

SOLICITUD DE INGRESO A LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE DESGRAVAMEN Y CERTIFICADO DE COBERTURA PARA SEGMENTO PENSIONADOS

| | |
|------------|--|
| FECHA | |
| Nº CRÉDITO | |

| ANTECEDENTES DEL PROPONENTE ASEGURADO (SÓLO PERSONAS NATURALES PENSIONADOS) | | | |
|--|---|------------------|--|
| 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 |
| 000204-000 | | | |

| COBERTURA, CAPITAL ASEGURADO Y PRIMA |
|--|
| <p>1. COBERTURA: FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.</p> <p>2. CAPITAL ASEGURADO INICIAL: UF _____.</p> <p>3. CAPITAL ASEGURADO INICIAL: \$ _____.</p> <p>4. VALOR DE LA PRIMA MENSUAL: SE CALCULARÁ MULTIPLICANDO LA TASA MENSUAL DE 0,4768% POR EL MONTO INICIAL DE LA DEUDA.</p> |

| BENEFICIARIO SEGURO DE DESGRAVAMEN | % DEL CAPITAL |
|--|----------------------|
| CAJA DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR DE LOS ANDES | 100% |

| DESCRIPCIÓN DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO SEGÚN POL 2 88 013 |
|---|
| <p>EN VIRTUD DE ESTE PLAN DE SEGURO DE DESGRAVAMEN, 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, SUPONIENDO UN SERVICIO REGULAR DE LA DEUDA. EL PAGO DE LAS PRIMAS CESA A LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA 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> |

| 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 |

CARENCIA

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 CON CAUSA DE FALLECIMIENTO, CERTIFICADO DE NACIMIENTO PARA ACREDITAR LA EDAD, SI NO HA SIDO INDICADA EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.
- 2.- PAGARÉ DEL CRÉDITO U OTRO DOCUMENTO QUE LA COMPAÑÍA ESTIME NECESARIO PARA ACREDITAR LA VIGENCIA DE LA OPERACIÓN.
- 3.- CERTIFICADO DE LIQUIDACIÓN DE LOS SALDOS INSOLUTOS DE LOS PRÉSTAMOS QUE SE HALLAREN ASEGURADOS POR LA COMPAÑÍA, INDICANDO PARA CADA UNO DE ELLOS EL MONTO TOTAL OTORGADO, FECHA DE INICIO Y TERMINO DEL CRÉDITO, TASA DE INTERÉS APLICADA, FECHA DE VENCIMIENTO DE CADA UNA DE LAS CUOTAS A PAGAR POR EL ASEGURADO, Y ESTADO (PAGADA/IMPAGA) DE CADA UNA DE ELLAS.

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

0,4768 ‰

| ENTIDAD | NOMBRE | RUT | DIRECCION |
|-------------|--|--------------|--------------------------------------|
| COMPAÑIA | 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° 000204-000 Y EN LAS CONDICIONES GENERALES DEPOSITADAS EN LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS BAJO EL CÓDIGO POL 2 88 013 PARA LA COBERTURA DEL FALLECIMIENTO 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. DICHO SEGURO, DE CARGO DEL AFILIADO, SE COBRARÁ MENSUALMENTE JUNTO AL VALOR DEL DIVIDENDO Y SU FINALIDAD ES PAGAR EL SALDO TOTAL DEL CRÉDITO EN EL EVENTO DE FALLECIMIENTO DEL DEUDOR.
- 2.- 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.
- 3.- **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.
- 4.- 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.