

Hoja Resumen
SEGURO COLECTIVO DE DESGRAVAMEN
PARA SEGMENTO PENSIONADOS

Nombre del Titular: _____

Fecha: _____

Producto:

Para facilitar la comprensión de las principales características del Seguro de Desgravamen para segmento pensionados 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 cuyos textos podrá revisar en la página web www.svs.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. |

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

Condiciones de Asegurabilidad

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 80 años y 364 días.
- Edad máxima de permanencia: 85 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 | 1,19925 | 0,00000 | 1,19925 |
| Total ‰ | 1,19925 | 0,00000 | 1,19925 |

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
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: |
| | | RECOLETA | CELULAR: |
| FECHA NAC. | | SEXO (M ó F) | |

CORREO ELECTRÓNICO:

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 |
| 219111385 | | |

COBERTURA, CAPITAL ASEGURADO Y PRIMA

1. COBERTURA: FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.
2. CAPITAL ASEGURADO INICIAL: UF _____.
3. CAPITAL ASEGURADO INICIAL: \$ _____.
4. VALOR DE LA PRIMA MENSUAL: SE CALCULARÁ MULTIPLICANDO LA TASA MENSUAL DE 1,19925% POR EL MONTO INICIAL DE LA DEUDA.(EXENTO DE IVA).
5. CAPITAL MAXIMO ASEGURADO UF 1000

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

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO SEGÚN POL 220130359

EN VIRTUD DE ESTE PLAN DE SEGURO DE DESGRAVAMEN, 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, 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 CRÉDITO O JUNTO CON LA MUERTE DEL DEUDOR SI ÉSTA OCURRE ANTES.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO

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.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

| COBERTURA | EDAD MÍNIMA DE INGRESO | EDAD MÁXIMA DE INGRESO | EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA |
|---------------|------------------------|------------------------|----------------------------|
| FALLECIMIENTO | 18 AÑOS | 80 AÑOS Y 364 DÍAS | 85 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 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.

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, LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- 1.- FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS FIRMADO POR EL RECLAMANTE INDICANDO PÓLIZA Y COBERTURA SINIESTRADA.
- 2.- CERTIFICADO ORIGINAL DE DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO, INDICANDO LA CAUSA DE MUERTE.
- 3.- TABLA DE DESARROLLO DE LA DEUDA, EN EL CUAL SE PUEDA IDENTIFICAR EL TIPO DE CRÉDITO, NOMBRE Y RUT DEL ASEGURADO FALLECIDO.
- 4.- COPIA DEL PARTE POLICIAL EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.
- 5.- PAGARÉ DEL CRÉDITO U OTRO DOCUMENTO QUE LA COMPAÑÍA ESTIME NECESARIO PARA ACREDITAR LA VIGENCIA DE LA OPERACIÓN.

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

1,19925‰

| ENTIDAD | NOMBRE | RUT | DIRECCIÓN |
|-------------|--|--------------|--|
| COMPAÑÍA | BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A. | 96.837.630-6 | AVDA. VITACURA N° 2670, LAS CONDES. |
| CONTRATANTE | CAJA DE COMPENSACION DE LOS ANDES | 81.826.800-9 | GENERALCALDERÓN 121, PISO 7, PROVIDENCIA |
| CORREDORA | CORREDORES DE SEGUROS LA CÁMARA LIMITADA | 76.008.701-7 | PEDRO DE VALDIVIA N°1307, PROVIDENCIA |

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 O AL CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA 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.

AUTORIZACIÓN PAGO 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 N° 219111385 Y EN LAS CONDICIONES GENERALES DEPOSITADAS EN LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS BAJO EL CÓDIGO POL 220130359 PARA LA COBERTURA DE DESGRAVAMEN

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
Seguro Colectivo de Desgravamen

IMPORTANTE

1.- LOS CRÉDITOS OTORGADOS 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 1,19925 POR MIL (EXENTO DE IVA), 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.- 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.

3.- **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.

4.- 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.

5.- ESTA POLIZA DE SEGUROS NO CONTEMPLA DEDUCIBLES.

6.- 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.

7.- ESTE CONTRATO NO CUENTA CON SELLO SERNAC.

8.- 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.

9.- VIGENCIA DE LA PÓLIZA Nº 219111385: LA PÓLIZA TENDRÁ UNA VIGENCIA DE UN AÑO, CONTADO DESDE LAS 00:00 HORAS DEL 01/11/2019 Y SE RENOVARÁ AUTOMATICAMENTE POR UN NUEVO PERIODO DE UN AÑO.

10.-EL SEGURO TERMINARÁ AL VENCIMIENTO DEL PLAZO ESTABLECIDO PARA SU DURACIÓN SEGÚN LO DETALLADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (ARTÍCULO 3: VIGENCIA DE LA PÓLIZA), POR EL CUMPLIMIENTO DE LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA INDICADA EN LA PÓLIZA O POR LA PÉRDIDA DE LA CALIDAD DE ASEGURADO DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 5 DE LAS CONDICIONES PARTICULARES (ASEGURADOS). 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 SEGÚN LAS SIGUIENTES CAUSALES: 1. SI EL INTERÉS ASEGURABLE NO LLEGARE A EXISTIR O CESARE DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO. 2. POR FALTA DEL PAGO DE LA PRIMA EN LOS TÉRMINOS INDICADOS EN EL ARTÍCULO 7 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POL 220130359.



BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE
VIDA S.A.



Corredores de Seguros La Cámara
Limitada

FIRMA ASEGURADO

ANEXO A SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA
SEGURO COLECTIVO DE DESGRAVAMEN
SEGMENTO PENSIONADOS

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° 219111385 son las siguientes:

INFORMACIÓN DE LAS COMISIONES PAGADAS POR COLOCACIÓN DE ESTE SEGURO

Comisión de Recaudación

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

Comisión de Uso de Canal

- Caja de Compensación de Asignación Familiar Los Andes
- Rut: 81.826.800-9
- Uso de canales de atención: 5,714% (IVA incluido) sobre la prima neta recaudada, neta de devoluciones y anulaciones
- 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.

