

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y CERTIFICADO DE COBERTURA
SEGURO DE CESANTÍA
CRÉDITO SOCIAL CAJA LOS ANDES**

Folio:

ANTECEDENTES ASEGURADO TITULAR

Nombre Completo:

Rut:

Teléfono:

Celular:

Dirección:

Comuna:

Ciudad:

Fecha de Incorporación:

Sucursal:

Correo electrónico:

Acepto que toda comunicación y notificación que tenga relación con el presente seguro me sean informadas a través de correspondencia dirigida al correo electrónico y/o vía SMS a través del número de celular antes señalado: SI _____ NO _____

PRIMA

La prima es mensual por cada asegurado, y será el resultado de aplicar una tasa por mil mensual de 2,16216 (IVA incluido) sobre el monto inicial del crédito. El pago de la prima es mensual y se efectuará junto con la cuota del crédito. El valor de la prima se descontará previa autorización de la remuneración mensual del asegurado según corresponda.

Código del crédito:

Monto inicial del crédito:

Total a pagar:

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

La edad mínima de ingreso es de 18 años.

La edad máxima de ingreso es hasta los 65 años y 364 días.

La edad máxima de permanencia es hasta los 75 años y 364 días.

COBERTURA Y CAPITAL ASEGURADO

Cobertura de Desempleo (POL 1 2018 0080, Art. 3, número 1, letra A y número 2, letra A)

Asegurados: Todos los trabajadores que se encuentren afiliados al Contratante, que sean deudores de créditos de consumo otorgados por el mismo, que deseen optar voluntariamente al seguro y que cumplan los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza. La presente cobertura se extiende a: 1) Trabajador Dependiente (toda persona que, de acuerdo a la legislación laboral chilena, presentan servicios o desempeñan funciones para un empleador, bajo vínculo de subordinación o dependencia, en virtud de un contrato de trabajo indefinido); 2) Funcionarios vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la Administración Pública centralizada o descentralizada, sometidos al Estatuto Administrativo de acuerdo a la legislación administrativa chilena, que en virtud de una designación de autoridad, prestan servicios o desempeñan funciones para la Administración Pública, y percibiendo por tales servicios una remuneración; 3) Los profesionales de la educación vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la educación municipalizada, sometidos al Estatuto Docente y 4) Los miembros de las Fuerzas Armadas y de Orden (la Cesantía Involuntaria sólo será cubierta, si se produce por alguna causal de retiro temporal o absoluto contemplada en sus respectivas Leyes Orgánicas, Estatutos y Reglamentos de Personal, y cumpla con los requisitos previstos en las Condiciones Generales de la Póliza).

El monto asegurado corresponderá a la cuota pactada del crédito, con un máximo de 3 cuotas por evento, las que serán pagadas de una en una al beneficiario por cada 30 días de cesantía. El capital máximo del crédito por asegurado no podrá exceder las UF 1.000.

Habrà lugar a una nueva aplicación de esta cobertura, si el Asegurado vuelve a caer en situación de Cesantía Involuntaria, siempre y cuando se haya mantenido en el nuevo empleo por el Periodo Activo Mínimo de 3 meses corridos a partir de la fecha de inicio del nuevo empleo.

Se considerarán única y exclusivamente como causales de Cesantía Involuntaria, las siguientes:

1. Para el caso de los Trabajadores Dependientes, solo se considerarán:

a) Art.159 N°6 del Código del Trabajo, esto es, Fuerza mayor o Caso fortuito.

b) Art.161 del Código del Trabajo, esto es, Necesidades de la empresa.

c) Artículo 163 bis, esto es, en caso que el empleador fuera sometido a un procedimiento concursal de liquidación. Para todos los efectos legales, la fecha de término del contrato de trabajo será la fecha de dictación de la resolución de liquidación.

2. Funcionarios Públicos: los empleados vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la Administración Pública centralizada o descentralizada, sometidos al Estatuto Administrativo, estarán cubiertos por la presente póliza, única y exclusivamente, si el desempleo se produce por alguna de las siguientes causales:

a) Funcionarios de Planta:

- Supresión del empleo y Término del período legal.

b) Personal a contrata:

- No renovación del contrato una vez finalizado el plazo.

3. Para los profesionales de la educación vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la educación municipalizada, sometidos al Estatuto Docente, estarán cubiertos única y exclusivamente de la Cesantía Involuntaria derivada del cese de sus funciones debido a causas que no sean imputables al actuar o a la voluntad del asegurado, y que implique la privación total de ingresos por conceptos laborales. No obstante, cuando reciba ingresos de dos o más establecimientos educacionales, tendrá derecho a indemnización cuando haya dejado de prestar servicios en cualquiera de ellos.

4. Para los miembros de las Fuerzas Armadas y de Orden, la Cesantía Involuntaria sólo será cubierta si se produce por alguna causal de retiro temporal o absoluto contemplada en sus respectivas las Leyes Orgánicas Estatutos y Reglamentos de Personal, pero única y exclusivamente en la medida que la causal de retiro temporal o absoluto invocada cumpla con los siguientes requisitos:

a. Que el retiro o baja se deba a causa no imputable a la voluntad o a la conducta del miembro de las Fuerzas Armada y de Orden.

b. Que el retiro o baja no implique para el integrante retirado o dado de baja el pago de una pensión o jubilación por dicho concepto.

Notas Generales:

1.- Se consideran como créditos en cuota, y se entenderán cubiertos por la póliza todos aquellos créditos cuyo pago esté pactado en cuotas y sus fechas y montos se encuentren determinados al momento de su otorgamiento, pudiendo incluir periodos de gracia al comienzo y/o durante el desarrollo de pago, así como también prórrogas respecto de la misma operación. Cualquier renegociación se encontrará cubierta por el seguro contratado con motivo del crédito que se renegocia o se refinancia.

2.- En el caso de que el crédito tenga menos de (3) cuotas vigentes al momento del siniestro, la compañía sólo pagará las cuotas que queden para extinguir la deuda.

DEFINICIONES Y CONDICIONES DE INDEMNIZACIÓN

Antigüedad Laboral (mínima): 180 días corridos. Lapso de tiempo durante el cual el Asegurado deberá depender de un mismo empleador, para tener derecho a la cobertura de desempleo.

Carencia: 90 días corridos. Es el periodo de tiempo que se cuenta desde la fecha de incorporación a la póliza colectiva, durante el cual el Asegurado no tiene derecho alguno a indemnización en caso de siniestro.

Período Activo Mínimo: 90 días corridos a partir de la fecha de inicio del nuevo empleo. Lapso de tiempo durante el cual el Asegurado que ya ha sido indemnizado en razón del seguro y que ya ha obtenido nuevamente un empleo, debe mantenerse en éste para poder invocar el seguro si incurre nuevamente en cesantía involuntaria.

Período de Gracia: 60 días corridos. Periodo de tiempo en donde la cobertura permanecerá vigente, pese al no pago del primer pago. Si ocurriera un siniestro durante dicho periodo de gracia, se deducirá de la indemnización a pagar la prima vencida y no pagada. El período de gracia de los créditos será válido solo para el pago de la primera cuota.

Evento: La ocurrencia de una situación de Cesantía Involuntaria indemnizable bajo este seguro y no interrumpido por un Período Activo Mínimo.

Cesantía Involuntaria o Desempleo Involuntario: Es el estado o condición de aquella persona que ha perdido su trabajo, producido por circunstancias no imputables a su actuar y que implica la privación total de ingresos por conceptos laborales.

ASISTENCIA LABORAL

La Asistencia laboral consiste en orientación mediante mail donde se tratarán los siguientes temas:

- Envío de Manual: Se envía a los asegurados un manual práctico de ayuda en la búsqueda laboral con información relevante para la entrevista, la búsqueda y la confección del currículum.

- Recepción y revisión del Currículum Vitae: Se recibe, vía mail, el currículum de los asegurados entregándoles retroalimentación.

- Se envía versión final del CV a consultoras de RRHH con las que se tiene convenio para dar mayores posibilidades de conseguir una entrevista.

- Accesibilidad continúa vía mail con un especialista en caso de dudas durante todo el período de búsqueda de empleo

Adicional, incluye una entrevista psicológica presencial y privada con un especialista para tratar los siguientes temas:

- Apoyo Psicológico: Aceptación de la pérdida laboral y orientación en la búsqueda del nuevo empleo.

- Evaluación del perfil laboral: Identificación de sus competencias, habilidades y capacidades para resaltarlas en el proceso de búsqueda de empleo.

- Confección de Currículum Vitae, de acuerdo al perfil laboral y áreas de interés detectadas.

- Recomendaciones y consejos para desenvolverse exitosamente en una entrevista de trabajo y elaboración de estrategia de reinserción laboral.

- Entrega de información acerca de los principales buscadores de empleo y postulación del CV en consultoras de RRHH con las que se tiene convenio.

· Accesibilidad continua con un especialista posterior a la entrevista durante el periodo de transición. El asegurado contará con este beneficio transcurrido 90 días desde la fecha de incorporación a la póliza colectiva. Para solicitar asistencia comunicarse al teléfono 800 364 663 o desde celulares al 02-24293609 de lunes a viernes de 9:00 a 21:00 horas, excepto festivos.

EXCLUSIONES

- 1) No se otorgará la cobertura a aquel Asegurado que a la fecha de ocurrencia del siniestro se encuentre prestando servicios en calidad de Trabajador Dependiente en una empresa:
 - 1.1) Constituida bajo la forma de sociedad civil o comercial o de responsabilidad limitada de la cual sea socio o posea dicha calidad su cónyuge, conviviente civil o su padre, madre, hijo(a), hermano(a), nieto(a), tío(a), abuelo(a), cuñado(a), suegro(a) y/o padre o madre de su conviviente civil.
 - 1.2) Constituida bajo la forma de sociedad anónima, sociedad en comandita por acciones o sociedad por acciones de la cual sea Accionista o posea dicha calidad su cónyuge, conviviente civil o su padre, madre, hijo(a), hermano(a), nieto(a), tío(a), abuelo(a), cuñado(a), suegro(a) y/o padre o madre de su conviviente civil.
 - 1.3) Constituida bajo la forma de una empresa individual de responsabilidad limitada de la cual sea titular o posea dicha calidad su cónyuge, conviviente civil o su padre, madre, hijo(a), hermano(a), nieto(a), tío(a), abuelo(a), cuñado(a), suegro(a) y/o padre o madre de su conviviente civil.
 - 1.4) En la que algunos de los directores o ejecutivos principales sea su cónyuge, conviviente civil o su padre, madre, hijo(a), hermano(a), nieto(a), tío(a), abuelo(a), cuñado(a) suegro(a) y/o padre o madre de su conviviente civil.
- 2) No se otorgará la cobertura cuando el siniestro se produzca por una causa distinta de las señaladas en el literal A.2, de la letra A del Artículo 3 de las Condiciones Generales de la Póliza depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código de POL 120180080.

PROCEDIMIENTO DE DENUNCIA DE SINIESTROS

Plazo de presentación de los antecedentes: Producido un siniestro, el asegurado o reclamante deberá comunicarlo por escrito tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento del mismo, salvo caso fortuito o fuerza mayor. Sin perjuicio de lo anterior, se establece un plazo máximo de 180 días corridos siguientes a la fecha en que se haya producido el hecho, en tanto este plazo sea superior al primero.

Los clientes podrán entregar la documentación de siniestros directamente en la red de sucursales con que cuenta la CCAF de los Andes, quien dispondrá de un plazo máximo de setenta y dos (72) horas, para remitirlos a la compañía. Si este plazo recayera en día sábado, domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil siguiente.

El aviso de siniestro, que podrá otorgarse por intermedio del Corredor mencionado en la póliza, será igualmente válido y eficaz si se utilizan medios electrónicos de conexión directa u otros análogos.

Para tener derecho a la indemnización el Asegurado deberá acreditar la situación invocada, con los antecedentes justificativos de la misma. Se entenderá como fecha de ocurrencia del siniestro la fecha de término de la relación laboral indicada en el finiquito del contrato de trabajo, y en el caso de los empleados públicos regidos por sus respectivos estatutos, será la fecha que establezca el decreto o resolución en que consta su retiro o baja de la respectiva Institución.

Antecedentes para el pago: Para tener derecho a la indemnización el Asegurado deberá acreditar por cada Evento la situación invocada, con los antecedentes justificativos de la misma, y el Contratante deberá enviarlos a la compañía dentro del plazo estipulado, según lo dispuesto a continuación:

Cobertura de Desempleo:

- 1.- Formulario de denuncia firmado por el Asegurado indicando póliza, plan y cobertura.
- 2.- Finiquito ratificado o Copia legalizada del finiquito ratificado que debe contener obligatoriamente siguiente leyenda o timbre: 'Leyó y ratificó ante Mi ...', 'Leyó, firmó y ratificó ante Mi ...' o similar. . En ausencia del Finiquito del empleador, el Asegurado podrá adjuntar copia de: Acta de comparecencia emitida por la Inspección del Trabajo (en la cual conste la existencia de un finiquito que indique la causal de término de la relación laboral); Avenimiento celebrado y aprobado por el Juzgado Laboral correspondiente donde se establezca la causal y fecha de despido; Sentencia judicial ejecutoriada dictada por el Juzgado Laboral correspondiente donde se establezca la causal y fecha del despido.
- Carta del Síndico de Quiebras, cuando corresponda; Carta con la firma de la autoridad internacional correspondiente con indicación expresa de causal y fecha de despido (aplicable a trabajadores que mantengan un vínculo laboral con Embajadas o Consulados u otros organismos internacionales).
- 3.- En el caso de empleados públicos docentes y miembros de las Fuerzas Armadas y de Orden, copia legalizada del Decreto o Resolución del organismo que corresponda en el que se pone término a la relación laboral con indicación del motivo o causal en que se funda .
- 4.- Para el caso en que el trabajador impugne judicialmente la causal de despido alegada por el empleador, deberá denunciar el siniestro, adjuntando una copia de la demanda por despido injustificado, caso en el cual la compañía pagará la indemnización correspondiente, sólo una vez que se encuentre ejecutoriada la sentencia que declare injustificado el despido.
- 5.- Cartola desarrollo deuda, emitida por la Caja que indique claramente las cuotas a cubrir.
- 6.- Fotocopia de cédula de identidad del Asegurado, por ambas caras.

En el caso de imposibilidad de presentación, por parte del asegurado, de Finiquito ratificado o Copia legalizada

del finiquito ratificado, por encontrarse el asegurado en un juicio laboral con su ex empleador, el siniestro quedará en estado de pendiente hasta la presentación por parte del asegurado de la demanda laboral correspondiente, debidamente presentada ante el tribunal competente, para lo cual deberá constar el timbre del tribunal y señalarse el rol de la causa. En dicha demanda deberá constar que se alega como término de la relación laboral alguna de las causales contenidas en la presente Solicitud Incorporación.

Nota: Durante el proceso de liquidación, la compañía podrá requerir otros antecedentes en la medida que ellos sean necesarios para la adecuada liquidación del siniestro.

Plazo de Liquidación: El período de liquidación del siniestro, será de 10 días hábiles a contar de la fecha de recepción por parte de la compañía, de los antecedentes indicados.

Pago de Indemnización: El plazo de pago no podrá exceder de 06 días desde la notificación de la resolución de la compañía Aseguradora que hace procedente el pago de la indemnización.

AUTORIZACIÓN PARA DENUNCIA DE SINIESTRO

Por este acto, el suscrito autoriza expresamente a Caja Los Andes, en los términos de lo dispuesto en la Ley N° 19.628 de Protección de Datos de Carácter Personal, para que recabe los antecedentes necesarios obtenidos del suscrito o de su empleador con el fin de ser presentados ante la compañía de seguros, para los trámites de denunciar el siniestro de cesantía que le pudiere afectar en el futuro. Asimismo, Caja Los Andes queda expresamente facultada para que, una vez que tenga todos los antecedentes necesarios, pueda presentar la denuncia del siniestro con la información que obtenga a través de la empresa o la que el suscrito le pueda proporcionar. La presente facultad subsistirá mientras se mantenga vigente este seguro.

En razón de lo anterior, Caja Los Andes de efectuar la gestión, en un plazo no superior a 10 días rendirá cuenta de ello, en conformidad a la Ley N° 19.496, mediante el envío de las copias de los documentos suscritos y/o de la indicación de las actuaciones realizadas.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. Autorización de tratamiento. Por medio de mi suscripción a esta Solicitud de Incorporación autorizo, como responsables de bases de datos, a las sociedades: BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A., BNP Paribas Cardif Seguros de Vida S.A. y BNP Paribas Cardif Servicios y Asistencia Ltda. (conjuntamente "BNP Paribas Cardif") a tratar mis datos personales de acuerdo a los fines y condiciones aquí descritos. Los datos que autorizo tratar, son los contenidos en esta solicitud, y aquellos que más adelante resulten necesarios para el otorgamiento de los productos y/o servicios contratados de BNP Paribas Cardif. 2. Propósitos del tratamiento. Los propósitos para los cuales autorizo a BNP Paribas Cardif a tratar mis datos personales son todos o algunos de los siguientes propósitos: (i) evaluar esta solicitud y proporcionarme los productos y servicios que sean contratados; (ii) contactarme y responder a mis consultas; (iii) gestionar y procesar los denuncios de mis siniestros; (iv) enviar comunicaciones publicitarias; (v) evaluar y mejorar los productos y servicios de BNP Paribas Cardif, a través de desarrollos asociados a seguros, análisis de datos y estudios analíticos; (vi) realizar operaciones propias del negocio de BNP Paribas Cardif tales como: contabilidad, administración, monitoreo de riesgo y técnico, auditorías, facturación y cobros; y (vii) dar cumplimiento a las obligaciones legales de BNP Paribas Cardif. 3. Datos personales de terceros. Sobre la información personal de terceros que yo entregue a BNP Paribas Cardif (ej. beneficiarios), declaro contar con las autorizaciones suficientes, para que BNP Paribas Cardif trate debidamente aquella información, según los propósitos indicados en el número anterior. 4. Comunicación de datos a terceros. Únicamente para los propósitos indicados, autorizo a BNP Paribas Cardif para que pueda comunicar mis datos personales a sus proveedores y terceros colaboradores como, por ejemplo, corredores de seguros, liquidadores, intermediadores y socios comerciales. 5. Mis derechos. Declaro conocer que mis derechos como titular de datos, los puedo hacer efectivos de manera gratuita comunicándome a [800362100 y desde celulares al 0224293507].

NOTAS IMPORTANTES

1. Vigencia de la Póliza Colectiva N° 119117363: La póliza tendrá una vigencia de 1 año contado desde las 00:00 horas del 01/11/2019, renovable automáticamente por periodos iguales y sucesivos de un año cada uno, salvo que la Compañía o el Contratante en su caso ejerzan su derecho a no renovar la vigencia de la Póliza Colectiva para un nuevo periodo anual

2. Vigencia Individual: Para aquellas personas que cumplan con las Condiciones de Asegurabilidad, y que se incorporen a este seguro, el periodo de cobertura al Asegurado es mensual y comenzará en forma automática desde la fecha de firma de esta solicitud de incorporación. La cobertura se renovará automáticamente mientras se encuentre el Asegurado al día en el pago mensual de su prima y en tanto no haya cumplido la edad máxima de permanencia o no haya perdido la calidad de asegurado.

3. La compañía que cubre el riesgo es BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A. RUT: 96.837.640-3 y la cobertura contratada se rige según las Condiciones Generales depositadas en la CMF bajo el código POL 120180080, Art. 3, número 1., letra a) y número 2., letra A.

4. Este seguro es intermediado por Corredores de Seguros La Cámara Limitada, RUT: 76.008.701-7: Las Condiciones Generales y Particulares se encuentran disponibles en las oficinas de la compañía y de la CCAF de los Andes.

5. La compañía BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas 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 éstas y sus clientes. Copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las compañías de seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de la compañía BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A. y 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 de Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de compañía BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.

6. Identificación Contratante y Beneficiario: Caja de Compensación de Asignación Familiar De Los Andes, RUT N° 81.826.800-9.

7. Declaro suscribir y adherirme voluntaria e informadamente a este seguro colectivo.

8. Para cumplir con la resolución exenta 05 de 11.01.05 dictada por el SII, 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 poseo _____ NO poseo _____

Firma del Asegurado

9. En conformidad a la Circular N° 2123, las comisiones de este producto se encuentran detalladas en anexo que forma parte integrante de la presente solicitud de incorporación y que declaro haber recibido.

10. **IMPORTANTE:** Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguros colectivos cuyas condiciones han sido convenidas por Caja de Compensación de Asignación Familiar De Los Andes, directamente con la compañía de seguros.

11. Diversificación de Producción: De conformidad a lo indicado en la norma de carácter general n° 27 9 de la Comisión para el Mercado Financiero de fecha 22 de enero de 2010, la información sobre la diversificación de la producción de Corredores de Seguros La Cámara Limitada se encuentra disponible en su página web: www.seguoslacamara.cl.

12. Este contrato no cuenta con sello SERNAC.

13. El Asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador. El Asegurador, a su vez, podrá poner término al contrato de seguro si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro o por falta de pago de la prima según lo establecido en el artículo 19 de la póliza N° 119117363.

14. El presente seguro es voluntario y su contratación no está sujeta a la obtención de otro servicio o producto otorgado CCAF De Los Andes.

15. El presente certificado se emite en dos copias, quedando cada una de ellas en poder del asegurado y la otra en poder de La CCAF De Los Andes.



BNP Paribas Cardif Seguros de Generales S.A.



Corredores de Seguros La Cámara Limitada.

Asegurado

ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En caso de consultas relacionadas con este servicio no dude en llamar al Call Center de Caja Los Andes al teléfono 600 510 00 00 de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas o al centro de atención al cliente de BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A. al teléfono 800 362 100 o desde celulares al (56 2) 24293507, donde un ejecutivo especializado lo atenderá de Lunes a Viernes de 9:00 a 19:00 horas, excepto festivos. Para consultas a través de correo electrónico escribir a: servicio.cliente@cardif.cl.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Por este mismo acto, autorizo expresamente a mi empleador o institución financiera o de previsión social según corresponda para que la prima de este seguro se descuente de mi remuneración mensual y la entere en la CCAF de los Andes quien se encargará de su recaudación. Autorizo a CCAF de los Andes para informar de esta autorización a mi empleador o institución financiera o de previsión social según corresponda. La presente autorización subsistirá mientras se mantenga vigente este seguro."

Todos los mandatos que el afiliado y sus codeudores, han otorgado a La Caja en virtud del presente instrumento, han sido extendidos en forma voluntaria. El afiliado expresa que todos ellos han expresado fielmente sus finalidades y que constan de las cláusulas del presente instrumento. El afiliado declara haber recibido de parte de La Caja, en forma cabal y oportuna, toda la información necesaria acerca de los mandatos entregados, los que para todos los efectos legales son otorgados en interés conjunto del afiliado, de La Caja y de la compañía. Para efectos de rendir cuenta de los referidos mandatos y, además para transmitir toda la información necesaria durante la vigencia del presente contrato, el afiliado autoriza a la Caja para efectuar las comunicaciones a través del siguiente medio:

• Al Correo Electrónico: _____

• En la Sucursal Virtual: _____

Firma Asegurado

Timbre del Ejecutivo y Fecha

Huella Digital

NORMATIVA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO

ANEXO A SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA SEGURO DE DESEMPLEO CRÉDITOS DE CONSUMO CCAF DE LOS ANDES:

Información de las comisiones (Circular nº 2123)

De acuerdo a lo instruido en la circular N° 2123 de fecha de 22 de octubre de 2013 de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), le informamos que las comisiones pagadas por compañía BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A. respecto de la prima pagada por usted por su póliza N° 119117363 son las siguientes:

- Comisión del Contratante por Recaudación: 5,85% (Exento) Sobre la prima cliente Neta, Neta de Anulaciones y Devoluciones.
- Comisión del Contratante por Uso de Canal:
 - a) Uso de canales de atención: 2,14% (IVA incluido) sobre la prima cliente Neta, Neta de Anulaciones y Devoluciones más \$200 pesos (más IVA) por venta
 - b) Derecho de Distribución: Comisión por uso de canal de distribución, variable y eventual, calculada sobre el volumen de ventas de un conjunto de productos que incluyen el presente seguro [cuyo monto total no se encuentra determinado en esta fecha ni puede atribuirse a uno de esos productos en forma individual ni en forma exclusiva].
- Comisión del Corredor: 0,85% (IVA Incluido) Sobre la prima cliente Neta, Neta de Anulaciones y Devoluciones.

Se deja constancia que Caja de los Andes no comercializa, no intermedia, ni promueve seguros.