

Hoja Resumen
SEGURO COLECTIVO DE DESGRAVAMEN
E INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS
PARA SEGMENTO TRABAJADORES

Nombre del Titular: _____

Fecha: _____

Producto:

Para facilitar la comprensión de las principales características del Seguro de Desgravamen e Invalidez permanente dos tercios para segmento trabajadores que se le presenta en la siguiente propuesta, adjuntamos un breve resumen de las coberturas que entrega. El detalle completo de las mismas se encuentra en la POL 220130359 y CAD 220130624 cuyos textos podrá revisar en la página web www.cmfchile.cl, así como en las Condiciones Particulares.

Resumen de las Coberturas y Características del Seguro de Desgravamen

Coberturas: Se entiende por cobertura el riesgo que la compañía de seguros asume por su cuenta en caso de siniestro, si es que se cumplen con los requisitos establecidos en la póliza.

Cobertura	Monto cubierto por la Compañía
Desgravamen	La compañía pagará el saldo insoluto del crédito al último día del mes inmediatamente anterior a la fecha del fallecimiento del deudor. Suponiendo un servicio regular de la deuda. Sin embargo el capital máximo a indemnizar no podrá superar el 100% del saldo insoluto de la deuda.
Invalidez Permanente 2/3	La compañía pagará el saldo insoluto del crédito al último día del mes inmediatamente anterior a la fecha en que se dictamine la invalidez permanente 2/3. Suponiendo un servicio regular de la deuda. Sin embargo el capital máximo a indemnizar no podrá superar el 100% del saldo insoluto de la deuda.

Exclusiones: Se encuentran detalladas en las Condiciones Generales que ampara la cobertura de la póliza y cláusula adicional.

Condiciones de Asegurabilidad:

Cobertura	Edad mínima Ingreso	Edad máxima Ingreso	Edad máxima Permanencia
Desgravamen	18 años	80 años y 364 días	85 años y 364 días
Invalidez permanente 2/3 Hombres	18 años	64 años y 364 días	64 años y 364 días
Invalidez permanente 2/3 Mujeres	18 años	59 años y 364 días	59 años y 364 días

Costo del seguro: La prima es mensual por asegurado y se calculará en función del capital inicial del crédito de acuerdo a la siguiente tabla:

Cobertura	Tasa Neta ‰	IVA ‰	Tasa Bruta ‰
Desgravamen	0,79650	0,000	0,79650
ITP 2/3	0,05786	0,01099	0,06885
Total ‰	0,85436	0,01099	0,86535

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 de Vida S.A. al teléfono 800 362 100 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.

**SOLICITUD DE INGRESO A LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE DESGRAVAMEN
E INVALIDEZ 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 NAC.	SEXO (M ó F):		CELULAR:
CORREO ELECTRONICO			
Autorizo que toda comunicación y notificación que digan relación con el presente seguro pueda ser enviada al correo electrónico antes señalado y/o a través de SMS al celular indicado. SI _____ NO _____			
Nº PÓLIZA	COBERTURA DESDE FECHA OTORGAMIENTO CRÉDITO	COBERTURA HASTA FECHA VENCIMIENTO CRÉDITO	
219111384			

COBERTURA, CAPITAL ASEGURADO Y PRIMA

1. COBERTURA: FALLECIMIENTO E INVALIDEZ 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 0,86535% POR EL MONTO INICIAL DE LA DEUDA (PRIMA INCLUYE IVA)
5. CAPITAL MÁXIMO ASEGURADO: UF 1.000

BENEFICIARIO SEGURO DE DESGRAVAMEN E INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS	% DEL CAPITAL
CAJA DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR DE LOS ANDES, RUT 81.826.800-9	100%

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA DE DESGRAVAMEN E INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS SEGÚN POL 220130359 Y CAD 220130624

EN VIRTUD DE ESTE PLAN DE SEGURO SEGÚN LA COBERTURA DE DESGRAVAMEN E INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO AL BENEFICIARIO, PREVIA DEDUCCIÓN DE CUALQUIERA OBLIGACIÓN PENDIENTE RELACIONADA CON ESTA PÓLIZA A FAVOR DE LA COMPAÑÍA

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 INTELECTUAL, A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE (*), PARA EL CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS. SUPONIENDO UN SERVICIO REGULAR DE LA DEUDA, CON UN MÁXIMO DE 2 CUOTAS EN MORA. 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 O POR EL PAGO ANTICIPADO DE LA COBERTURA DE INCAPACIDAD PERMANENTE 2/3.

(*) APLICA SIEMPRE Y CUANDO LA INVALIDEZ SE PRODUZCA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA SOLICITUD.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE DESGRAVAMEN

LA COBERTURA QUE OTORGA ESTA PÓLIZA NO CONTEMPLA EXCLUSIONES, A MENOS QUE EL FALLECIMIENTO OCURRA:

1º.- POR SUICIDIO O CONDENACIÓN CAPITAL, O SI LA PERDIERE EN DUELO O EN OTRA EMPRESA CRIMINAL, O SI FUERE MUERTO POR SUS HEREDEROS. TAMPOCO SI EL QUE RECLAMA LA CANTIDAD ASEGURADA FUERE AUTOR O CÓMPlice DE LA MUERTE DE LA PERSONA CUYA VIDA HA SIDO ASEGURADA. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, EL ASEGURADOR PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO AL BENEFICIARIO, SI EL FALLECIMIENTO OCURRIERA COMO CONSECUENCIA DE SUICIDIO, SIEMPRE QUE HUBIERE TRANSCURRIDO UN AÑO DESDE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO, O DE HABER ESTADO VIGENTE EL SEGURO POR IGUAL PLAZO EN VIRTUD DE SUCESIVAS RENOVACIONES.

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.

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.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS

SE EXCLUYE DE SU COBERTURA LA INVALIDEZ 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) 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.

D) 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.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

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

CARENCIA

NO CONTEMPLA CARENCIA.

PROCEDIMIENTO PARA DENUNCIAS DE SINIESTROS

PRODUCIDO UN SINIESTRO, EL ASEGURADO O RECLAMANTE, SEGÚN CORRESPONDA, DEBERÁ COMUNICARLO POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA TAN PRONTO SEA POSIBLE UNA VEZ TOMADO CONOCIMIENTO DEL MISMO, EMPLEANDO PARA TAL EFECTO UN FORMULARIO DE DENUNCIO DE SINIESTROS DISPONIBLE EN LAS SUCURSALES DE CAJA LOS ANDES. NO OBSTANTE, SE ESTABLECE UN PLAZO DE 180 DÍAS CORRIDOS, CONTADOS DESDE QUE EL BENEFICIARIO O INTERESADO HAYAN TOMADO CONOCIMIENTO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, EN TANTO ESTE PLAZO SEA SUPERIOR AL PRIMERO.

LOS RECLAMANTES PODRÁN ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN DE SINIESTROS DIRECTAMENTE EN LAS OFICINAS DE 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 DÍA SÁBADO, DOMINGO O FESTIVO, SE ENTENDERÁ PRORROGADO PARA EL PRIMER DÍA HÁBIL SIGUIENTE. EL ENVÍO DE LA DOCUMENTACIÓN A LA COMPAÑÍA SERÁ IGUALMENTE VÁLIDO Y EFICAZ SI SE UTILIZAN MEDIOS ELECTRÓNICOS DE CONEXIÓN DIRECTA U OTROS ANÁLOGOS.

SERÁ CONSIDERADA COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, LA FECHA DE FALLECIMIENTO INDICADA EN EL RESPECTIVO CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN. SERÁ CONSIDERADA COMO FECHA DE OCURRENCIA DE INVALIDEZ DEL ASEGURADO, LA FECHA DE INDICADA EN EL CERTIFICADO DE LA COMISIÓN MÉDICA.

ANTECEDENTES PARA EL PAGO:

PARA TENER DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN SE 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 DESGRAVAMEN:

- 1.- FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS FIRMADO POR EL RECLAMANTE INDICANDO PÓLIZA Y COBERTURA SINIESTRADA.
- 2.- CERTIFICADO ORIGINAL DE DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO O FOTOCOPIA LEGALIZADA, INDICANDO LA CAUSA DE MUERTE.
- 3.- COPIA DEL PARTE POLICIAL EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.
- 4.- TABLA DE DESARROLLO DE LA DEUDA (CRÉDITO) O CERTIFICADO DE DEUDA O ESTADO DE LA CUENTA, SEGÚN CORRESPONDE.
- 5.- PAGARÉ DEL CRÉDITO U OTRO DOCUMENTO QUE LA COMPAÑÍA ESTIME NECESARIO PARA ACREDITAR LA VIGENCIA DE LA OPERACIÓN.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE 2/3:

- 1.- FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS FIRMADO POR EL ASEGURADO INDICANDO NÚMERO DE PÓLIZA Y COBERTURA SINIESTRADA.
- 2.- FOTOCOPIA DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO, POR AMBOS LADOS.
- 3.- CERTIFICADO DE "DICTAMEN (EJECUTARIADO) DE INVALIDEZ TRABAJADOR AFILIADO" EMITIDO POR LA COMISIÓN MÉDICA DE AFP QUE DETERMINE LA CALIDAD DE INVALIDEZ PERMANENTE 2/3. DICTAMEN EJECUTARIADO DE INVALIDEZ OTORGADO POR LA RESPECTIVA COMISIÓN MÉDICA (CENTRAL O REGIONAL), NOMBRADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES. EN EL CASO DE NO CONTAR CON EL DICHO CERTIFICADO O AL PRESENTAR DICTAMEN EMITIDO POR COMPIN, CAPREDENA, DIPRECA O MUTUALES, SE DEBE PRESENTAR:

-INFORME DEL MÉDICO TRATANTE POR INVALIDEZ POR CADA PATOLOGÍA COMPLETADO POR MÉDICO ESPECIALISTA

- EXÁMENES QUE FUNDAMENTAN EL DIAGNÓSTICO
 - FICHA CLÍNICA, SI HA HABIDO HOSPITALIZACIÓN POR EL INTERMEDIO
- 4.- TABLA DE DESARROLLO DE LA DEUDA, EN EL CUAL SE PUEDA IDENTIFICAR EL TIPO DE CRÉDITO, NOMBRE Y RUT DEL ASEGURADO FALLECIDO.
 - 5.- SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y FORMULARIO DE DPS FIRMADO POR EL ASEGURADO.
 - 6.- HISTORIAL MÉDICO DE PRESTACIONES DE FONASA Y/O ISAPRE, DE 2 O 3 AÑOS ANTES DE VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO.

NOTA: LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR CUALQUIER OTRO ANTECEDENTE QUE ESTIME NECESARIO PARA PODER REALIZAR LA LIQUIDACIÓN 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 EMITIR LA CORRESPONDIENTE RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN O RECHAZO DE LA INDEMNIZACIÓN. EN CASO DE APROBACIÓN DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, LA COMPAÑÍA DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PLAZO DE 6 DÍAS CONTADOS DESDE LA NOTIFICACIÓN DE DICHA RESOLUCIÓN.

TASA POR MIL MENSUAL

0,86535‰

ENTIDAD	NOMBRE	RUT	DIRECCION
COMPAÑÍA	BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A	96.837.630-6	AVDA. VITACURA Nº 2670, LAS CONDES, PISO 10
CONTRATANTE	CAJA DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR DE LOS ANDES	81.826.800-9	GENERAL CALDERON 121, PISO 10, PROVIDENCIA
CORREDOR	CORREDORES DE SEGUROS LA CÁMARA LIMITADA	76.008.701-7	PEDRO DE VALDIVIA Nº1307, PROVIDENCIA

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 DESCRITO. LOS DATOS QUE AUTORIZO A TRATAR, SON LOS CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD, Y AQUELLOS 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; (VI) 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].

AUTORIZACIÓN PAGO DE PRIMA

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 Nº 219111384 Y EN LAS CONDICIONES GENERALES

DEPOSITADAS EN LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS BAJO EL CÓDIGO POL 220130359 y CAD 220130624 PARA LAS COBERTURAS DE DESGRAVAMEN E INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS, RESPECTIVAMENTE.

EL VALOR DE LA PRIMA SE DESCONTARÁ DE LA REMUNERACIÓN MENSUAL O DE LA PENSIÓN DEL ASEGURADO, SEGÚN CORRESPONDA.

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.

Firma del Asegurado

IMPORTANTE

1.- LOS CRÉDITOS CONTRATADOS POR LA C.C.A.F. DE LOS ANDES SE ENCUENTRAN CUBIERTOS POR UN SEGURO DE DESGRAVAMEN COLECTIVO, CONTRATADO CON BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A., POL 220130359, CUYO COSTO ES DE 0,79650 POR MIL (EXENTO DE IVA), APLICADO SOBRE EL CAPITAL INICIAL. ADEMÁS, SOLO PARA EL SEGMENTO DE TRABAJADORES SE INCLUYE LA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE 2/3, HASTA LOS 59 AÑOS Y 364 DIAS PARA LAS MUJERES Y LOS 64 AÑOS Y 364 DIAS PARA LOS HOMBRES, CUYA PRIMA ADICIONAL ES DE 0,06885 POR MIL (IVA INCLUIDO), CAD 220130624, APLICADA SOBRE AL CAPITAL INICIAL DE LA RESPECTIVA OBLIGACIÓN (PRIMA INCLUYE IVA). DICHAS PRIMAS, 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 PERMANENTE EN EL CASO DE LOS TRABAJADORES, DEBIDAMENTE CERTIFICADA POR LOS ORGANISMOS QUE CORRESPONDA.

2.- LA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS SE ENCONTRARÁ VIGENTE SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO TENGA UNA EDAD INFERIOR A 64 AÑOS Y 364 DIAS SI ES HOMBRE O 59 AÑOS Y 364 DIAS 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 220130359.

3.- BNP PARIBAS CARDIF 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 CLIENTES. 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 BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A O A TRAVÉS DE LA PAGINA WEB WWW.DDACHILE.CL.

4.- IMPORTANTE: USTED ESTÁ SOLICITANDO SU INCORPORACIÓN COMO ASEGURADO A UNA PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR CCAF LOS ANDES, DIRECTAMENTE CON LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

5.- LA PRESENTE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN ES ACEPTADA DE INMEDIATO POR BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A. ESTE INSTRUMENTO HACE LAS VECES DE CERTIFICADO DE COBERTURA, PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES A QUE HUBIERE LUGAR.

6.- ESTA PÓLIZA DE SEGUROS NO COMTEMPLA DEDUCIBLES.

7.- 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 BNP PARIBAS CARDIF 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 BNP PARIBAS CARDIF 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 ARTÍCULO 2169 DEL CÓDIGO CIVIL.

8.- ESTE CONTRATO NO CUENTA CON SELLO SERNAC.

9.- PERIODO DE COBERTURA PARA CADA ASEGURADO: 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 MENSUAL SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE MIENTRAS SE ENCUENTRE EL ASEGURADO AL DÍA EN EL PAGO MENSUAL DE SU PRIMA Y EN TANTO EL ASEGURADO O ASEGURADOR NO HAYAN PUESTO TÉRMINO A LA COBERTURA, Y SE MANTENDRÁ VIGENTE HASTA LA TOTAL EXTINCIÓN DEL CRÉDITO.

10.- VIGENCIA DE LA PÓLIZA N° 219111384: LA PÓLIZA TENDRÁ UNA VIGENCIA DE 1 AÑO, CONTADO DESDE LAS 00:00 HORAS DEL 01/11/2019 Y SE RENOVARÁ AUTOMATICAMENTE POR UN NUEVO PERIODO DE UN AÑO.

11.- EL SEGURO TERMINARÁ AL VENCIMIENTO DEL PLAZO ESTABLECIDO PARA SU DURACIÓN SEGÚN LO DETALLADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (ARTÍCULO 3: VIGENCIA DE LA



BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A.
RUT: 96.837.630-6



CORREDORA DE SEGUROS
LA CAMARA LIMITADA

FIRMA ASEGURADO

ANEXO A SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA
SEGURO COLECTIVO DE DESGRAVAMEN E INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS
PARA SEGMENTO TRABAJADORES

INFORMACIÓN DE LAS COMISIONES
Circular N° 2123
(Superintendencia de Valores y Seguros)

De acuerdo a lo instruido en la circular N° 2123 de fecha de 22 de Octubre de 2013 la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS), le informamos que las comisiones pagadas por BNP Paribas Cardif Seguros de Vida S.A. respecto de la prima pagada por usted por su póliza N° 219111384 son las siguientes:

INFORMACIÓN DE LAS COMISIONES PAGADAS POR COLOCACIÓN DE ESTE SEGURO

Comisión del Contratante por Recaudación

- Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes
- Rut: 81.826.800-9
- 29,49% (Exento de IVA) de la prima neta recaudada, neta de devoluciones y anulaciones.

Comisión del Contratante por Uso de Canal

- Caja de Compensación de Asignación Familiar Los Andes
- Rut: 81.826.800-9
- 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 de Intermediación

- Corredores de Seguros La Cámara Limitada
- Rut: 76.008.701-7
- 0% de la prima neta recaudada, neta de devoluciones y anulaciones.

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

