

PROPUESTA DE SEGURO Y CERTIFICADO DE COBERTURA
 SEGURO DE INCAPACIDAD TEMPORAL 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 20230233)(POL 1 20170243 ALT. L)	CAPITAL ASEGURADO
- RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE.	-COBERTURA SOLO EN PLAZO DE CARENCIA (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
-INCAPACIDAD TEMPORAL A CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE.	ESTE SEGURO CUBRE EL PAGO DE HASTA 3 CUOTAS MENSUALES DE LA TARJETA DE CRÉDITO, CON TOPE MÁXIMO DE UF 13 POR CUOTA CANCELADOS

[[PROPROEJE]]

SOLICITUD: [[PRONRO]]

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 [[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 INCAPACIDAD TEMPORAL 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 OTORGUE 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 ABSOLUTAMENTE VOLUNTARIA, LA CUAL MANIFIESTO LIBREMENTE MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE ESTA PROPUESTA DE SEGURO, POR EL VALOR DE LA PRIMA EN ELLA INDICADA.

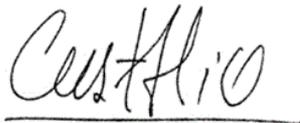
DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DEL ASEGURABLE:

PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, DECLARO TENER LA CALIDAD DE: [TRABAJADOR O EMPLEADO INDEPENDIENTE-NO VINCULADO MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO]

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

[[PROPROFEC]]

FECHA DE EMISIÓN



CRISTIAN ALÍCO
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

COBERTURAS

1. INCAPACIDAD TEMPORAL A CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE (POL120230233):

EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL DEL ASEGURADO, A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD, QUE IMPIDA AL ASEGURADO EJERCER SU TRABAJO U OCUPACIÓN EN FORMA TRANSITORIA, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ HASTA 3 CUOTAS DE LA TARJETA DE CRÉDITO POR EVENTO, CON UN TOPE MENSUAL POR CUOTA DE UF 13, PAGADERAS UNA A UNA EN LA MEDIDA QUE EL ASEGURADO MANTENGA SU SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL. EN CASO DE EXISTIR UN NÚMERO INFERIOR DE CUOTAS POR PAGAR EN LA DEUDA DE LA TARJETA DE CRÉDITO, LA INDEMNIZACIÓN SERÁ POR LA CANTIDAD DE CUOTAS RESTANTES DE LA TARJETA DE CRÉDITO, SOLO SI EL TOTAL DE ÉSTAS ES INFERIOR A LAS 3 CUOTAS QUE CUBRE EL EVENTO QUE SE HA DENUNCIADO.

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

SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TEMPORAL A CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE TODO EVENTO EN EL CUAL AL ASEGURADO SE LE HAYA OTORGADO UNA LICENCIA MÉDICA POR UN PERÍODO MÍNIMO DE AL MENOS 20 DÍAS CONSECUTIVOS O MÁS.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ OTORGADA SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SE MANTENGA EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL. UNA VEZ DADA EL ALTA AL ASEGURADO, CESARÁ EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN. HABRÁ LUGAR A UNA NUEVA APLICACIÓN DE ESTA COBERTURA, SI EL ASEGURADO VUELVE A CAER EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL, SIEMPRE Y CUANDO SE LE HAYA OTORGADO UNA NUEVA LICENCIA MÉDICA POR UN PERÍODO MÍNIMO DE AL MENOS 20 DÍAS CONSECUTIVOS O MÁS, PERO SÓLO SI HA CUMPLIDO EL PERIODO DE ACTIVO MÍNIMO.

SERÁ CONDICIÓN ADEMÁS QUE EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE DEMUESTRE INGRESOS PREVIOS A LA INCAPACIDAD, MEDIANTE REGISTRO DE PAGO DE IMPUESTOS MENSUALES AL SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS, CUANDO APLIQUE.

SERÁ OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO NOTIFICAR AL CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O AL CORREDOR, EL CAMBIO DE SU SITUACIÓN LABORAL, ES DECIR, LA PÉRDIDA DE CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE, A FIN DE PROCEDER CON LA ELIMINACIÓN DE LA PÓLIZA. EJEMPLO, EL ASEGURADO ES EMPLEADO MEDIANTE UN CONTRATO DE TRABAJO Y PASA A EJERCER ACTIVIDADES REMUNERADAS DE FORMA SUBORDINADA Y DEPENDIENTE A UN EMPLEADOR.

EL CAMBIO DE LA 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.

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 REGISTRARÁ 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

ESTA COBERTURA PODRÁ SER CONTRATADA POR LOS SIGUIENTES TIPOS DE PERSONAS:

- ASEGURADO QUE TENGA LA CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE. ES DECIR, AQUELLA PERSONA QUE EJERCE UNA PROFESIÓN U OFICIO DE MANERA AUTÓNOMA, SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, Y QUE OBTIENE DE ELLOS LA TOTALIDAD O AL MENOS UN PORCENTAJE MAYORITARIO DE SUS INGRESOS.
- VENDEDORES COMISIONISTAS, SIEMPRE QUE NO DESEMPEÑEN UNA ACTIVIDAD REMUNERADA, CON VINCULO DE SUBORDINACIÓN Y DEPENDENCIA EN VIRTUD DE UN CONTRATO DE TRABAJO INDEFINIDO.
- PENSIONADOS Y/O JUBILADOS, SIEMPRE QUE NO DESEMPEÑEN UNA ACTIVIDAD REMUNERADA, CON VÍNCULO DE SUBORDINACIÓN Y DEPENDENCIA EN VIRTUD DE UN CONTRATO DE TRABAJO INDEFINIDO.
- AGENTES DE VENTA: AQUELLAS PERSONAS QUE EJERCEN LA ACTIVIDAD DE VENTAS, DE INGRESOS VARIABLES, DE ACUERDO A SUS RESULTADOS SIN IMPORTAR SI MANTIENE O NO UN CONTRATO DE TRABAJO.
- ESTUDIANTE: AQUEL ASEGURADO QUE ACREDITE CON LA DOCUMENTACIÓN PERTINENTE, ESTAR CURSANDO ESTUDIOS Y NO PERCIBA INGRESOS DERIVADOS DE UN CONTRATO DE TRABAJO Y/U HONORARIOS.
- DUEÑAS DE CASA: AQUELLAS PERSONAS QUE NO PERCIBAN INGRESOS DERIVADOS DE UN CONTRATO DE TRABAJO O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y QUE ACREDITEN ESTA CALIDAD CON LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE.

EXCLUSIONES

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

INCAPACIDAD TEMPORAL A CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE (POL120230233):

NO SE EFECTUARÁ EL PAGO DE LAS CANTIDADES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA CUANDO LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD QUE AQUEJE AL ASEGURADO SEA PRODUCTO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSALES Y QUE SU ORIGEN SEA DENTRO DEL PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

1. SE EXCLUYE DE ESTA PÓLIZA, CUALQUIER INDEMNIZACIÓN, A TODO TRABAJADOR QUE POSEA LA CALIDAD DE TRABAJADOR DEPENDIENTE, ES DECIR, QUE TRABAJE BAJO VÍNCULO DE SUBORDINACIÓN Y DEPENDENCIA EN VIRTUD DE UN CONTRATO DE TRABAJO, AL MOMENTO DEL SINIESTRO.
2. REPOSO O LICENCIA A CAUSA DE EMBARAZO. SE DEJA CONSTANCIA QUE SI SE ENCUENTRAN CUBIERTAS LAS INCAPACIDADES PROVENIENTES DE ENFERMEDADES DERIVADAS DEL EMBARAZO.
3. LAS INCAPACIDADES DE ORIGEN NERVIOSO O PSÍQUICOS (INCLUYENDO DEPRESIÓN) Y ENFERMEDADES A LA ESPALDA QUE OCURRAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
4. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS TEMERARIOS O DEPORTES NOTORIAMENTE PELIGROSOS O RIESGOSOS, ENTENDIENDO POR TALES AQUELLAS EN LAS CUALES SE PONE EN GRAVE PELIGRO LA VIDA E INTEGRIDAD FÍSICA DE LAS PERSONAS, TALES COMO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUNJEE, JUMPING, ALPINISMO, ESCALADA, MOTOCICLISMO, ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA, RODEO, RUGBY, EQUITACIÓN, POLO.
5. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO COMETIDOS, EN CALIDAD DE AUTOR O CÓMPLICE; ASÍ COMO TAMBIÉN LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN ACTOS DE REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADAS, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN Y TERRORISMO.
6. 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 EEUU. 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).

ESTA PÓLIZA NO INDEMNIZARÁ EN NINGÚN CASO EVENTOS PROVENIENTES DE ACCIONES PROVOCADAS VOLUNTARIAMENTE POR PARTE DEL ASEGURADO.

RENDA 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 ACEPTE 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 POLIZA, PERIODO DE CARENCIA DE LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL, 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. SE PAGARÁ CADA CUOTA POR CADA 20 DÍAS QUE EL ASEGURADO ACREDITE MANTENER SU CONDICIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL.

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 O INCAPACIDAD TEMPORAL 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. EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, ESTE PERÍODO CORRESPONDERÁ AL QUE DEBE TRANSCURRIR ENTRE LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA ÚLTIMA LICENCIA MÉDICA Y EL NUEVO EVENTO. EN AMBAS

COBERTURAS CORRESPONDE A 180 DÍAS CORRIDOS.

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.

FORMA DE PAGO DE SINIESTRO:

PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL: PRESENTADOS LOS ANTECEDENTES POR PRIMERA VEZ Y DANDO LUGAR A LA COBERTURA, SE PAGARÁN COMO MÁXIMO 3 (TRES) CUOTAS DE LA TARJETA DE CRÉDITO. SE INDEMNIZARÁ SÓLO SI EL ASEGURADO TIENE OBLIGACIÓN DE PAGO DE CUOTAS DE LA TARJETA DE CRÉDITO Y HASTA LAS CUOTAS PENDIENTES DE PAGO.

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ LOS MONTOS ANTES INDICADOS DE ACUERDO AL NÚMERO DE DÍAS DE LICENCIA MÉDICA, DE ACUERDO A LA SIGUIENTE TABLA.

Nº DE DÍAS DE INCAPACIDAD	Nº DE CUOTAS A INDEMNIZAR
DE 20 A 40 DÍAS	PRIMERA CUOTA
DE 41 A 60 DÍAS	SEGUNDA CUOTA
DESDE 61 DÍAS	TERCERA CUOTA

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 POR INCAPACIDAD TEMPORAL:

PRIMER MES ASEGURADO DE INCAPACIDAD

- FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO FIRMADO POR EL ASEGURADO.
- CERTIFICADO O LICENCIA MÉDICA, EMITIDO POR UN MÉDICO AUTORIZADO PARA REALIZAR SU LABOR, POR EL MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, QUE ACREDITE LOS DÍAS DE REPOSO DE INCAPACIDAD DE MÁS DE 20 DÍAS (DESDE LA FECHA INICIO HASTA LA FECHA DE TÉRMINO DE LA CAPACIDAD)
- CERTIFICADO DE INGRESOS O COMPROBANTE DE PAGO DE IMPUESTO A LA RENTA (TRABAJADOR INDEPENDIENTE) Y DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER CONTRATO DE TRABAJO VIGENTE.
- EN EL CASO DE DUEÑAS DE CASA: DECLARACIÓN JURADA SIMPLE DONDE SE INDIQUE TAL CALIDAD.
- EN EL CASO DE LOS JUBILADOS: CERTIFICADO DE JUBILACIÓN Y COPIA DE COMPROBANTE DE PAGO DE LA ÚLTIMA PENSIÓN.
- EN EL CASO DE ESTUDIANTES: CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR O COMPROBANTE DE PAGO DE MENSUALIDAD Y UNA DECLARACIÓN JURADA DE NO MANTENER CONTRATO DE TRABAJO VIGENTE
- FOTOCOPIA POR AMBOS LADOS DE LA CEDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO.
- TABLA DE DESARROLLO DE LA DEUDA, EMITIDA POR SERVICIOS E INVERSIONES TCD LIMITADA.
- LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR OTROS ANTECEDENTES QUE ESTIME NECESARIO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO.

SEGUNDO Y TERCER MES ASEGURADO DE INCAPACIDAD:

- CERTIFICADOS Y EXÁMENES MÉDICOS QUE ACREDITEN LA PERMANENCIA DE LA INCAPACIDAD DEL ASEGURADO, POR LOS MISMOS MOTIVOS Y POR EL PLAZO REQUERIDO PARA EL PAGO
- LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR OTROS ANTECEDENTES QUE ESTIME NECESARIO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO.

COBERTURA POR 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.
- EPICRISIS DE HOSPITALIZACIÓN O CERTIFICADO DE HOSPITALIZACIÓN O PREFACTURA 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 INCAPACIDAD TEMPORAL: 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.

SOLICITUD: [[PRONRO]]

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° 33300018 EMITIDA POR CHUBB SEGUROS CHILE S.A. LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO ESTÁN DEPOSITADAS EN LA CMF BAJO EL CÓDIGO POL 120230233 Y POL 120170243 ALT. L.

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 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 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 1°, SANTIAGO, O A TRAVÉS DEL SITIO WEB WWW.CMFCHILE.CL