

PROPUESTA DE SEGURO Y CERTIFICADO DE COBERTURA
SEGURO DE DESGRAVAMEN
HOSPITALIZACIÓN E INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA 2/3 PLAN 1
CONTRATANTE: SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA

N°

DATOS CLIENTE (ASEGURADO)

NOMBRE	:	RUT	:
DOMICILIO	:	FECHA NAC.	:
COMUNA	:	EST. CIVIL	:
REGIÓN	:	SEXO	:
OCUPACIÓN	:	TIPO DEUDOR	:
FONO	:	PARTICIPACION	:
E-MAIL	:		

PRODUCTO 00001131 - DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO

PLAN	:01	CAPITAL ASEGURADO HASTA	:UF 500,00
DESCRIP. PLAN	:PLAN 01	PRIMA PERIODO	:UF 0,4221
TIPO	:DESGRAVAMEN	PLAZO	:12 MESES
NRO. OPERACIÓN	:33104365	VIGENCIA INICIAL	:'
		VIGENCIA FINAL	:'

COBERTURAS

CAPITAL ASEGURADO

FALLECIMIENTO (POL 2 2013 0329)	SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA AL ÚLTIMO DÍA DEL MES INMEDIATAMENTE ANTERIOR A LA FECHA DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, CON UN MÁXIMO INDEMNIZABLE DE UF 500.
HOSPITALIZACIÓN (CAD 3 2013 1098)	HASTA 4 CUOTAS DEL CRÉDITO, CON UN MÁXIMO INDEMNIZABLE DE UF 500.
INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA 2/3 (CAD 3 2013 1173)	SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA AL ÚLTIMO DÍA DEL MES INMEDIATAMENTE ANTERIOR A LA FECHA DE DECLARACIÓN DE INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA 2/3 DEL ASEGURADO, CON UN MÁXIMO INDEMNIZABLE DE UF 500.

PRIMA MENSUAL: UF 0,0351 EQUIVALENTE EN PESOS A LA UF DEL DÍA DE LA FACTURACIÓN DEL ESTADO DE CUENTA DE LA TARJETA

BENEFICIARIO DE TODAS LAS COBERTURAS:

SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA

EJECUTIVO	OFICINA	FONO
¿		

SOLICITUD: 33104365

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 CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE S.A. A SU VEZ FACULTO A ÉSTA ÚLTIMA, PARA QUE SOLICITE O RETIRE COPIAS DE TALES ANTECEDENTES. CONFORME A LO SEÑALADO EN LA LEY N° 19.628, RELATIVA A LA PROTECCIÓN DE LA VIDA PRIVADA, POR ESTE ACTO VENGO EN FACULTAR EXPRESAMENTE A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS A LA QUE ESTOY SOLICITANDO EL(LOS) PRESENTE(S) SEGURO(S), O QUIEN SUS DERECHOS REPRESENTA, PARA HACER USO DE MIS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL ASÍ COMO TAMBIÉN AQUELLOS DENOMINADOS COMO SENSIBLES. ESTA AUTORIZACIÓN FACULTA A LA ASEGURADORA PARA EFECTUAR EL TRATAMIENTO DE DICHS DATOS CONFORME LO EXPRESA LA NORMA LEGAL SEÑALADA. ASIMISMO, CONSIENTO EXPRESAMENTE PARA QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA TENGA ACCESO A LOS CONTENIDOS O COPIAS DE LAS RECETAS MÉDICAS, ANÁLISIS O EXÁMENES DE LABORATORIOS CLÍNICOS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD, SEGÚN LO EXPRESA EL ARTÍCULO 127 DEL CÓDIGO SANITARIO, MODIFICADO POR LA LEY YA CITADA. CONFORME A LO ANTERIOR, DECLARO HABER SIDO INFORMADO QUE ESTOS DATOS SON PARA EL EXCLUSIVO USO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA EN EL ANÁLISIS DEL OTORGAMIENTO DE SEGUROS, MODIFICACIONES DE COBERTURAS, ANÁLISIS DE RECLAMOS, INVESTIGACIONES DE SINIESTROS Y, EN GENERAL TODO AQUELLO QUE DIGA RELACIÓN CON LOS CONTRATOS QUE CELEBRE CON LA ASEGURADORA, PUDIENDO ESTOS DATOS SER COMUNICADOS A TERCEROS, CON ESTOS MISMOS FINES.

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

FIRMA ASEGURADO

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 (HELICOPTERO 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, ENTENDIENDO 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 _____

FIRMA ASEGURADO

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.

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.

SOLICITUD: 33104365

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

ESTE SEGURO ES SUSCRITO POR **CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE S.A.** RUT: 99.588.060-1.
ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE CERTIFICADO DE COBERTURA UNA VEZ QUE SE COMPLETEN TODOS LOS DATOS SOLICITADOS, SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL PROPONENTE Y SE OTORQUE EL CRÉDITO.

MANDATO: CON ESTE DOCUMENTO AUTORIZO A SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA PARA QUE CARGUE EL MONTO DE LA PRIMA DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN, HOSPITALIZACIÓN E INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA 2/3, AL MONTO DEL CRÉDITO SOLICITADO.

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 DIRECTAMENTE POR SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA CON CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE S.A.

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



FECHA DE LA SOLICITUD

SANTIAGO FRANZINI
REPRESENTANTE LEGAL
CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE S.A.
RUT.: 99.588.060-1

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

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

COBERTURA DE FALLECIMIENTO (POL 2 2013 0329): 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 POL 2 2013 0329:

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, ENTENDIENDO 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 ESTAS 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 UN NEOPLASMA MALIGNO, SI AL MOMENTO DE LA MUERTE O ENFERMEDAD EL ASEGURADO SUFRÍA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. CON TAL PROPÓSITO, SE ENTENDERÁ POR:

I. 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.

II. INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE A NEUMONÍA CAUSADA POR PNEUMOCYSTIS CARINII, ORGANISMO DE ENTERITIS CRÓNICA, INFECCIÓN VÍRICA O INFECCIÓN MICROBACTERIANA DISEMINADA.

III. 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 HOSPITALIZACIÓN (CAD32013 1098)

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL CONTRATANTE EL MONTO DE LA O LAS CUOTAS DEL CRÉDITO CONTRATADO POR EL ASEGURADO, DE ACUERDO A LA TABLA INDICADA MÁS ABAJO, CUANDO EL ASEGURADO SEA INTERNADO EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO POR CUALQUIER CAUSA DERIVADA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE, SIEMPRE QUE SE CUMPLA CON EL PLAZO MÍNIMO DE HOSPITALIZACIÓN DE 15 DÍAS Y HAYA TRANSCURRIDO EL PERÍODO DE CARENCIA.

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	CUOTAS A PAGAR
DE 15 A 30 DÍAS	1 CUOTA
DE 31 A 60 DÍAS	2 CUOTAS
DE 61 A 90 DÍAS	3 CUOTAS
DE 91 A 120 DÍAS	4 CUOTAS

EL MÁXIMO DE DÍAS INDEMNIZABLES SON 120 DÍAS CONTINUOS, LOS QUE DARÁN DERECHO COMO MÁXIMO A INDEMNIZAR CUATRO CUOTAS DEL CRÉDITO, EN LA VIGENCIA DEL CRÉDITO.

POR PLAZO MÍNIMO DE HOSPITALIZACIÓN SE ENTENDERÁ EL PERIODO DE TIEMPO NECESARIO PARA QUE OPERE ESTA COBERTURA. EN CONSECUENCIA, SI LA HOSPITALIZACIÓN TUVIERE UN PLAZO DE DURACIÓN INFERIOR AL PLAZO MÍNIMO INDICADO, NO OPERARÁ ESTA COBERTURA.

PARA LOS EFECTOS DEL CÓMPUTO DEL PLAZO MÍNIMO DE HOSPITALIZACIÓN, SÓLO SE CONSIDERARÁ EL NÚMERO DE DÍAS EN QUE EL ASEGURADO PERMANEZCA EFECTIVAMENTE INTERNADO, DE MANERA CONTINUA E ININTERRUMPIDA, EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO.

EXCLUSIONES: LA COBERTURA DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL NO OPERARÁ CUANDO LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO SE PRODUZCA A CONSECUENCIA DE:

A. CUALQUIERA DE LAS EXCLUSIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA PRINCIPAL.

B. SITUACIONES O ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR TALES CUALQUIERA ENFERMEDAD, PATOLOGÍA, INCAPACIDAD, LESIÓN, DOLENCIA, PADECIMIENTO O PROBLEMA DE SALUD EN GENERAL QUE AFECTE AL ASEGURADO Y QUE HAYA SIDO CONOCIDO O DIAGNOSTICADO, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE LA CONTRATACIÓN DE LA COBERTURA DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL.

C. INTOXICACIÓN O ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LOS EFECTOS DE CUALQUIER NARCÓTICO A MENOS QUE HUBIESE SIDO ADMINISTRADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

D. LA CONDUCCIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO POR PARTE DEL ASEGURADO, ENCONTRÁNDOSE ÉSTE EN ESTADO DE EBRIEDAD, CONFORME A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA VIGENTE A LA FECHA DEL SINIESTRO. DICHA CIRCUNSTANCIA SE ACREDITARÁ MEDIANTE LA DOCUMENTACIÓN EXPEDIDA POR LOS ORGANISMOS CORRESPONDIENTES.

E. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLA.

F. HERNIAS Y SUS CONSECUENCIAS, SEA CUAL FUERE LA CAUSA DE QUE PROVENGAN.

G. HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE EMBARAZO O MATERNIDAD, ALUMBRAMIENTO O LA PÉRDIDA QUE RESULTE DEL MISMO.

H. EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA.

I. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA.

J. CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD MENTAL O NERVIOSA.

K. CURAS DE REPOSO.

L. ENFERMEDADES DIRECTAS O DENOMINADAS OPORTUNISTAS O LESIONES SECUNDARIAS AL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

M. HOSPITALIZACIÓN POR UN NÚMERO DE DÍAS INFERIOR AL PLAZO MÍNIMO DE HOSPITALIZACIÓN ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA 2/3 (CAD 3 2013 1173)

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, ENTENDIENDO 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 HAYA SIDO DIAGNOSTICAS 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:

PARENTESCO	COBERTURA	INGRESO DESDE	INGRESO HASTA	PERMANENCIA
TITULAR	FALLECIMIENTO CUALQUIER CAUSA	18 años.	75 años y 364 días.	81 años y 364 días.
TITULAR	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3	18 años.	70 años y 364 días.	71 años y 364 días.
TITULAR	INDEMNIZACIÓN CUOTA POR HOSPITALIZACIÓN	18 años.	70 años y 364 días.	71 años y 364 días.

CARENCIAS: LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO E INVALIDEZ PERMANENTE Y DEFINITIVA 2/3. NO TIENEN CARENCIA, HOSPITALIZACIÓN TIENE UNA CARENCIA DE 60 DÍAS CORRIDOS, 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 SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA 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
- PARTE POLICIAL EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL; CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ORIGINAL O FOTOCOPIA AUTORIZADA INDICANDO CAUSA DE MUERTE.
- EN CASO DE SINIESTRO INVALIDEZ PERMANENTE 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 HOSPITALIZACIÓN: DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICADO MEDICO CON HISTORIAL DE LA ENFERMEDAD CON TIMBRE DEL CENTRO HOSPITALARIO, SEÑALANDO FECHA DE ENTRADA Y SALIDA, EL DIAGNÓSTICO, LA FECHA EN QUE SE LE DIAGNOSTICÓ LA ENFERMEDAD Y EL DETALLE DE LA HISTORIA MÉDICA QUE LE CAUSÓ LA ENFERMEDAD; PROGRAMA MÉDICO FACTURA O PRE-FACTURA DEL CENTRO HOSPITALARIO, EXÁMENES Y PRUEBAS QUE REQUIERA LA COMPAÑÍA, EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

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

SOLICITUD: 33104365

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL: 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 Y BENEFICIARIO: EL CONTRATANTE Y BENEFICIARIO ES SERVICIO E INVERSIONES TCD LTDA RUT: 96614480-7, 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 CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE S.A. LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DESGRAVAMEN ESTÁN DEPOSITADAS EN LA CMF BAJO EL CÓDIGO POL 2 2013 0329 Y LAS CLAUSULAS ADICIONALES DE HOSPITALIZACION CAD CAD 3 2013 1098 E INVALIDEZ PERMANENTE 2/3 CAD 3 2013 1173.

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

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE: CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE CUENTA CON UN DEPARTAMENTO DE SERVICIO AL CLIENTE, CON ATENCIÓN TELEFÓNICA LLAMANDO AL 600 843 2000 O ESCRIBIENDO AL E-MAIL ASEGURADO.CHILE@CHUBB.COM, EN EL SIGUIENTE HORARIO DE ATENCIÓN: LUNES A JUEVES 9:00 A 18:00 HORAS, VIERNES DE 9:00 A 15:30 HORAS.

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

NOTA 2: SE INCLUYE ANEXO DE CONSULTAS Y RECLAMOS.

ANEXO DE COMISIONES:

COMISIÓN DE RECAUDACION: 67.00 + IVA SOBRE LA PRIMA NETA RECAUDADA

COMISIÓN INTERMEDIACIÓN: 2.00 + IVA SOBRE LA PRIMA NETA RECAUDADA

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

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

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

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA: EN CASO DE LIQUIDACIÓN DIRECTA POR LA COMPAÑÍA, EL ASEGURADO O BENEFICIARIO PUEDE Oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un liquidador de seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la compañía. La compañía deberá designar al liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

EN VIRTUD DE LA CIRCULAR N° 2131 DE 28 DE NOVIEMBRE DE 2013, 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.

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