	20%
MEDICAMENTOS NACIONALES E INTERNACIONALES	12%
PRODUCTOS PERFUMERÍA HIGIENE Y BELLEZA	8%
PRODUCTOS NATURALES GEA	15%

AVISO DE SINIESTROS E INFORMACION SOLICITADA: EN CASO DE SINIESTRO PUEDE DAR AVISO EN LAS SUCURSALES DE DIMARSA O EN SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO ESCRIBIENDO A ASEGURADO@SEGCHILE.CL O LLAMANDO AL **(56 2) 2757 3888**. EN CADA CASO SE DEBE ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- FORMULARIO DE DENUNCIO SINIESTRO
- FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL SINIESTRADO
- INFORME HISTOPATOLÓGICO Y FICHA CLINICA
- OTROS ANTECEDENTES SEGÚN LO SOLICITE LA ASEGURADORA

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL: PARA AQUELLAS PERSONAS QUE NO EFECTÚEN DECLARACIONES EN SU DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD, LA VIGENCIA COMENZARÁ A PARTIR DE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE DOCUMENTO. SI EFECTÚA DECLARACIONES, LA COMPAÑÍA DEBE EVALUAR SI OTORGARÁ COBERTURA.

EL SEGURO PERMANECERÁ VIGENTE MIENTRAS ESTÉ VIGENTE LA PÓLIZA COLECTIVA, SE PAGUE LA PRIMA Y SE CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

VIGENCIA DE LA COBERTURA COLECTIVA: DESDE EL 1 DE ENERO DE 2017 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2018, CON RENOVACIÓN ANUAL AUTOMÁTICA.

CONTRATANTE: EL CONTRATANTE ES SERVICIOS E INVERSIONES TCD S.A. RUT: 96.614.480-7, UBICADO EN URMENETA 715, OFICINA 601, PUERTO MONTT.

BENEFICIARIO: EL BENEFICIARIO DE ESTA PÓLIZA ES EL ASEGURADO. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, EN CASO DE FALLECER EL ASEGURADO ANTES DEL PAGO DEL SINIESTRO, Y EN CASO QUE ELLO CORRESPONDA, EL MONTO ASEGURADO SERÁ PAGADO A LOS HEREDEROS LEGALES.

PÓLIZA COLECTIVA: ESTE CERTIFICADO DE COBERTURA FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA MATRIZ N° 33000001 EMITIDA POR SEGCHILE SEGUROS GENERALES S.A. LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO ONCOLÓGICO ESTÁN DEPOSITADAS EN LA SVS CÓDIGO BAJO EL CÓDIGO POL 320131228.

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

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

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE: SEGCHILE SEGUROS GENERALES S.A. CUENTA CON UN DEPARTAMENTO DE SERVICIO AL CLIENTE, CON ATENCIÓN TELEFÓNICA LLAMANDO AL (56 2) 2757 3888 O ESCRIBIENDO AL E-MAIL ASEGURADO@SEGCHILE.CL, EN EL SIGUIENTE HORARIO DE ATENCIÓN: LUNES A JUEVES 9:00 A 18:00 HORAS, VIERNES DE 9:00 A 17:00 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 COBRANZA Y RECAUDACIÓN PAGADA AL CONTRATANTE ES DEL 30% DE LA PRIMA NETA RECAUDADA.

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 MÁXIMO 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 SUPERINTENDENCIA, PUDIENDO ESTA ÚLTIMA DEJAR SIN EFECTO LA AMPLIACIÓN, EN CASOS CALIFICADOS, Y FIJAR UN PLAZO PARA ENTREGA DEL INFORME DE LIQUIDACIÓN. NO PODRÁ SER MOTIVO DE PRÓRROGA LA SOLICITUD DE NUEVOS ANTECEDENTES CUYO REQUERIMIENTO PUDO PREVERSE CON ANTERIORIDAD, SALVO QUE SE INDIQUEN LAS RAZONES QUE JUSTIFIQUEN LA FALTA DE REQUERIMIENTO, NI PODRÁN PRORROGARSE LOS SINIESTROS EN QUE NO HAYA EXISTIDO GESTIÓN ALGUNA DEL LIQUIDADOR, REGISTRADO O DIRECTO.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

EL INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN DEBERÁ REMITIRSE AL ASEGURADO Y SIMULTÁNEAMENTE AL ASEGURADOR, CUANDO CORRESPONDA, Y DEBERÁ CONTENER NECESARIAMENTE LA 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 MODIFICACIONES POSTERIORES, 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 SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS, 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.SVS.CL.