

PROPUESTA DE SEGURO Y CERTIFICADO DE COBERTURA
 SEGURO DE DESEMPLEO ASOCIADO A TARJETA DE CRÉDITO
 CONTRATANTE: SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA

N° [[PRONRO]]

DATOS CLIENTE (ASEGURADO)

NOMBRE	: [[PROCLINOM]]	RUT	: [[PROCLIRUT]]
DOMICILIO	: [[PROCLIDOM]]	FECHA NAC.	: [[PROCLIFNA]]
COMUNA	: [[PROCLICOM]]	EST. CIVIL	: [[PROCLIECI]]
REGIÓN	: [[PROCLIREG]]	SEXO	: [[PROCLISEX]]
FONO	: [[PROCLIFON]]		
E-MAIL	: [[PROCLIMAIL]]		

PRODUCTO [[PROPRODES]]

PLAN	: [[PROPROPCOD]]	VIGENCIA INICIAL	: [[PROPROVINI]]
DESCRIP. PLAN	: [[PROPROPDES]]	VIGENCIA FINAL	: [[PROPROVFIN]]
TIPO	: [[PROPROTIP]]	PRIMA ANUAL	: [[PRIANUALTOTAL_P]]

COBERTURAS (POL 1 2023 0232)(POL 3 2017 0243)	CAPITAL ASEGURADO
- RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE.	COBERTURA SOLO EN PLAZO DE CARENIA (DIA 1 AL 59), CUBRE 1 UF POR DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE CANCELADOS DESDE EL DIA 2 CON UN TOPE MÁXIMO DE 15 DÍAS
- DESEMPLEO INVOLUNTARIO	-ESTE SEGURO CUBRE EL PAGO DE HASTA 3 CUOTAS MENSUALES DE LA TARJETA DE CRÉDITO, CON TOPE MÁXIMO DE UF 13 POR CUOTA.

[[PROPROEJE]]

SOLICITUD: [[PRONRO]]

MANDATO DESCUENTO EN TARJETA DE CRÉDITO (PAT)

POR EL PRESENTE ACTO, DON (ÑA), _____, EN ADELANTE "EL MANDANTE", CONFIERE MANDATO ESPECIAL A [[PROCONNOM]], ROL ÚNICO TRIBUTARIO [[PROCONRUT]], EN ADELANTE "EL MANDATARIO", BAJO LOS SIGUIENTES TÉRMINOS Y CONDICIONES:

PRIMERO: EL MANDANTE DECLARA QUE HA CONTRATADO UN SEGURO DE DESEMPLEO CON CHUBB SEGUROS CHILE S.A., CUYA PRIMA SERÁ RECAUDADA POR [[PROCONNOM]], ASIMISMO, DECLARA QUE ES TITULAR DE LA TARJETA DE CRÉDITO [[PROCONNOM]] N° _____ FECHA VENCIMIENTO _____, EN ADELANTE LA "TARJETA DE CRÉDITO".

SEGUNDO: POR EL PRESENTE ACTO, EL MANDANTE OTORGA UN MANDATO MERCANTIL Y AUTORIZA A [[PROCONNOM]]. 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 AQUE 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 [[PROCONNOM]] 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 VIGENCIA 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 S.A. 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 O AL CORREDOR. EN CASO DE NO ACEPTAR ESTA FORMA DE COMUNICACIONES O NOTIFICACIONES, POR FAVOR MARQUE EL SIGUIENTE RECUADRO: NO ACEPTO

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 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.

SOLICITUD: [[PRONRO]]

IMPORTANTE

USTED SE ESTÁ INCORPORANDO COMO ASEGURADO A UNA PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR [[PROCONNOM]] CON CHUBB SEGUROS CHILE S.A.,

ESTE SEGURO ES SUSCRITO POR CHUBB SEGUROS CHILE S.A. RUT: 99.225.000-3, CON DOMICILIO EN AV. PRESIDENTE RIESCO 5435, PISO 7, LAS CONDES.

ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE CERTIFICADO DE COBERTURA UNA VEZ QUE SE COMPLETEN TODOS LOS DATOS SOLICITADOS, SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL PROPONENTE, SE OTORQUE EL CRÉDITO Y SE PAGUE LA PRIMA PACTADA.

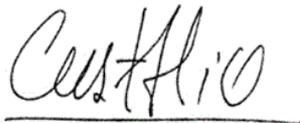
PARA CUMPLIR CON LA RESOLUCIÓN EXENTA Nº 05 DE 11.01.05 DICTADA POR EL S.I.I., SOLICITAMOS A USTED NOS INFORME EN ESTE ACTO SI POSEE O NO LA CALIDAD DE VENDEDOR, IMPORTADOR O PRESTADOR DE SERVICIOS. ESTO PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA PROCEDENCIA O IMPROCEDENCIA DE LA EMISIÓN Y DESPACHO A USTED DE LA 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 _____

LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO 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.

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN LABORAL DEL ASEGURABLE:

PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, DECLARO TENER LA CALIDAD DE: [TRABAJADOR O EMPLEADO DEPENDIENTE]

MEDIANTE LA SIGUIENTE FIRMA, ACEPTO LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO Y QUE SOY TRABAJADOR DEPENDIENTE.



[[PROPROFEC]]

FECHA DE EMISIÓN
REPRESENTANTE LEGAL
CHUBB SEGUROS CHILE S.A. RUT.: 99.225.000-3

CRISTIAN ALICO

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

COBERTURAS:

1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO DEL ASEGURADO (POL120230232)

EN CASO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO DEL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ HASTA 3 CUOTAS MENSUALES DEBIDAS EN LA TARJETA DE CRÉDITO, QUE SERÁN PAGADERAS AL BENEFICIARIO, CON UN TOPE MENSUAL POR CUOTA DE UF 13. PRESENTADOS LOS ANTECEDENTES POR PRIMERA VEZ Y, DANDO A LUGAR A LA COBERTURA, SE PAGARÁN DOS CUOTAS DEL CRÉDITO. SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR, PARA EL PAGO DE LA 3ERA CUOTA, EL DEUDOR DEBERÁ PRESENTAR LOS ANTECEDENTES NECESARIOS PARA ACREDITAR QUE AÚN SE ENCUENTRA DESEMPLEADO.

ESTO OPERA SOLO SI AL MOMENTO DEL SINIESTRO EXISTIESE DEUDA EN LA TARJETA DE CRÉDITO Y HASTA LAS CUOTAS PENDIENTES DE PAGO.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ OTORGADA SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SE MANTENGA EN SITUACIÓN DE CESANTÍA INVOLUNTARIA. HABRÁ LUGAR A UNA NUEVA APLICACIÓN DE ESTA COBERTURA, SI EL ASEGURADO VUELVE A CAER EN SITUACIÓN DE CESANTÍA INVOLUNTARIA, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA MANTENIDO EN EL NUEVO EMPLEO POR EL PERÍODO ACTIVO MÍNIMO.

PARA EFECTOS DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE, SE CONSIDERARÁN ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE COMO CAUSALES DE CESANTÍA INVOLUNTARIA LAS SIGUIENTES:

1. PARA EL CASO DE LOS EMPLEADOS REGIDOS POR EL CÓDIGO DEL TRABAJO, LAS CAUSALES DE TÉRMINO DE RELACIÓN LABORAL SERÁN, EXCLUSIVAMENTE, LAS SIGUIENTES:

1.1. ARTICULO 161. NECESIDADES DE LA EMPRESA. EN CASO DE QUIEBRA DEL EMPLEADOR SE CONSIDERARÁ QUE LA CAUSAL DE TÉRMINO DE LA RELACIÓN LABORAL ES LA NECESIDAD DE LA EMPRESA.

1.2. ARTICULO 159, N° 1. MUTUO ACUERDO ENTRE LAS PARTES. PARA QUE LA CESANTÍA SEA CONSIDERADA COMO INVOLUNTARIA, SERÁ NECESARIO QUE EL ASEGURADO TENGA DERECHO AL PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR AÑOS DE SERVICIOS Y QUE ASÍ SE EXPRESE EN EL CORRESPONDIENTE FINIQUITO.

1.3. ARTICULO 159, N° 6. CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR.

2. EN EL CASO DE LOS EMPLEADOS VINCULADOS LABORALMENTE Y BAJO RÉGIMEN DE SUBORDINACIÓN Y DEPENDENCIA A LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRALIZADA O DESCENTRALIZADA, SOMETIDOS AL ESTATUTO ADMINISTRATIVO, LA CESANTÍA SERÁ CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA, ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE, SI SE PRODUCE POR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSALES:

2.1. FUNCIONARIOS DE PLANTA:

A) SUSPENSIÓN DEL EMPLEO (ART.146 LETRA E) DEL ESTATUTO ADMINISTRATIVO.

B) TÉRMINO DEL PERÍODO LEGAL (ART.146 LETRA F) DEL ESTATUTO ADMINISTRATIVO.

2.2. PERSONAL A CONTRATA:

- NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO UNA VEZ FINALIZADO EL PLAZO.

3. LA CESANTÍA DE LOS PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN VINCULADOS LABORALMENTE Y BAJO RÉGIMEN DE SUBORDINACIÓN Y DEPENDENCIA A LA EDUCACIÓN MUNICIPALIZADA, SOMETIDOS AL ESTATUTO DOCENTE POR CIRCUNSTANCIAS CONTEMPLADAS EN SUS ESTATUTOS, SIEMPRE QUE NO SEAN IMPUTABLES AL ACTUAR O A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO Y QUE IMPLIQUE LA PRIVACIÓN TOTAL DE INGRESOS POR CONCEPTOS LABORALES.

4. LA CESANTÍA DE LOS MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS Y DE ORDEN SERÁ CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SI SE PRODUCE POR ALGUNA CAUSAL DE RETIRO TEMPORAL O ABSOLUTO CONTEMPLADAS EN SUS RESPECTIVAS LEYES ORGÁNICAS, ESTATUTOS Y REGLAMENTOS DE PERSONAL, PERO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN LA MEDIDA QUE LA CAUSAL DE CESANTÍA

INVOCADA CUMPLA CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

4.1. QUE EL RETIRO O BAJA SE DEBA A CAUSA NO IMPUTABLE A LA VOLUNTAD O A LA CONDUCTA DEL MIEMBRO DE LAS FUERZAS ARMADA Y DE ORDEN.

4.2. QUE EL RETIRO O BAJA NO IMPLIQUE PARA EL INTEGRANTE RETIRADO O DADO DE BAJA EL PAGO DE UNA PENSIÓN O JUBILACIÓN POR DICHO CONCEPTO.

QUEDA ESTABLECIDO Y CONVENIDO QUE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDERÁ A LO QUE SE ESTIPULE EN LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO ACREDITE HABER CAÍDO EN CESANTÍA INVOLUNTARIA O MANTENERSE EN TAL SITUACIÓN. SIN EMBARGO, REINTEGRADO EL ASEGURADO AL SERVICIO LABORAL, CON CONTRATO DE TRABAJO O BAJO ALGUNA DE LAS FORMAS DE EMPLEO CUBIERTAS EN LA PRESENTE PÓLIZA, CESARÁ INMEDIATAMENTE EL PAGO DE INDEMNIZACIONES CON CARGO A ESTE SEGURO. HASTA QUE SE PRODUZCA UN NUEVO EVENTO DE CESANTÍA, PERO SÓLO SI HA CUMPLIDO EL PERIODO DE ACTIVO MÍNIMO.

2.RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE (COBERTURA APLICADA ÚNICAMENTE POR EL PLAZO DE CARENCIA DE LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO) (POL 3 2017 0243 ALTERNATIVA L)

EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO SEA HOSPITALIZADO EN CUALQUIER ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIO A CAUSA DE ACCIDENTE, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ AL BENEFICIARIO DE ACUERDO CON LO INDICADO EN LA SECCIÓN PLANES Y PRIMA.

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, EL ASEGURADOR PAGARÁ AL ASEGURADO HOSPITALIZADO A CAUSA DE ACCIDENTE, LA CANTIDAD DIARIA QUE PREVIAMENTE SE HAYA ESTABLECIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, INDEPENDIEMENTE DEL GASTO REAL EN QUE HAYA INCURRIDO EL ASEGURADO. EL PAGO PROCEDERÁ SIEMPRE QUE LA HOSPITALIZACIÓN HAYA OCURRIDO DENTRO LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE DICHO ACCIDENTE.

SE PAGARÁ LA CANTIDAD DIARIA A CONTAR DEL SEGUNDO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y HASTA UN MÁXIMO DE 15 DÍAS, MÁXIMO QUE REGIRÁ TANTO POR EVENTO COMO POR UN PLAZO ANUAL.

SE ENTENDERÁN POR ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO EL HOSPITAL, CLÍNICA O ESTABLECIMIENTO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA SUMINISTRAR LOS SERVICIOS GENERALES DE LA MEDICINA QUE DISPONGA Y UTILICE REGULARMENTE LABORATORIO, EQUIPO DE RAYOS X Y QUIRÓFANO ATENDIDOS POR PERSONAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO.

SERÁ CONDICIÓN NECESARIA PARA PROCEDER AL PAGO, LA PRESENTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE UN CERTIFICADO QUE ACREDITE EL PERÍODO DE PERMANENCIA, EMITIDO POR EL ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

1. EL ASEGURABLE DEBERÁ TENER LA CALIDAD DE TRABAJADOR DEPENDIENTE DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

- TENER LA CALIDAD DE EMPLEADOS DEPENDIENTES DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN LABORAL CHILENA QUIENES, EN VIRTUD DE UN CONTRATO DE TRABAJO PRESTAN SERVICIOS O DESEMPEÑAN FUNCIONES PARA UN EMPLEADOR, BAJO VÍNCULO DE SUBORDINACIÓN Y DEPENDENCIA, EN VIRTUD DE UN CONTRATO DE TRABAJO INDEFINIDO Y PERCIBIENDO POR TALES SERVICIOS UNA REMUNERACIÓN.

- FUNCIONARIOS VINCULADOS LABORALMENTE Y BAJO RÉGIMEN DE SUBORDINACIÓN Y DEPENDENCIA A LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRALIZADA O DESCENTRALIZADA, SOMETIDOS AL ESTATUTO ADMINISTRATIVO, DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN ADMINISTRATIVA CHILENA, QUE EN VIRTUD DE UNA DESIGNACIÓN DE AUTORIDAD PRESTAN SERVICIOS O DESEMPEÑAN FUNCIONES PARA UN EMPLEADOR, BAJO VÍNCULO DE SUBORDINACIÓN Y DEPENDENCIA, Y PERCIBIENDO POR TALES SERVICIOS UNA REMUNERACIÓN.

- PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN VINCULADOS LABORALMENTE Y BAJO RÉGIMEN DE SUBORDINACIÓN Y DEPENDENCIA A LA EDUCACIÓN MUNICIPALIZADA, SOMETIDOS AL ESTATUTO DOCENTE.

- MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS Y DE ORDEN SERÁ CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SOLO SI SE PRODUCE POR ALGUNA CAUSAL DE RETIRO TEMPORAL O ABSOLUTO CONTEMPLADAS EN SUS RESPECTIVAS LEYES ORGÁNICAS, ESTATUTOS Y REGLAMENTOS DE PERSONAL, PERO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN LA MEDIDA QUE LA CAUSAL DE CESANTÍA INVOCADA CUMPLA CON LOS REQUISITOS QUE SE SEÑALARÁN MÁS ADELANTE PARA ESTE CASO.

EXCLUSIONES COBERTURA DESEMPLEO (POL 12023023)

LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGO ALGUNO, QUE SEA CONSECUENCIA DE:

- A) PARA LA COBERTURA DE CESANTÍA NO SE EFECTUARÁ EL PAGO DE LAS CANTIDADES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA O PROPUESTA DE SEGUROS, CUANDO LA SITUACIÓN DE CESANTÍA DEL ASEGURADO SE PRODUZCA POR UNA CAUSA DISTINTA DE LAS SEÑALADAS EN EL ARTÍCULO SEGUNDO, INCISO III, DE LAS CONDICIONES GENERALES, POR ENTENDERSE DE ESTA FORMA EXCLUIDAS DE COBERTURA.
- B) ESTE SEGURO NO OTORGA COBERTURA EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, O SUS EMPLEADOS O PERSONAS RELACIONADAS, TENGA ALGUNA RELACIÓN O SE ENCUENTRE INCLUIDO EN ACTIVIDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ACTIVIDADES TERRORISTAS, LAVADO DE ACTIVOS O DE SIMILAR NATURALEZA, INCLUYENDO, PERO SIN ESTAR LIMITADAS, A LAS LISTAS O SANCIONES DISPUESTAS POR LA OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS (OFAC, SEGÚN SUS SIGLAS EN INGLÉS) DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE LOS EE.UU.. SE EXCLUYEN DE COBERTURA, EXPRESAMENTE, AQUELLOS SINIESTROS Y TODA Y CUALQUIER PÉRDIDA RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON OPERACIONES, NEGOCIOS, CONTRATOS O VÍNCULOS DE CUALQUIER NATURALEZA CON PAÍSES O PERSONAS INCLUIDAS EN DICHAS LISTAS, O CUYO PAGO DEBA SER EFECTUADO A PERSONAS O PAÍSES DESIGNADOS (SPECIALLY DESIGNATED NATIONALS LIST, SDN). EN DEFINITIVA, LA COMPAÑÍA NO PROPORCIONARÁ COBERTURA Y NO SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE NINGUNA RECLAMACIÓN U OTORGAMIENTO DE NINGÚN BENEFICIO, EN LA MEDIDA QUE EL OTORGAMIENTO DE DICHA COBERTURA, EL PAGO DE DICHA RECLAMACIÓN O LA DISPOSICIÓN DE DICHO BENEFICIO EXPONGA AL ASEGURADOR A CUALQUIER TIPO DE SANCIÓN O RESTRICCIÓN QUE PROVENGA DE CUALQUIER LEGISLACIÓN O NORMATIVA SOBRE SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS QUE LE SEAN APLICABLES, INCLUIDAS SANCIONES O RESTRICCIONES EXTRATERRITORIALES QUE LE SEAN APLICABLES.
- C) SE EXCLUYEN DE ESTA PÓLIZA, CUALQUIER TRABAJADOR QUE OCUPE LA CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE O PENSIONADO.

EXCLUSIONES COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE (POL320170243):

LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO EL ACCIDENTE QUE PRODUCE LA HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE DEL ASEGURADO SE PRODUZCA A CONSECUENCIA DE:

- EFECTOS DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, DECLARADA O NO DECLARADA, INVASIÓN, ACCIÓN DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA.
- ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO COMETIDOS, EN CALIDAD DE AUTOR O CÓMPLICE, POR EL ASEGURADO, POR UN BENEFICIARIO O POR QUIEN PUDIERE RECLAMAR EL MONTO ASEGURADO O LA INDEMNIZACIÓN; ASÍ COMO TAMBIÉN LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN ACTOS DE REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADAS, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN Y TERRORISMO
- SUICIDIO, INTENTO DE SUICIDIO, INTOXICACIONES O HERIDAS CAUSADAS A SÍ MISMO, YA SEA ESTANDO EN SU PLENO JUICIO O ENAJENADO MENTALMENTE.
- PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL ASEGURADO EN LAS FUERZAS ARMADAS O FUNCIONES POLICIALES DE CUALQUIER TIPO.
- PARTICIPACIÓN EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O DEPORTES: PASAJERO EN AVIACIÓN PRIVADA, PARACAIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUNJEE JUMPING, ALPINISMO, ESCALADA, MOTOCICLISMO, ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA, RODEO, RUGBY, EQUITACIÓN, POLO, Y AQUELLAS OTRAS QUE SE EXCLUYAN EXPRESAMENTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.
- 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.
- DESEMPEÑARSE EL ASEGURADO COMO PILOTO O TRIPULANTE DE AVIONES CIVILES O COMERCIALES, A MENOS QUE EXPRESA Y ESPECÍFICAMENTE SE PREVEA Y ACEPTA SU COBERTURA POR EL ASEGURADOR.
- RIESGOS DE RADIACIÓN, REACCIÓN NUCLEAR O ATÓMICA, O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- ENFERMEDADES, LESIONES O CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA, O A LA FECHA DE INCORPORACIÓN DEL ASEGURADO A LA MISMA, SEGÚN CORRESPONDA.
- PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.

DURANTE LOS PRIMEROS 60 DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, PERIODO DE CARENCIA DE LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO, SE OTORGARÁ UNA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE, LA CUAL DEJARÁ DE EXISTIR UNA VEZ CULMINADO ESTE PERIODO.

POSTERIOR A LOS 60 DÍAS EL CAPITAL ASEGURADO CORRESPONDERÁ HASTA TRES CUOTAS, LAS QUE SERÁN INDEMNIZADAS DOS CUOTAS PAGADAS DE UNA VEZ Y OTRA EN FORMA ADICIONAL, CUBRIENDO HASTA UN MÁXIMO DE 3 CUOTAS POR EVENTO CON UN TOPE MENSUAL POR CUOTA DE UF 13. ESTO SOLO OPERA SI EXISTIESE SALDO ADEUDADO EN LA TARJETA AL MOMENTO DEL SINIESTRO.

NOTA:

EN CASO DE SINIESTRO, DE LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, EL MONTO A INDEMNIZAR SE LE PAGARÁ AL CONTRATANTE SERVICIO E INVERSIONES TCD PARA EL PAGO DE LA CUOTA. SI EL MONTO INDEMNIZADO EXCEDE EL VALOR DE LA CUOTA, EL EXCEDENTE PAGARÁ EL MONTO DE LAS CUOTAS FUTURAS DEL ASEGURADO, EN LA MEDIDA DE QUE EXISTAN CUOTAS POR PAGAR.

DEFINICIONES Y CONDICIONES

CARENCIA: ES EL PERIODO DE TIEMPO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA, DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO NO TIENE DERECHO ALGUNO A INDEMNIZACIÓN. EN EL CASO DE ESTE SEGURO LA CARENCIA CORRESPONDE A 60 DÍAS.

EVENTO: LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE CESANTÍA INVOLUNTARIA INDEMNIZABLE BAJO ESTE SEGURO Y NO INTERRUMPIDO POR UN PERÍODO ACTIVO MÍNIMO.

PERÍODO ACTIVO MÍNIMO: LAPSO DE TIEMPO DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO QUE YA HA SIDO INDEMNIZADO EN RAZÓN DEL SEGURO Y QUE YA HA OBTENIDO NUEVAMENTE EMPLEO, DEBE MANTENERSE EN ESTE PARA PODER INVOCAR EL SEGURO SI INCURRE NUEVAMENTE EN CESANTÍA INVOLUNTARIA CORRESPONDE A 180 DÍAS CORRIDOS.

ANTIGÜEDAD LABORAL: LAPSO DE TIEMPO DURANTE EL CUAL, EL ASEGURADO DEBERÁ DEPENDER DE UN MISMO EMPLEADOR PARA TENER DERECHO A LA COBERTURA DE DESEMPLEO. PARA ESTE SEGURO SERÁ DE 6 MESES ININTERRUMPIDOS.

DEDUCIBLE: LA ESTIPULACIÓN POR LA QUE ASEGURADOR Y ASEGURADO ACUERDAN EN QUE ESTE ÚLTIMO SOPORTARÁ A TODO EVENTO HASTA EL MONTO DE LA PÉRDIDA QUE SE HUBIERE PACTADO. EN ESTE SEGURO EL DEDUCIBLE CORRESPONDE A UNA CUOTA.

PERÍODO CUBIERTO: SE CUBREN TODOS LOS EVENTOS QUE CUMPLAN CON EL PERIODO DE CARENCIA, PERÍODO ACTIVO MÍNIMO, DEDUCIBLE, EN FORMA SECUENCIAL DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA: LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO SON 18 AÑOS. LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO PARA TODAS LAS COBERTURAS SON 69 AÑOS Y 364 DÍAS. LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ES DE 75 AÑOS Y 364 DÍAS.

AVISO DE APLICABILIDAD DE LAS NORMAS DE SANCIONES DE LOS EE. UU.

CHUBB ES UNA SUBSIDIARIA DE UNA COMPAÑÍA ESTADOUNIDENSE. COMO RESULTADO, CHUBB ESTÁ SUJETO A CIERTAS LEYES Y REGULACIONES DE LOS EE. UU., ADEMÁS DE LAS RESTRICCIONES DE SANCIONES NACIONALES, DE LA UE Y DE LA ONU, QUE PUEDEN PROHIBIRLE PROPORCIONAR COBERTURA O PAGAR RECLAMACIONES DE SINIESTROS A CIERTAS PERSONAS O ENTIDADES O ASEGURAR CIERTOS TIPOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON CIERTOS PAÍSES COMO IRÁN, SIRIA, COREA DEL NORTE, REGIÓN DE CRIMEA Y CUBA.

SERÁ OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO NOTIFICAR AL CONTRATANTE, A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O AL CORREDOR, EL CAMBIO DE SU SITUACIÓN LABORAL, ES DECIR, LA PÉRDIDA DE CALIDAD DE TRABAJADOR DEPENDIENTE, A FIN DE PROCEDER CON LA ELIMINACIÓN DE LA PÓLIZA.

EL CAMBIO DE SITUACIÓN LABORAL DECLARADA PRODUCIRÁ DE PLENO DERECHO, EL TÉRMINO DE LA COBERTURA Y LIBERA A LA COMPAÑÍA ANTE CUALQUIER SINIESTRO QUE OCURRA CON POSTERIORIDAD A DICHO CAMBIO.

FORMA DE PAGO DE SINIESTRO:

PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO: LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL MONTO ASEGURADO QUE CORRESPONDE A UN MÁXIMO DE 3 (TRES) CUOTAS. PRESENTADOS LOS ANTECEDENTES POR PRIMERA VEZ Y DANDO LUGAR A LA COBERTURA, SE PAGARÁN 2 (DOS) CUOTAS DE LA TARJETA DE CRÉDITO. SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR, PARA EL PAGO DE LA TERCERA CUOTA, EL DEUDOR DEBERÁ PRESENTAR LOS ANTECEDENTES NECESARIOS PARA ACREDITAR QUE AÚN SE ENCUENTRA DESEMPLEADO. SE INDEMNIZARÁ SÓLO SI EL ASEGURADO TIENE OBLIGACIÓN DE PAGO DE CUOTAS DEL CRÉDITO Y HASTA LAS CUOTAS PENDIENTES DE PAGO.

AVISO DE SINIESTROS E INFORMACIÓN SOLICITADA: EN CASO DE SINIESTRO PUEDE DAR AVISO EN LAS OFICINAS DE [[PROCONNOM]], COMPLETANDO EL FORMULARIO DE "DENUNCIO DE SINIESTROS" O EN SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO (56-2) 27573888, ADJUNTANDO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

ANTECEDENTES NECESARIOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS:

COBERTURA DESEMPLEO

- DENUNCIO SINIESTRO
- EN CASO DE EMPLEADO DE EMPRESA PRIVADA, DEBERÁ PRESENTAR FOTOCOPIA SIMPLE DE FINIQUITO FIRMADO ANTE NOTARIO.
- EN CASO DE SER FUNCIONARIOS DE LAS FUERZA ARMADAS, CARABINERO Y PDI (FUNCIONARIOS DE PLANTA O PERSONAL A CONTRATA), DEBERÁ PRESENTAR DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE SU CALIDAD DE TAL, ANTIGÜEDAD Y EL MOTIVO DE CESACIÓN EN EL RESPECTIVO CARGO O EMPLEO. TENDRÁ COBERTURA SIEMPRE QUE EL RETIRO O BAJA SE DEBA A CAUSA NO IMPUTABLE A LA VOLUNTAD O A LA CONDUCTA DEL MIEMBRO DE LAS FUERZAS ARMADAS Y DE ORDEN Y, QUE EL RETIRO O BAJA PARA NO IMPLIQUE EL PAGO DE UNA PENSIÓN O JUBILACIÓN.
- EN CASO DE LOS EMPLEADOS VINCULADAS LABORALMENTE Y BAJO EL RÉGIMEN DE SUBORDINACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRALIZADA O DESCENTRALIZADA, SEAN ESTOS FUNCIONARIOS DE PLANTA O PERSONAL A CONTRATA. PARA SOLICITAR INDEMNIZACIÓN LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA, DEBERÁN PRESENTAR CERTIFICADO DE LA REPARTICIÓN PÚBLICA A LA CUAL PERTENECIERON O PRESTARON SERVICIOS, QUE INVOQUE DESVINCULACIÓN ART 146 LETRA F DEL ESTATUTO ADMINISTRATIVO, EN EL CASO DE LOS FUNCIONARIOS A CONTRATA, DEBERÁN PRESENTAR CERTIFICADO DE LA REPARTICIÓN PÚBLICA A LA CUAL PRESTARON SERVICIO QUE INDIQUE QUE NO SE RENUEVA EL SU CONTRATO.
- EN CASO DE LOS PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN VINCULADOS LABORALMENTE Y BAJO EL RÉGIMEN DE SUBORDINACIÓN Y DEPENDENCIA A LA EDUCACIÓN MUNICIPALIZADA, SOMETIDOS AL ESTATUTO DOCENTE. DEBERÁN PRESENTAR CERTIFICADO DE LA CORPORACIÓN EDUCACIONAL DE LA RESPECTIVA MUNICIPALIDAD QUE INVOQUE LAS CIRCUNSTANCIAS BAJO LAS CUALES SON DESVINCULADOS CONTEMPLADAS EN SUS ESTATUTOS, SIEMPRE QUE NO SEAN IMPUTABLES AL ACTUAR O A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO.

ADICIONALMENTE SE DEBERÁ PRESENTAR:

- LAS ÚLTIMAS 3 CARTOLAS MENSUALES ANTERIORES A LA FECHA DE CESANTÍA, CON LA IDENTIFICACIÓN DE LAS COMPRAS Y LAS CUOTAS PACTADAS POR CADA UNA DE ELLAS.
- FOTOCOPIA CARNET DE IDENTIDAD.
- CERTIFICADO DE LAS 12 ÚLTIMAS COTIZACIONES DE LA AFP Y AFC, CON FECHA POSTERIOR AL VENCIMIENTO DE LA CUOTA RECLAMADA.

COBERTURA HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE:

- FORMULARIO DE DENUNCIO DE SINIESTRO RELATANDO LOS HECHOS.
- INFORME MEDICO TRATANTE QUE SEÑALE DIAGNOSTICO
- FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO POR AMBOS LADOS.

SOLICITUD: [[PRONRO]]

- EPICRISIS DE HOSPITALIZACIÓN O CERTIFICADO DE HOSPITALIZACIÓN O PRE-FACTURA EMITIDOS POR EL ESTABLECIMIENTO QUE INDIQUE CLARAMENTE FECHA DE INGRESO Y EGRESO.
- NOTA: LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR CUALQUIER DOCUMENTO QUE ESTIME NECESARIO PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO.

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

VIGENCIA COBERTURA INDIVIDUAL DESEMPLEO: ESTE SEGURO ENTRARÁ EN VIGENCIA CON EL OTORGAMIENTO DEL CRÉDITO, Y SE MANTENDRÁ VIGENTE POR TODO EL PLAZO INICIALMENTE PACTADO PARA EL CRÉDITO O HASTA QUE ÉSTE SE EXTINGA COMPLETAMENTE, LO QUE PRIMERO OCURRA.

CONTRATANTE: EL CONTRATANTE SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA, RUT: 96.614.480-7, CON DOMICILIO EN URMENETA # 715 OFICINA 601, PUERTO MONTT.

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

PÓLIZA COLECTIVA: ESTE CERTIFICADO DE COBERTURA FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA MATRIZ N° 33300038 EMITIDA POR CHUBB SEGUROS CHILE S.A. LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO ESTÁN DEPOSITADAS EN LA CMF BAJO EL CÓDIGO POL 120230232 Y POL 320170243.

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

AGRAVACIÓN O ALTERACIÓN DEL RIESGO: EN MATERIA DE AGRAVACIÓN DE RIESGOS ASEGURADOS, ESTE CONTRATO SE REGISTRARÁ POR LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 526 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

SERVICIO AL CLIENTE: EL DEPARTAMENTO DE SERVICIO AL CLIENTE DE CHUBB SEGUROS CHILE CUENTA CON ATENCIÓN TELEFÓNICA LLAMANDO AL (56-2) 27573888 O ESCRIBIENDO AL E-MAIL ASEGURADO.CHILE@CHUBB.COM, EN EL SIGUIENTE HORARIO DE ATENCIÓN: LUNES A JUEVES 9:00 A 18:00 HRS., VIERNES DE 9:00 A 15:30 HRS.

NOTA 1: SE INCLUYE ANEXO RELATIVO A PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS. NOTA 2: SE INCLUYE ANEXO DE CONSULTAS Y RECLAMOS.

ANEXO DE COMISIONES:

COMISIÓN DE RECAUDACIÓN Y COBRANZA: LA COMISIÓN PAGADA AL CONTRATANTE SERÁ DE 42% + 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)PRÓRROGA 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 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 Nº 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 COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO, ÁREA DE PROTECCIÓN AL INVERSIONISTA Y ASEGURADO, CUYAS OFICINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 1449, PISO 1º, SANTIAGO, O A TRAVÉS DEL SITIO WEB WWW.CMFCHILE.CL

CHUBB SEGUROS CHILE - AV. PRESIDENTE RIESCO 5435, PISO 7, LAS CONDES, CENTRO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO (56-2) 2 7573888 E-MAIL ASEGURADO.CHILE@CHUBB.COM
WWW.CHUBB.COM/CL, HORARIO ATENCIÓN: LUNES A JUEVES 9:00 - 18:00 Hrs., VIERNES 9:00 - 15:30 Hr

