

CERTIFICADO DE COBERTURA DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO

DATOS SOCIOS (CONTRATANTE)
N° 19072091

NOMBRE SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA.	RUT 96614480 - 7	FECHA NAC. / /	ESTADO CIVIL OTRO	SEXO SIN INFORMACION
DOMICILIO URMENETA # 715 OFICINA 601	COMUNA PUERTO MONTT	REGION REGIÓN DE LOS LAGOS	FONO	

DATOS CLIENTE ASEGURADO

NOMBRE [REDACTED]	RUT [REDACTED]	FECHA NAC. [REDACTED]	SEXO FEMENINO	ESTADO CIVIL ANULADO (A)	TIPO DEUDOR DEUDOR	PART. 100 %
DOMICILIO CARMELA DE FREDES # 393	COMUNA AISÉN	REGION REGIÓN DE AISÉN DEL GENERAL CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO				
PESO kgs. 0	ESTATURA cms. 0	ISAPRE	OCUPACION OPERADOR	LUGAR DE ACTIVIDAD TERRENO		
CORREO ELECTRONICO		FONO				

PRODUCTO

TIPO	PRODUCTO - DESCRIPCION	PLAN	DESCRIPCION
DESGRAVAMEN	00001131 - Desgravamen Tarjeta de Crédito	01	PLAN 01
CAPITAL ASEGURADO	PRIMA DEL PERIODO	PLAZO	VIG.INICIAL
UF 500,00	UF 0,026	1 MESES	30/04/2015
			VIG.FINAL
			29/05/2015
			CARACTERISTICAS
			NRO. OPERACION

PRIMA MENSUAL: UF 0.026 equivalente en pesos a la UF del día de la facturación del estado de cuenta de la tarjeta.

COBERTURAS
CAPITAL ASEGURADO

100001	Fallecimiento Cualquier Causa (POL220130329)	- Saldo insoluto de la deuda al último día del mes inmediatamente anterior a la fecha de fallecimiento del asegurado, con tope de UF 500.
100004	Invalidez Total y Permanente 2/3 (CAD320131173)	- Saldo insoluto de la deuda al último día del mes inmediatamente anterior a la fecha de invalidez permanente 2/3 del asegurado, con tope de UF 500
100016	Enfermedades Graves (CAD320131097)	- Cuota mensual del crédito del estado de cuenta, con un tope de 6 cuotas de la deuda vigente, sin considerar compras posteriores, contadas desde la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave, con tope de UF 500.

BENEFICIARIOS

SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA.

EJECUTIVO

15332122 -1 CARLOS VILCHES	OFICINA PUERTO MONTT	FONO 262446
----------------------------	-------------------------	----------------

Autorización del Asegurado: 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 Banchile Seguros de Vida 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 represente, 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.

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.

DECLARACIÓN DE DEPORTES Y ACTIVIDADES RIESGOSAS

Declaro que practico, realizo o ejecuto alguna de las actividades o deportes que se mencionan a continuación: manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil (helicóptero y avión), paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto o moto, rafting, participación en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas; 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.

Para cumplir con la resolución exenta N° 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 _____

Este seguro es suscrito por Banchile Seguros de Vida S.A. RUT: 96.917.990-3.

Este documento constituye certificado de cobertura una vez que se completen todos los datos solicitados, se encuentre debidamente firmada por el proponente y se otorgue el crédito.

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 Ltda. 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 de desgravamen con Banchile Seguros de Vida, cuya prima será recaudada por Servicios e Inversiones TCD Ltda., asimismo, declara que es titular de la tarjeta de crédito Servicios e Inversiones TCD Ltda. N° _____ fecha de 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 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 Banchile Seguros de Vida 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 Ltda., liberando desde ya a Banchile Seguros de Vida 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 Banchile Seguros de Vida 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

IMPORTANTE

Usted se está incorporando como Asegurado a una póliza o contrato de seguro Colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por Servicios e Inversiones TCD Ltda. directamente con Banchile Seguros de Vida 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.

30/04/2015

Fecha de Propuesta



Mario Catrileo Duque
Representante Legal
Banchile Seguros de Vida S.A.
Rut.: 96.917.990-3

Firma Asegurado
Acepto condiciones de este Seguro y recibo
copia de este certificado

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO**COBERTURA DE FALLECIMIENTO (POL220130329):**

El riesgo asumido por la compañía aseguradora es el fallecimiento de los deudores del contratante, que tengan la calidad de asegurados, y en ese caso pagar una indemnización conforme a lo que se señala a continuación. De acuerdo a lo anterior, la indemnización que deberá pagar la Compañía Aseguradora por el fallecimiento de un asegurado, corresponderá al capital asegurado y será pagado por la Compañía Aseguradora al Beneficiario de esta póliza, inmediatamente después de haberse comprobado por ésta que el fallecimiento del Asegurado ocurrió durante la vigencia de la cobertura para dicho Asegurado, y que no se produjo bajo algunas de las exclusiones señaladas en el artículo 6° de la póliza. Si el Asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de la póliza o cobertura otorgada por esta póliza, no habrá derecho a indemnización alguna.

EXCLUSIONES (POL220130329):

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Asegurado fuere causado por:

- a) Eliminado por Condicionado Particular.
- b) Pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo.
- c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por quien pudiere verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada.
- d) Participación activa del Asegurado en guerra internacional, sea que Chile tenga o no intervención en ella: en guerra civil, dentro o fuera de Chile; o en motín o conmoción contra el orden público dentro o fuera del país; o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- e) Participación activa del Asegurado en acto terrorista, 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.
- f) Participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- g) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.
- h) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 3° de las Condiciones Generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurado o a quien contrata en su favor, acerca de todas aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el, que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En el certificado de cobertura se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada conforme a lo señalado anteriormente.
- i) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- j) Una infección oportunística o 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. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por VIH.
 - Infección Oportunística incluye, pero no debe limitarse, a neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Virica o Infección Microbacteriana Diseminada.
 - Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse, al Sarcoma de Kaposi, 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.

De ocurrir el fallecimiento del asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura para el caso en particular y producirá el término del seguro para dicho asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la compañía aseguradora para este caso.

COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES (CAD320131097):

La compañía aseguradora pagará al asegurado el monto establecido en las Condiciones Particulares de la póliza principal, por concepto de este adicional, en el evento de diagnosticársele por primera vez, durante la vigencia de esta cláusula adicional, que padece alguna de las enfermedades que a continuación se definen y bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen.

1. 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 y Leucemia.
2. Infarto al miocardio: La enfermedad que consiste en la oclusión permanente o transitoria de una porción del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardíaco, el cual por falta de dicha nutrición a la zona, produce una necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- a) Una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
 - b) Un historial del típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
 - c) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EGG o aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.
3. Enfermedad de las coronarias que requiere cirugía: La cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización bypass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.
4. Accidente vascular encefálico: La enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
5. Insuficiencia renal crónica: La enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, como consecuencia de la cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o trasplante de riñón.
Con todo, la compañía aseguradora pagará el monto contratado sólo si el asegurado se encuentra vivo después del término de 30 días a partir de la fecha del diagnóstico de las enfermedades definidas en los N°s. 1, 2, 4 y 5 anteriores, ó 30 días a partir de la fecha que se practicó la cirugía de la enfermedad a que se refiere el número 3 precedente.

EXCLUSIONES: Esta cláusula adicional no cubre, en cada una de las siguientes enfermedades:

- 1. Cáncer:
 - a) La leucemia crónica linfocítica.
 - b) Los cánceres no invasores in-situ.
 - c) Los cánceres a la piel, con excepción del melanoma maligno.
 - d) Los tumores en presencia de un virus de inmunodeficiencia adquirida, SIDA.
- 2. Enfermedad de las coronarias que requieren cirugía:
 - a) La angioplastia de globo.
 - b) Otras técnicas que no requieren cirugía.
- 3. Apoplejía cerebral: Los accidentes cerebro vasculares post traumáticos.
- 4. Además de lo anterior, la compañía aseguradora no pagará el monto contratado bajo esta cláusula adicional, si la enfermedad cubierta ha sido causa directa o indirecta de:
 - a) Lesión o padecimiento infringido a sí mismo intencionalmente.
 - b) Uso o abuso intencional de drogas o alcohol.
 - c) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.
 - d) Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.
 - e) Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.
 - f) Lesiones corporales causadas por medios externos, violentos y accidentales.

LIMITACIONES: La cobertura que otorga este adicional, tiene las siguientes limitaciones:

- a) Solamente se indemnizará la primera enfermedad cubierta que sea notificada a la compañía aseguradora después de finalizado el período de carencia.
- b) En ningún caso la indemnización será mayor al monto contratado bajo este adicional, ni mayor al porcentaje del capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares de la póliza principal.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA 2/3 (CAD320131173):

El capital asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento será pagado por la compañía aseguradora anticipadamente al asegurado en caso de Invalidez Permanente y Definitiva Dos Tercios, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que la póliza principal esté vigente.
- b) Que la Invalidez Permanente y Definitiva Dos Tercios se produzca antes que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia que se estipule en las Condiciones Particulares de la póliza.
- c) Que la Invalidez Permanente y Definitiva Dos Tercios sea causada por enfermedad diagnosticada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional.

Se deja expresa constancia que el monto del capital asegurado a pagar por esta cláusula adicional, será siempre igual al monto que se debiera indemnizar por el seguro principal, en caso de fallecimiento, a la fecha de la invalidez.

Por consiguiente, el pago al asegurado de la indemnización por concepto de la presente cláusula adicional producirá el término inmediato de la póliza principal y de todas las demás cláusulas adicionales, de la misma forma que si se hubiese pagado el capital asegurado por fallecimiento en la póliza principal.

En consecuencia, se extinguirá el derecho al cobro de otras indemnizaciones y del capital de sobrevivencia o valores garantizados, si existieren.

DEFINICIÓN: Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por Invalidez Permanente y Definitiva Dos Tercios: La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980.

En todo caso, para efectos de esta cláusula adicional, siempre se considerará como Invalidez Permanente y Definitiva Dos Tercios los siguientes casos: La pérdida total de: la visión de ambos ojos, o ambos brazos, o ambas manos, o ambas piernas, o ambos pies, o una mano y un pie.

EXCLUSIONES: La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Permanente y Definitiva Dos Tercios del asegurado que ocurran a consecuencia de:

- a) Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por si mismo o por terceros con su consentimiento.
- b) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- c) La práctica de deportes riesgosos, que de común acuerdo las partes hayan decidido excluir de la cobertura. Dicha exclusión deberá dejarse en constancia y estar detallada en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior queda excluida de cobertura la práctica de los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas.
- d) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.
- e) Que el asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- f) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- g) Cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia o situación que afecte al asegurado y que sea conocida o haya sido diagnosticada con anterioridad a la fecha de la contratación o incorporación de esta póliza, según corresponda. La Compañía deberá preguntar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que puedan importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones o limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el asegurable.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal de la póliza.

SITUACIÓN O ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Cualquiera enfermedad, dolencias o situaciones de salud en general que afecten al asegurado y que hayan sido diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA: La edad mínima de ingreso son 18 años. La edad máxima de ingreso son 70 años y 364 días. La edad máxima de permanencia para la cobertura de Fallecimiento es de 71 años y 364 días. Para las coberturas de Enfermedades Graves e Invalidez Permanente y Definitiva 2/3 la edad máxima de permanencia son 71 años y 364 días.

CARENCIAS: Las Coberturas de Fallecimiento e Invalidez Permanente y Definitiva 2/3 no tienen carencia. La Cobertura de Enfermedades Graves tiene carencia de 60 días contados desde la fecha de otorgamiento del crédito.

AVISO DE SINIESTROS E INFORMACION SOLICITADA: En caso de siniestro usted puede dar aviso en las oficinas de Servicios e Inversiones TCD S.A., completando el formulario de "Denuncio de Siniestros" o en Servicio de Atención al Asegurado: 600 843 2000.

En cada caso se debe adjuntar los siguientes documentos:

- Formulario de Denuncio Siniestro.
- Fotocopia cédula de identidad del Siniestrado.
- Certificado de deuda y su desarrollo emitido por el Contratante.
- En caso de fallecimiento: Parte policial en caso de muerte accidental; certificado de defunción original o fotocopia autorizada indicando causa de muerte.
- En caso de siniestro Invalidez Permanente y Definitiva 2/3: Certificado médico con historial de la enfermedad con timbre del centro hospitalario, que indique a lo menos el diagnóstico y la fecha en que se le diagnosticó la enfermedad o accidente que le causó la invalidez; dictamen de invalidez de la Comisión Médica AFP o COMPIN.
- En caso de siniestro por Enfermedades Graves: Certificado médico con historial de enfermedad con timbre del centro hospitalario, que indique al menos el diagnóstico, la fecha en que se le diagnosticó la enfermedad y detalle de la historia médica que le causó la enfermedad. Se deberán presentar los originales de los exámenes médicos.
- Otros antecedentes según lo solicite la Aseguradora.

PLAZO AVISO DE SINIESTRO: Tan pronto como sea posible, con las limitaciones que establece la ley.

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL: Este seguro se mantendrá vigente mientras se pague la prima, se cumpla con los requisitos de asegurabilidad, se encuentre vigente la tarjeta de crédito y se encuentre vigente la póliza.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA: Desde el 1 de Agosto del 2013 hasta el 31 de Julio del 2014, con renovación anual automática.

CONTRATANTE Y BENEFICIARIO: El contratante y beneficiario es Servicios e Inversiones TCD Ltda. RUT: 96.614.480-7, ubicado en Urmeneta 715, oficina 601, Puerto Montt.

INTERÉS ASEGURABLE: Es aquel que tiene el asegurado en la no ocurrencia del siniestro.

PÓLIZA COLECTIVA: Este Certificado de Cobertura forma parte integrante de la póliza matriz N° 1131 emitida por Banchile Seguros de Vida S.A. Las condiciones generales del Seguro Desgravamen están depositadas en la SVS bajo el código POL220130329 y las cláusulas adicionales de Enfermedades Graves CAD320131097 e Invalidez Permanente y Definitiva 2/3 CAD320131173.

SELLO SERNAC: Este documento no cuenta con sello SERNAC, conforme al artículo 55 de la Ley N° 19.496

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE: Banchile Seguros de Vida cuenta con un departamento de servicio al cliente, con atención telefónica llamando al 600 843 2000 o escribiendo al e-mail asegurado@banchilevida.cl, en el siguiente horario de atención: Lunes a Jueves 8:45 a 18:00 horas, Viernes de 8:45 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:

Comisión fija de recaudación: \$250 mensuales por cada registro de deuda informado y recaudado.

Comisión variable por determinar: la comisión de recaudación mensual pagada al contratante para este seguro de desgravamen será la diferencia entre la prima neta recaudada mensual menos la prima pagada a la compañía, esta última calculada multiplicando el saldo insoluto de la deuda de cada mes por 0.34 % menos la comisión fija.

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACION

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 LIQUIDACION

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 OPOSICION A LA LIQUIDACION 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) INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION 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 LIQUIDACION

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 LIQUIDACION

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha del denuncia, 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 denuncia;

b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia;

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION

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 LIQUIDACION

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) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

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 atiende 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.

Banchile Seguros de Vida - Miraflores 222, piso 21, Santiago
Centro de Atención del Asegurado 600 - 8432000 / www.banchilevida.cl
Horario Atención: Lunes a Jueves 8:45 - 18:00 hrs., Viernes 8:45 - 17:00 hrs.

NRO.SOLICITUD 19072091

AUTORIZACIÓN CONFORME AL ART. 589 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

Siendo este seguro contratado por una persona distinta a mí, y en mi calidad de asegurado del seguro de vida de que da cuenta el presente instrumento, vengo en manifestar mi consentimiento a favor respecto de su contratación, conforme a los antecedentes que a continuación se señalan. Asimismo, estoy en conocimiento que la no aceptación de la contratación significa su nulidad absoluta, conforme al artículo 589 del Código de Comercio.

DATOS CLIENTE ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO	RUT	MONTO ASEGURADO
JOSÉ VALERICIO VARGAS HUANEL	6813381 - 5	UF 500,00

BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO
SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA.

FIRMA ASEGURADO
Acepto Condiciones de este Seguro