

**SOLICITUD DE INGRESO A LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE DESGRAVAMEN
E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS
Y CERTIFICADO DE COBERTURA PARA SEGMENTO TRABAJADORES**

FECHA	
Nº CRÉDITO	

ANTECEDENTES DEL PROPONENTE ASEGURADO (SÓLO PERSONAS NATURALES TRABAJADORES)			
RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
DIRECCIÓN COMPLETA		COMUNA	TELÉFONO
FECHA DE NAC.		SEXO (M ó F)	
Nº PÓLIZA	COBERTURA DESDE FECHA OTORGAMIENTO CRÉDITO		COBERTURA DESDE FECHA VENCIMIENTO CRÉDITO
000203-000			

COBERTURA, CAPITAL ASEGURADO Y PRIMA
1. COBERTURA: FALLECIMIENTO E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS DEL ASEGURADO.
2. CAPITAL ASEGURADO INICIAL: UF _____.
3. CAPITAL ASEGURADO INICIAL: \$ _____.
4. VALOR DE LA PRIMA MENSUAL: SE CALCULARÁ MULTIPLICANDO LA TASA MENSUAL DE 0,5395 ‰ POR EL MONTO INICIAL DE LA DEUDA (PRIMA INCLUYE IVA).

BENEFICIARIO SEGURO DE DESGRAVAMEN E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS	% DEL CAPITAL
CAJA DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR DE LOS ANDES	100%

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS SEGÚN POL 2 88 013 Y CAD 2 97 002
<p>EN VIRTUD DE ESTE PLAN DE SEGURO SEGÚN LA COBERTURA DE DESGRAVAMEN E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO AL BENEFICIARIO, PREVIA DEDUCCIÓN DE CUALQUIERA OBLIGACIÓN A FAVOR DE LA COMPAÑÍA.</p> <p>PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, SE ENTIENDE POR CAPITAL ASEGURADO, EL SALDO INSOLUTO DEL CREDITO IDENTIFICADO EN ESTA SOLICITUD AL ÚLTIMO DÍA DEL MES INMEDIATAMENTE ANTERIOR A LA FECHA DE FALLECIMIENTO DEL DEUDOR EN EL CASO DE DESGRAVAMEN, O A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO SUFRA LA PÉRDIDA IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA DE A LO MENOS 2/3 DE LA CAPACIDAD LABORAL, FÍSICA O INTELLECTUAL, A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE, PARA EL CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS. SUPONIENDO UN SERVICIO REGULAR DE LA DEUDA. EL PAGO DE LAS PRIMAS CESA A LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA, VENCIMIENTO DEL CREDITO O JUNTO CON LA MUERTE DEL DEUDOR SI ÉSTA OCURRE ANTES.</p>
EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO
<p>LA COBERTURA QUE OTORGA ESTA PÓLIZA NO CONTEMPLA EXCLUSIONES, A MENOS QUE EL FALLECIMIENTO OCURRA:</p> <p>1º.- POR ALGUNA DE LAS CIRCUNSTANCIAS MENCIONADAS EN LOS NÚMEROS 1º Y 2º DEL ARTÍCULO 575 DEL CÓDIGO DE COMERCIO; NO OBSTANTE, EL ASEGURADOR PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO AL BENEFICIARIO, SI EL FALLECIMIENTO OCURRIERA COMO CONSECUENCIA DE SUICIDIO, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HUBIERE PERMANECIDO, A LO MENOS, UN AÑO COMO ASEGURADO VIGENTE.</p> <p>2º.- POR PARTICIPACIÓN 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, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO TENGA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN DICHO MOTÍN O CONMOCIÓN.</p> <p>EN ESTOS CASOS, EL ASEGURADOR SÓLO ESTARÁ OBLIGADO A DEVOLVER A LOS HEREDEROS DEL ASEGURADO UNA CANTIDAD IGUAL AL VALOR DE LAS PRIMAS YA PAGADAS, PREVIA DEDUCCIÓN DE CUALQUIER DEUDA POR CONCEPTO DEL CONTRATO.</p>

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS

LA COBERTURA QUE OTORGA ESTA PÓLIZA NO CONTEMPLA EXCLUSIONES, A MENOS QUE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS DEL ASEGURADO QUE OCURRA 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 TALES COMO: INMERSIÓN SUBMARINA, MONTAÑISMO, ALAS DELTA, PARACAIDISMO; CARRERAS DE CABALLOS, AUTOMÓVILES, MOTOCICLETAS Y DE LANCHAS; Y OTROS DEPORTES RIESGOSOS, QUE NO HAYAN SIDO DECLARADOS POR EL ASEGURADO AL MOMENTO DE CONTRATAR EL SEGURO O DURANTE SU VIGENCIA.

D) LA PRÁCTICA O EL DESEMPEÑO DE ALGUNA ACTIVIDAD, PROFESIONAL 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 TRASPORTE DE PASAJEROS SUJETO A ITINERARIO.

ASIMISMO, SE ENTIENDE QUE RIGEN PARA ESTA CLÁUSULA ADICIONAL LAS EXCLUSIONES ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO PRINCIPAL DE LA PÓLIZA.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

COBERTURA	EDAD MÍNIMA INGRESO	EDAD MÁXIMA INGRESO	EDAD MÁXIMA PERMANENCIA
FALLECIMIENTO	18 AÑOS	80 AÑOS Y 364 DÍAS	85 AÑOS Y 354 DÍAS
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3 HOMBRES	18 AÑOS	64 AÑOS Y 364 DÍAS	64 AÑOS Y 364 DÍAS
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3 MUJERES	18 AÑOS	59 AÑOS Y 364 DÍAS	59 AÑOS Y 364 DÍAS

CARENCIA

ESTA PÓLIZA NO CONTEMPLA CARENCIA.

PROCEDIMIENTO PARA DENUNCIAS DE SINIESTROS

OCURRIDO UN EVENTO AMPARADO EN UNA DE LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA, EL CONTRATANTE DEBERÁ PRESENTAR LA RESPECTIVA DENUNCIA DE SINIESTRO DENTRO DE UN PLAZO MÁXIMO DE 120 DÍAS CORRIDOS, CONTADOS DESDE QUE TOMA CONOCIMIENTO DEL MISMO. DENTRO DEL MISMO PLAZO DEBERÁ ACOMPAÑAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1.- CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN, ORIGINAL, EL CUAL INDIQUE LA CAUSA DE FALLECIMIENTO, PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO.

2.- DICTAMEN EJECUTORIADO POR LA COMISIÓN MÉDICA DE AFP O COMPIN, QUE DETERMINE LA CALIDAD DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3.

3.- CERTIFICADO DE NACIMIENTO PARA ACREDITAR EDAD DEL ASEGURADO, EN CASO QUE NO CONSTE EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y/O DICTAMEN DE INVALIDEZ.

4.- DESARROLLO DEL CRÉDITO.

5.- DEPENDIENDO DE LA CAUSA DE MUERTE INFORMADA, LA COMPAÑÍA PODRÁ SOLICITAR ANTECEDENTES ADICIONALES PARA RESOLVER EL PAGO DEL SINIESTRO.

CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS RECIBIDOS Y A ENTERA CONFORMIDAD DE LA COMPAÑÍA, ÉSTA DISPONDRÁ DE UN PLAZO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE O BIEN EMITIR LA CORRESPONDIENTE RESOLUCIÓN DE RECHAZO DE LA MISMA.

TASA POR MIL MENSUAL

0,5395 ‰

ENTIDAD	NOMBRE	RUT	DIRECCION
COMPAÑÍA	ITAÚ CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.	76.034.737-K	SAN ANTONIO N°113 PISO 4°, SANTIAGO.
CONTRATANTE	CAJA DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR DE LOS ANDES	81.826.800-9	ALONSO OVALLE N° 1465, SANTIAGO.

HABIENDO TOMADO CONOCIMIENTO DEL DERECHO A DECIDIR LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DE LIBRE ELECCIÓN DEL INTERMEDIARIO Y COMPAÑÍA ASEGURADORA, SOLICITO LA INCORPORACIÓN A LA COBERTURA DEL SEGURO COLECTIVO CONTRATADOS POR CCAF DE LOS ANDES, Y DECLARO CONOCER LOS TÉRMINOS DEL SEGURO PROPUESTO, QUE CONSTAN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA N° 000203-000 Y EN LAS CONDICIONES GENERALES DEPOSITADAS EN LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS BAJO EL CÓDIGO POL 2 88 013 Y CAD 2 97 002 PARA LA COBERTURA DEL FALLECIMIENTO E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS RESPECTIVAMENTE. SEGÚN LAS CONDICIONES DESCRITAS PRECEDENTEMENTE Y POR ESTE MEDIO, AUTORIZO A CCAF DE LOS ANDES PARA QUE PAGUE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

IMPORTANTE

- 1.- LOS CRÉDITOS OTORGADOS POR LA C.C.A.F. DE LOS ANDES SE ENCUENTRAN CUBIERTOS POR UN SEGURO DE DESGRAVAMEN, CONTRATADO CON ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., POL 2 88 013, CUYO COSTO ES DE 0,4768 POR MIL, APLICADO SOBRE EL CAPITAL INICIAL. ADEMÁS, SOLO PARA EL SEGMENTO DE TRABAJADORES SE INCLUYE LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3, HASTA LOS 60 AÑOS PARA LAS MUJERES Y LOS 65 AÑOS PARA LOS HOMBRES, CUYA PRIMA ADICIONAL ES DE 0,0627 POR MIL, CAD 2 97 002, APLICADA SOBRE EL CAPITAL INICIAL DE LA RESPECTIVA OBLIGACIÓN (PRIMA INCLUYE IVA). DICHS SEGUROS, DE CARGO DEL AFILIADO, SE COBRARÁN MENSUALMENTE JUNTO AL VALOR DEL DIVIDENDO Y SU FINALIDAD ES PAGAR EL SALDO TOTAL DEL CRÉDITO EN EL EVENTO DE FALLECIMIENTO DEL DEUDOR Y/O ANTE LA CONTINGENCIA DE INVALIDEZ TOTAL EN EL CASO DE LOS TRABAJADORES, DEBIDAMENTE CERTIFICADA POR LOS ORGANISMO QUE CORRESPONDA.
- 2.- LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS SE ENCONTRARÁ VIGENTE SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO TENGA UNA EDAD INFERIOR A 65 AÑOS SI ES HOMBRE O 60 AÑOS SI ES MUJER. CUANDO EL ASEGURADO HAYA SUPERADO ESTA EDAD Y MANTENGA SU CONDICION DE TRABAJADOR LA COBERTURA QUE PERMANECERA VIGENTE SERÁ LA DE FALLECIMIENTO, OPERANDO DE ACUERDO A LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD SEÑALADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD. EN CONCORDANCIA CON LO DISPUESTO EN LAS CONDICIONES GENERALES SEGÚN POL 2 88 013.
- 3.- ITAU CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. SE ENCUENTRA ADHERIDA VOLUNTARIAMENTE AL CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN Y AL COMPENDIO DE BUENAS PRACTICAS DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, CUYO PROPÓSITO ES PROPENDER AL DESARROLLO DEL MERCADO DE LOS SEGUROS, EN CONSONANCIA CON LOS PRINCIPIOS DE LIBRE COMPETENCIA Y BUENA FE QUE DEBE EXISTIR ENTRE LAS EMPRESAS, Y ENTRE ESTAS Y SUS CLIENTE. COPIA DEL COMPENDIO DE BUENAS PRACTICAS CORPORATIVAS DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SE ENCUENTRAN A DISPOSICIÓN DE LOS INTERESADOS EN WWW.AACH.CL. ASIMISMO HA ACEPTADO LA INTERVENCIÓN DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO CUANDO LOS CLIENTES LE PRESENTEN RECLAMOS EN RELACIÓN A LOS CONTRATOS CELEBRADOS CON ELLA. LOS CLIENTES PUEDEN PRESENTAR SUS RECLAMOS ANTE EL DEFENSOR DEL ASEGURADO UTILIZANDO LOS FORMULARIOS DISPONIBLES EN LAS OFICINAS DE ITAU CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA O A TRAVÉS DE LA PAGINA WEB WWW.DDACHILE.CL.
- 4.- IMPORTANTE: USTED SE ESTA INCORPORANDO COMO ASEGURADO A UNA PÓLIZA O CONTRATO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR CCAF LOS ANDES, DIRECTAMENTE CON LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.
- 5.- POR ESTE ACTO, Y SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY N° 19.628 SOBRE PROTECCIÓN DE LA VIDA PRIVADA Y SUS MODIFICACIONES, DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN EXPRESA A ITAU CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. Y SUS REPRESENTANTES, SUCESORES Y CESIONARIOS PUEDAN PROCEDER A LA TRANSMISIÓN O TRANSFERENCIA DE TODOS O PARTE DE LOS DATOS PERSONALES E INFORMACIÓN QUE DECLARO HABER ENTREGADO VOLUNTARIAMENTE A ESTA Y/O PUESTO VOLUNTARIAMENTE A SU DISPOSICIÓN, A CUALESQUIERA TERCEROS PRESTADORES DE SERVICIOS QUE ESTUVIEREN UBICADOS DENTRO O FUERA DE CHILE, PARA EFECTOS DE PODER HACER EFECTIVO EL (LOS) BENEFICIO (S) QUE PUDIEREN ESTAR ASOCIADOS AL SEGURO CONTRATADO. DEL MISMO MODO, OTORGO EXPRESA AUTORIZACIÓN A CUALQUIER MEDICO, HOSPITAL, CLÍNICA, COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA INSTITUCIÓN, PUBLICA O PRIVADA, O PERSONA QUE TENGA CONOCIMIENTO O REGISTROS DE MI PERSONA O MI SALUD, PARA QUE PUEDA DAR CUALQUIER INFORMACIÓN SOLICITADA POR ITAU CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. A SU VEZ, FACULTO A ESTA ULTIMA PARA QUE SOLICITE Y/O RETIRE COPIA DE TALES ANTECEDENTES, EXÁMENES Y/O INFORMES MÉDICOS DE LAS PERSONAS O INSTITUCIONES MENCIONADAS, AUTORIZACIÓN QUE OTORGO INCLUSO PARA TENER EFECTO DESPUÉS DE MI MUERTE, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTICULO 2169 DEL CÓDIGO CIVIL.



FIRMA ASEGURADO

ITAÚ CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.

CAJA DE COMPENSACIÓN DE ASIGNACIÓN
FAMILIAR DE LOS ANDES

ANEXO DE COMISIONES RECAUDACIÓN Y COBRANZA

COMISIÓN CONTRATANTE:

28% DE LA PRIMA NETA RECAUDADA MENSUALMENTE.