

HOJA RESUMEN
SEGURO DESGRAVAMEN Y HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD TARJETA LIDER BCI

CONTRATANTE PÓLIZA COLECTIVA: **SERVICIOS FINANCIEROS Y ADMINISTRACIÓN DE CRÉDITOS COMERCIALES S.A, RUT: 77.085.380-K**
 CORREDOR: **SSFF CORREDORES DE SEGUROS Y GESTIÓN FINANCIERA LIMITADA. RUT: 76.196.870-K**
 COMPAÑÍA ASEGURADORA: **BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A., RUT: 96.837.630-6.**

ASEGURADO: *[Nombre cliente, Variable]*
 RUT: *[Rut cliente, Variable]*
 FECHA DE NACIMIENTO: *[Fecha nacimiento cliente, Variable]*

Nº DE PÓLIZA COLECTIVA DESGRAVAMEN : 222071581
 VIGENCIA PÓLIZA COLECTIVA DESGRAVAMEN : DESDE EL 02/01/2024 HASTA EL 30/06/2024, RENOVABLE

CÓDIGOS EN DEPÓSITO COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO (CMF)

		PRIMA NETA MENSUAL	IVA	PRIMA BRUTA MENSUAL
DESGRAVAMEN	POL220130205	UF 0,0403	UF 0,0000	UF 0,0403
HOSPITALIZACIÓN	CAD320131098	UF 0,0145	UF 0,0027	UF 0,0172
TOTAL		UF 0,0548	UF 0,0027	UF 0,0575

PRIMA BRUTA MENSUAL TOTAL: UF 0,0575
 FORMA DE PAGO DE LA PRIMA: CARGO A LA TARJETA DE CRÉDITO LIDER
 FECHA INICIO COBERTURA INDIVIDUAL: *[Fecha Emisión Documento, Variable]*

COBERTURAS:

COBERTURA	CAPITAL ASEGURADO
DESGRAVAMEN (POL220130205)	SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA DE LA TARJETA DE CRÉDITO LIDER BCI DEL ASEGURADO A LA FECHA DE SU FALLECIMIENTO, CON UN TOPE DE UF 500. EL CAPITAL ASEGURADO NO CUBRIRÁ SUPERAVANCES Y CRÉDITOS EN DINERO DE LA TARJETA DE CRÉDITO DEL TITULAR (A EXCEPCIÓN DEL AVANCE EN EFECTIVO). TAMPOCO SE CONSIDERA COMO SALDO INSOLUTO LOS INTERESES, MULTAS U OTROS MONTOS COBRADOS CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE FALLECIMIENTO.
HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD (CAD320131098)	MONTO DE LA O LAS CUOTAS MENSUALES DE LA TARJETA DE CRÉDITO LIDER BCI DEL ASEGURADO, POR DIAS DE HOSPITALIZACION, SEGÚN TABLA Y CONDICIONES DEL SEGURO

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO ANTES DESCRITO AL BENEFICIARIO DE ESTE SEGURO, UNA VEZ ACREDITADO EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, SI OCURRE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO Y POR CAUSA NO EXCLUIDA EN ESTE CONTRATO DE SEGURO. SI EL ASEGURADO SOBREVIVE A LA FECHA DE TÉRMINO DE SU COBERTURA INDIVIDUAL EN EL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO, NO TENDRÁ DERECHO A INDEMNIZACIÓN ALGUNA.

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN, POR CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD, DEL ASEGURADO TITULAR, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO INDICADO PARA ESTA COBERTURA, CUANDO ÉSTE SEA INTERNADO EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO POR CUALQUIER CAUSA DERIVADA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE, SIEMPRE QUE SE CUMPLA CON EL PLAZO MÍNIMO DE HOSPITALIZACIÓN INDICADO Y POR CAUSA NO EXCLUIDA EN ESTE CONTRATO DE SEGURO.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD SEGURO DESGRAVAMEN:

PARA EL ASEGURADO

- 1) LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO ES DE 18 AÑOS.
- 2) LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO ES DE 84 AÑOS Y 364 DÍAS.
- 3) LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ES DE 89 AÑOS Y 364 DÍAS.

CARENCIAS: NO APLICAN

DEDUCIBLES: 10 DÍAS (HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD)

EXCLUSIONES:

DESGRAVAMEN (POL220130205): ESTE SEGURO NO CUBRE EL RIESGO DE MUERTE SI EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO FUERE CAUSADO POR ALGUNA DE LAS SITUACIONES ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 4° DE LA POL220130205.

HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD (CAD320131098): ESTA COBERTURA ADICIONAL NO OPERARÁ CUANDO LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO SE PRODUZCA A CONSECUENCIA DE ALGUNA DE LAS SITUACIONES DESCRITAS EN EL ARTÍCULO 2° DE LA CAD320131098.

SINIESTROS: EL FALLECIMIENTO O LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO DEBERÁ SER NOTIFICADO A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA O EN LAS OFICINAS DEL CORREDOR DE SEGUROS O EN CUALQUIER SUCURSAL DE LIDER BCI SERVICIOS FINANCIEROS, DENTRO DE UN PLAZO MÁXIMO DE 90 DÍAS DESPUÉS DESDE QUE FUE POSIBLE SU NOTIFICACIÓN UNA VEZ TOMADO CONOCIMIENTO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO. ADEMÁS, EL O LOS BENEFICIARIOS DEBERÁ PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA PARA CADA COBERTURA EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO.

EN CASO DE REQUERIRSE MAYORES ANTECEDENTES, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DISPONDRÁ LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO CONFORME AL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN ESTABLECIDO EN EL D.S. N°1055, DE 2012, SOBRE REGLAMENTO DE LOS AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS, U OTRO QUE LO REEMPLACE O MODIFIQUE.

PARA CONSULTAS SOBRE TU SEGURO: EN LAS SUCURSALES DE LIDER BCI SERVICIOS FINANCIEROS O AL FONO 600 600 57 57

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO ES UN RESUMEN DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE SU SEGURO, EL DETALLE DE LAS CONDICIONES DE SEGUROS ESTÁN EN EL CERTIFICADO DE COBERTURA ADJUNTO. EN NINGÚN CASO ESTO REEMPLAZA A LA PÓLIZA.

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE DESGRAVAMEN Y HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD TARJETA LIDER BCI Y CERTIFICADO DE COBERTURA

LA PRESENTE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL SEGURO CONSTITUYE LA OFERTA ESCRITA FORMULADA A BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A. POR EL ASEGURADO, PARA CONTRATAR LOS SEGUROS QUE SE DESCRIBEN EN ESTE DOCUMENTO. ESTA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL SEGURO ES DE ACEPTACIÓN INMEDIATA POR PARTE DE BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A., POR LO QUE EN LA MEDIDA QUE SEA FIRMADA POR EL ASEGURADO ESTA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL SEGURO SERÁ A LA VEZ CERTIFICADO DE COBERTURA.

ANTECEDENTES DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA COLECTIVA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: **SERVICIOS FINANCIEROS Y ADMINISTRACIÓN DE CRÉDITOS COMERCIALES S.A**
 RUT: 77.085.380-K
 DIRECCIÓN: AVENIDA VITACURA 2939, PISO 14, VITACURA

ANTECEDENTES DEL CORREDOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: SSFF CORREDORES DE SEGUROS Y GESTIÓN FINANCIERA LIMITADA.
 RUT: 76.196.870-K
 DIRECCIÓN: AVENIDA VITACURA 2939, PISO 14, VITACURA

ANTECEDENTES DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A.
 RUT: 96.837.630-6
 DIRECCIÓN: AV. VITACURA N°2670, PISO 14, COMUNA DE VITACURA. REGIÓN METROPOLITANA

ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

NOMBRE: *[Nombre cliente, Variable]*
 RUT: *[Rut cliente, Variable]*
 FECHA DE NACIMIENTO: *[Fecha nacimiento cliente, Variable]*
 DIRECCIÓN: *[Dirección particular cliente, Variable]*

IMPORTANTE: "POR MEDIO DE ESTA PROPUESTA USTED SE ESTÁ INCORPORADO COMO ASEGURADO A UNA PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR "SERVICIOS FINANCIEROS Y ADMINISTRACIÓN DE CRÉDITOS COMERCIALES S.A" DIRECTAMENTE CON "BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A."

HAY CONTRATACIÓN COLECTIVA DE SEGUROS EN AQUELLOS CASOS EN QUE MEDIANTE UNA SOLA PÓLIZA SE CUBRA A UN GRUPO DETERMINADO O DETERMINABLE DE PERSONAS VINCULADAS CON O POR EL CONTRATANTE

SEGURO DESGRAVAMEN

Nº DE PÓLIZA COLECTIVA	222071581
CÓDIGO CMF	DESGRAVAMEN (POL220130205) HOSPITALIZACIÓN (CAD320131098)
PRIMA BRUTA MENSUAL	DESGRAVAMEN (POL220130205) UF 0,0403 HOSPITALIZACIÓN (CAD320131098) UF 0,0172
PRIMA MENSUAL TOTAL	UF 0,0575
FORMA DE PAGO	LAS PRIMAS DEL SEGURO SE PAGARÁN CON CARGO A LA TARJETA DE CRÉDITO LIDER BCI, DE QUIEN EL ASEGURADO ES TITULAR, CONFORME A LOS TÉRMINOS QUE ESTABLECE EL CONTRATO DE APERTURA DE LA REFERIDA TARJETA.

VIGENCIA PÓLIZA COLECTIVA	DESDE EL 02/01/2024 Y HASTA EL 30/06/2024, RENOVABLE
FECHA INICIO COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO	[Fecha Emisión Documento, Variable]

COBERTURA Y CAPITAL ASEGURADO

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO AL BENEFICIARIO DEL SEGURO, UNA VEZ ACREDITADO EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, SI OCURRE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO Y POR CAUSA NO EXCLUIDA EN ESTE CONTRATO DE SEGURO. SI EL ASEGURADO SOBREVIVE A LA FECHA DE TÉRMINO DE SU COBERTURA INDIVIDUAL EN EL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO, NO TENDRÁ DERECHO A INDEMNIZACIÓN ALGUNA.

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO INDICADO PARA ESTA COBERTURA, CUANDO ÉSTE SEA INTERNADO EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO POR CUALQUIER CAUSA DERIVADA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE, SIEMPRE QUE SE CUMPLA CON EL PLAZO MÍNIMO DE HOSPITALIZACIÓN INDICADO Y POR CAUSA NO EXCLUIDA EN ESTE CONTRATO DE SEGURO.

DESGRAVAMEN (POL220130205): PARA ESTA COBERTURA EL CAPITAL ASEGURADO SERÁ EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA DE LA TARJETA DE CRÉDITO LIDER BCI DEL ASEGURADO A LA FECHA DE SU FALLECIMIENTO, **CON TOPE DE UF 500**. EL CAPITAL ASEGURADO NO CUBRIRÁ SUPERAVANCES Y CRÉDITOS EN DINERO DE LA TARJETA DE CRÉDITO DEL TITULAR (A EXCEPCIÓN DEL AVANCE EN EFECTIVO). TAMPOCO SE CONSIDERA COMO SALDO INSOLUTO LOS INTERESES, MULTAS U OTROS MONTOS COBRADOS CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE FALLECIMIENTO.

HOSPITALIZACIÓN (CAD320131098): PARA ESTA COBERTURA EL CAPITAL ASEGURADO SERÁ EL MONTO DE LA O LAS CUOTAS MENSUALES DE LA TARJETA DE CRÉDITO LIDER BCI DEL ASEGURADO, SEGÚN LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO, SEGÚN LA SIGUIENTE TABLA:

PAGO DE NÚMERO DE CUOTAS SEGÚN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	
PLAZO MÍNIMO DE HOSPITALIZACIÓN	Nº DE CUOTAS A PAGAR
De 10 a 30 días	1 cuota mensual
De 31 a 60 días	2 cuotas mensuales
De 61 a 90 días	3 cuotas mensuales
De 91 a 120 días	4 cuotas mensuales

EL PLAZO MÍNIMO DE HOSPITALIZACIÓN ES DE 10 DÍAS. SI LA HOSPITALIZACIÓN TUVIERE UNA DURACIÓN INFERIOR A ESTE PLAZO MÍNIMO DE HOSPITALIZACIÓN, NO OPERARÁ ESTA COBERTURA.

PARA EFECTOS DEL CÓMPUTO DEL PLAZO MÍNIMO DE HOSPITALIZACIÓN, SÓLO SE CONSIDERARÁ EL NÚMERO DE DÍAS EN QUE EL ASEGURADO PERMANEZCA EFECTIVAMENTE INTERNADO, DE MANERA CONTINUA E ININTERRUMPIDA, EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO, LO MISMO APLICARÁ PARA CONSIDERAR EL NÚMERO TOTAL DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN A INDEMNIZAR POR EL SEGURO.

ESTA COBERTURA TIENE UN TOPE DE INDEMNIZACIÓN DE UF 3,0 PARA CADA CUOTA MENSUAL. MÁXIMO DE 4 CUOTAS POR AÑO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA.

NOTA: SE CONSIDERARÁ DENTRO DE LA DEUDA, LOS COSTOS PAC, PAT, ETC., CUYAS CUOTAS CORRESPONDAN AL PERÍODO HASTA LA FECHA DE FACTURACIÓN.

TOPE DE EVENTOS: 1 EVENTO ANUAL.

ASEGURADOS:

DEUDORES DE LA TARJETA DE CRÉDITO LIDER BCI QUE SEAN TITULARES DE LA MISMA, PERSONAS NATURALES QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

BENEFICIARIOS:

PARA TODAS LAS COBERTURAS DE ESTE SEGURO, EL BENEFICIARIO SERÁ SERVICIOS FINANCIEROS Y ADMINISTRACIÓN DE CRÉDITOS COMERCIALES S.A., QUIEN ES EL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA COLECTIVA, EN SU CALIDAD DE ACREEDOR DE LA DEUDA DEL ASEGURADO.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD SEGURO DESGRAVAMEN:

PARA EL ASEGURADO

- 1) LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO ES DE 18 AÑOS.
- 2) LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO ES DE 84 AÑOS Y 364 DÍAS.
- 3) LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ES DE 89 AÑOS Y 364 DÍAS.

CARENCIAS: NO APLICAN

DEDUCIBLES: 10 DÍAS (HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD)

VIGENCIA DE LAS COBERTURAS INDIVIDUAL: PARA LOS ASEGURADOS QUE CUMPLAN CON LAS CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD Y QUE SE INCORPOREN A ESTE SEGURO, LA COBERTURA COMENZARÁ EN FORMA AUTOMÁTICA CON LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO A TRAVÉS DE LA FIRMA DE LA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN, Y SE MANTENDRÁ VIGENTE MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AL DÍA EN EL PAGO DE SU PRIMA Y EN TANTO EL ASEGURADO O LA COMPAÑÍA NO HAYAN PUESTO TÉRMINO A LA COBERTURA.

PRIMA: LA PRIMA A PAGAR POR EL ASEGURADO SERÁ MENSUAL Y CON CARGO A LA TARJETA DE CRÉDITO LIDER, DE QUIEN EL ASEGURADO ES TITULAR.

RETRACTO Y RENUNCIA DEL ASEGURADO: EL ASEGURADO PODRÁ RETRACTARSE DEL SEGURO, SIN EXPRESIÓN DE CAUSA NI PENALIZACIÓN ALGUNA, EN EL PLAZO DE 35 DÍAS CORRIDOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO. SOLICITADA LA RETRACTACIÓN SE ANULARÁ EL SEGURO, Y DE HABERSE COBRADO PRIMAS ÉSTAS SERÁN DEVUELTAS AL ASEGURADO EN SU CUENTA DE LA TARJETA DE CRÉDITO LIDER BCI, EN UN PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE LA SOLICITUD. ADEMÁS, LE INFORMAMOS QUE, CON POSTERIORIDAD AL PERÍODO DE RETRACTACIÓN, USTED COMO TITULAR DEL SEGURO PODRÁ RENUNCIAR AL SEGURO CONTRATADO, SIN NECESIDAD DE INDICAR MOTIVO, LO CUAL SE HARÁ EFECTIVO EL MISMO DÍA QUE SE SOLICITE LA RENUNCIA. LA RENUNCIA PODRÁ MANIFESTARSE POR ESCRITO, EN: CUALQUIER SUCURSAL DE LIDER BCI SERVICIOS FINANCIEROS, LLAMANDO AL 600 600 5757 O EN LA PÁGINA WEB WWW.TARJETALIDERBCI.CL.

IMPORTANTE: DEBIDO A QUE EL COBRO DE LA PRIMA CORRESPONDE A PRIMA VENCIDA, ES DECIR, A QUE EL COBRO DE LA PRIMA SE HACE CON POSTERIORIDAD A SU PERÍODO DE COBERTURA, NO CORRESPONDE DEVOLUCIÓN DE PRIMA EN CASO DE RENUNCIA.

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS: CON ARREGLO A LO DISPUESTO EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, ESPECÍFICAMENTE LO INDICADO EN EL ARTÍCULO 543, O CUALQUIER NORMA QUE LA MODIFIQUE O REEMPLACE, SOBRE MATERIA DE SEGUROS, CUALQUIER DIFICULTAD QUE SE SUSCITE ENTRE EL ASEGURADO, EL CONTRATANTE O EL BENEFICIARIO, SEGÚN CORRESPONDA, Y LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, QUE TENGA RELACIÓN CON LA VALIDEZ O INEFICACIA DEL CONTRATO, O CON MOTIVO DE LA INTERPRETACIÓN O APLICACIÓN DE SUS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES, SU CUMPLIMIENTO O SOBRE LA PROCEDENCIA Y MONTO DE UNA INDEMNIZACIÓN RECLAMADA, SERÁ RESUELTA POR UN ÁRBITRO ARBITRADOR, NOMBRADO DE COMÚN ACUERDO POR LAS PARTES CUANDO SURJA LA DISPUTA; SI NO HAY ACUERDO EN LA PERSONA DEL ÁRBITRO, ÉSTE SERÁ DESIGNADO POR LA JUSTICIA ORDINARIA. EN EL CASO DE DISPUTAS ENTRE EL ASEGURADO Y COMPAÑÍA ASEGURADORA, QUE SURJAN CON MOTIVO DE UN SINIESTRO CUYO MONTO SEA INFERIOR A 10.000 UNIDADES DE FOMENTO, EL ASEGURADO PODRÁ OPTAR POR EJERCER SU ACCIÓN ANTE LA JUSTICIA ORDINARIA.

SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR, CONFORME A LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LA LEY 19.496 SOBRE PROTECCIÓN A LOS DERECHOS DE LOS CONSUMIDORES, EL ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO, SIEMPRE TENDRÁN EL DERECHO A ACUDIR AL TRIBUNAL COMPETENTE, A FIN DE SER INDEMNIZADO DE TODO PERJUICIO ORIGINADO EN EL INCUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN CONTRAÍDA CON LA COMPAÑÍA ASEGURADORA. LO ANTERIOR ES APLICABLE CUANDO ELLO NO CORRESPONDA A LAS MATERIAS REFERIDAS EN EL PÁRRAFO PRECEDENTE.

CONFORME A LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LA LEY 19.496 SOBRE PROTECCIÓN A LOS DERECHOS DE LOS CONSUMIDORES, EL ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO, SIEMPRE TENDRÁN EL DERECHO A ACUDIR AL TRIBUNAL COMPETENTE, A FIN DE SER

INDEMNIZADO DE TODO PERJUICIO ORIGINADO EN EL INCUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN CONTRAÍDA CON LA COMPAÑÍA ASEGURADORA. LO ANTERIOR ES APLICABLE CUANDO ELLO NO CORRESPONDA A LAS MATERIAS REGULADAS EN EL ARTÍCULO 543 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

EXCLUSIONES:

DESGRAVAMEN (ARTÍCULO 4° DE LA POL220130205).

LA COBERTURA QUE OTORGA ESTA PÓLIZA NO CONTEMPLA EXCLUSIONES, A MENOS QUE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRODUZCA, A CONSECUENCIA DE EFECTOS DE GUERRA, DECLARADA O NO DECLARADA, INVASIÓN, ACCIÓN DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA.

HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD (ARTÍCULO 2° DE LA CAD320131098):

LA COBERTURA DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL NO OPERARÁ CUANDO LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO SE PRODUZCA A CONSECUENCIA DE:

- A) CUALQUIERA DE LAS EXCLUSIONES ESTABLECIDAS EN LA COBERTURA DE DESGRAVAMEN.
- B) SITUACIONES O ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR TALES CUALQUIERA ENFERMEDAD, PATOLOGÍA, INCAPACIDAD, LESIÓN, DOLENCIA, PADECIMIENTO O PROBLEMA DE SALUD EN GENERAL QUE AFECTE AL ASEGURADO Y QUE HAYA SIDO CONOCIDO O DIAGNOSTICADO, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE LA CONTRATACIÓN DE LA COBERTURA DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL.
- C) INTOXICACIÓN O ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LOS EFECTOS DE CUALQUIER NARCÓTICO A MENOS QUE HUBIESE SIDO ADMINISTRADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- D) LA CONDUCCIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO POR PARTE DEL ASEGURADO, ENCONTRÁNDOSE ÉSTE EN ESTADO DE EBRIEDAD, CONFORME A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA VIGENTE A LA FECHA DEL SINIESTRO. DICHA CIRCUNSTANCIA SE ACREDITARÁ MEDIANTE LA DOCUMENTACIÓN EXPEDIDA POR LOS ORGANISMOS CORRESPONDIENTES.
- E) ANOMALÍAS CONGÉNITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLA.
- F) HERNIAS Y SUS CONSECUENCIAS, SEA CUAL FUERE LA CAUSA DE QUE PROVENGAN.
- G) HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE EMBARAZO O MATERNIDAD, ALUMBRAMIENTO O LA PÉRDIDA QUE RESULTE DEL MISMO.
- H) EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA.
- I) CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA.
- J) CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD MENTAL O NERVIOSA.
- K) CURAS DE REPOSO.
- L) ENFERMEDADES DIRECTAS O DENOMINADAS OPORTUNISTAS O LESIONES SECUNDARIAS AL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
- M) HOSPITALIZACIÓN POR UN NÚMERO DE DÍAS INFERIOR AL PLAZO MÍNIMO DE HOSPITALIZACIÓN ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

PRESENTACIÓN DE SINIESTROS:

EL SINIESTRO DEBERÁ SER NOTIFICADO A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA O EN LAS OFICINAS DEL CORREDOR DE SEGUROS O EN CUALQUIER SUCURSAL DE LIDER BCI SERVICIOS FINANCIEROS, DENTRO DE UN PLAZO MÁXIMO DE 90 DÍAS DESPUÉS DESDE QUE FUE POSIBLE SU NOTIFICACIÓN UNA VEZ TOMADO CONOCIMIENTO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO. ADEMÁS, EL O LOS DENUNCIANTES DEBERÁN PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA A CONTINUACIÓN:

COBERTURA DESGRAVAMEN

- 1.- FORMULARIO DE DENUNCIO DE SINIESTRO FIRMADO POR EL RECLAMANTE.
- 2.- CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ORIGINAL DEL ASEGURADO, CON CAUSA DE MUERTE;
- 3.- FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO O CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL;
- 4.- ADICIONALMENTE, PARA LA LIQUIDACIÓN DE UN SINIESTRO, SERVICIOS FINANCIEROS GESTIONARÁ LA ENTREGA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA:
 - CERTIFICADO DE DEUDA EMITIDO POR EL EMISOR DE LA TARJETA DE CRÉDITO, CON LA DEUDA INSOLUTA.

COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

- 1.- FORMULARIO DE DENUNCIO DE SINIESTRO FIRMADO POR EL RECLAMANTE.
- 2.- CARNET DE ALTA MÉDICA O FACTURA HOSPITALARIA
- 3.- FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO O CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL;
- 4.- COPIA DEL ESTADO DE CUENTA TARJETA LIDER BCI CON FECHA DE EMISIÓN INMEDIATAMENTE SIGUIENTE A LA HOSPITALIZACIÓN
- 5.- PARA EL PAGO DE LAS CUOTAS SIGUIENTES, SE DEBERÁ ADJUNTAR LOS SIGUIENTES ESTADOS DE CUENTA DE LA TARJETA LIDER BCI

NOTA: LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE PEDIR CUALQUIER OTRO ANTECEDENTE QUE SE ESTIME CONVENIENTE PARA PODER REALIZAR ESTA LIQUIDACIÓN.

SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR, EN CASO DE REQUERIRSE MAYORES ANTECEDENTES, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DISPONDRÁ LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO CONFORME AL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN ESTABLECIDO EN EL D.S. N°1055, DE 2012, SOBRE REGLAMENTO DE LOS AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS, U OTRO QUE LO REEMPLACE O MODIFIQUE.

LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO: EN CASO DE SINIESTRO, LA COMPAÑÍA PODRÁ PRACTICAR UNA LIQUIDACIÓN DIRECTAMENTE O A TRAVÉS DE UN LIQUIDADOR Y, EN CUALQUIER CASO, EL ASEGURADO, INTERESADO O BENEFICIARIO PODRÁ EJERCER LAS FACULTADES QUE SOBRE ESTA MATERIA ESTABLECE EL REGLAMENTO DE AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS (DS 1055, 2012).

NOTA: SE INCLUYE ANEXO RELATIVO A “PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS”.

TÉRMINO ANTICIPADO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL SEGURO. EL ASEGURADO PODRÁ DAR TÉRMINO AL PRESENTE CONTRATO EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN EXPRESIÓN DE CAUSA, COMUNICÁNDOSE CON LA CORREDORA O CON LA COMPAÑÍA DE SEGUROS POR MEDIO DE ALGUNO DE LOS CANALES DISPUESTOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO, CASO EN QUE NO SE LE DEVOLVERÁ LA PRIMA PAGADA DURANTE EL TIEMPO QUE ESTUVO ASEGURADO.

CAUSALES DE TÉRMINO ANTICIPADO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN POR PARTE DEL ASEGURADOR. EL ASEGURADOR, A SU VEZ, PODRÁ PONERLE TÉRMINO AL SEGURO EN CASO DE OCURRIR UNA DE LAS SIGUIENTES CAUSALES:

A) POR NO PAGO DE PRIMA POR DICHO ASEGURADO;

B) POR TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO O POR LA PÉRDIDA DEL ASEGURADO DE SU CALIDAD DE DEUDOR DE LA EMPRESA CONTRATANTE

LAS CAUSALES DE TÉRMINO ANTICIPADO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES ESTÁN CONTEMPLADAS EN LAS CORRESPONDIENTES CONDICIONES GENERALES.

COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES:

CUALQUIER COMUNICACIÓN, DECLARACIÓN O NOTIFICACIÓN QUE DEBA HACER LA COMPAÑÍA ASEGURADORA Y EL CONTRATANTE O EL ASEGURADO CON MOTIVO DE ESTA PÓLIZA, DEBERÁ EFECTUARSE A SU CORREO ELECTRÓNICO INDICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SALVO QUE ÉSTE NO DISPUSIESE DE CORREO ELECTRÓNICO O SE OPUSIERE A ESA FORMA DE NOTIFICACIÓN. EN CASO DE OPOSICIÓN DEL USO DE LOS CORREOS ELECTRÓNICOS COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN, SE USARÁ CARTA, ENVIADA AL DOMICILIO DE LA PERSONA A LA QUE FUERE DIRIGIDA, CONFORME SE HAYA INFORMADO EN LA PÓLIZA O EN ALGUNOS DE LOS ENDOSOS, DECLARACIONES O DOCUMENTOS QUE FORMEN PARTE DE ÉSTA.

LAS NOTIFICACIONES EFECTUADAS POR CORREO ELECTRÓNICO SE ENTENDERÁN REALIZADAS AL DÍA HÁBIL SIGUIENTE DE HABERSE ENVIADO ÉSTAS, EN TANTO QUE LAS NOTIFICACIONES HECHAS POR CARTA, SE ENTENDERÁN REALIZADAS AL TERCER DÍA HÁBIL SIGUIENTE AL INGRESO A CORREO DE LA CARTA, SEGÚN EL TIMBRE QUE CONSTE EN EL SOBRE RESPECTIVO.

LA ASEGURADORA DEBERÁ FACILITAR MECANISMOS PARA REALIZAR LAS COMUNICACIONES, PARTICULARMENTE A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS, SITIOS WEB, CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA U OTROS ANÁLOGOS, DEBIENDO SIEMPRE OTORGAR AL ASEGURADO O DENUNCIANTE UN COMPROBANTE DE RECEPCIÓN AL MOMENTO DE EFECTUARSE, TALES COMO COPIA TIMBRADA DE AQUELLOS, SU INDIVIDUALIZACIÓN MEDIANTE CÓDIGOS DE VERIFICACIÓN, U OTROS. ESTOS MECANISMOS SERÁN INDIVIDUALIZADOS EN LAS

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA O EN LA SOLICITUD DE SEGUROS RESPECTIVA.

CÓDIGO AUTORREGULACIÓN Y DEFENSOR DEL ASEGURADO:

BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A., SE ENCUENTRA ADHERIDA AL CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS Y ESTÁ SUJETA AL COMPENDIO DE BUENAS PRÁCTICAS CORPORATIVAS, QUE CONTIENE UN CONJUNTO DE NORMAS DESTINADAS A PROMOVER UNA ADECUADA RELACIÓN DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS CON SUS CLIENTES. COPIA DE ESTE COMPENDIO SE ENCUENTRA EN LA PÁGINA WEB 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. A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.DDACHILE.CL

SSFF CORREDORES DE SEGUROS Y GESTIÓN FINANCIERA SE ENCUENTRA ADHERIDA VOLUNTARIAMENTE AL GRUPO RETAIL SEGUROS WWW.RETAILSEGUROS.ORG Y SUJETA A SU ACUERDO DE AUTORREGULACIÓN PUBLICADO EN DICHA PÁGINA WEB, CUYO PROPÓSITO ES MEJORAR EL ESTÁNDAR DE CALIDAD EN LA PROMOCIÓN, VENTA Y ATENCIÓN DE SEGUROS EN EL RETAIL.

NOTAS GENERALES:

- 1.- HE LEÍDO Y CONOZCO ÍNTEGRAMENTE EL CONTENIDO DE LA PRESENTE PROPUESTA, SOLICITUD, CUYA COPIA, EN CALIDAD DE CERTIFICADO DE COBERTURA RECIBO EN ESTE MISMO ACTO. DEJO CONSTANCIA QUE HE OBTENIDO DEL CORREDOR, A MI ENTERA SATISFACCIÓN, ASESORÍA RESPECTO A LA NATURALEZA Y ALCANCES DE LAS MENCIONADAS COBERTURAS Y TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA ILUSTRAR MI DECISIÓN DE CONTRATAR ESTE SEGURO, EL CUAL ME HAN INDICADO ES COMPLETAMENTE VOLUNTARIO.
- 2.- **SERVICIOS FINANCIEROS Y ADMINISTRACIÓN DE CRÉDITOS COMERCIALES S.A.**, ASUME LAS RESPONSABILIDADES QUE EMANEN DE SU ACTUACIÓN COMO CONTRATANTE DE ESTOS SEGUROS COLECTIVOS Y CUMPLIRÁ CON SU DEBER DE INFORMAR A LOS ASEGURADOS U OTROS LEGÍTIMOS INTERESADOS RESPECTO A LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS, SUS CONDICIONES Y EVENTUALES MODIFICACIONES, PONIENDO A DISPOSICIÓN DE LOS INTERESADOS LOS ANTECEDENTES Y LA INFORMACIÓN QUE ÉSTOS SOLICITEN.
- 3.- ESTE INSTRUMENTO DA CUENTA DE UN SEGURO EMITIDO CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS DE LA PÓLIZA COLECTIVA N° **222071581**, CUYAS CONDICIONES PARTICULARES PUEDEN SER SOLICITADAS POR EL ASEGURADO CUANDO ESTIME CONVENIENTE.
- 4.- EL ASEGURADO ES EXCLUSIVAMENTE RESPONSABLE DE CUALQUIER OMISIÓN O INEXACTITUD EN LA INFORMACIÓN QUE HAYA PROPORCIONADO AL CORREDOR PARA LOS FINES DERIVADOS DE ESTE INSTRUMENTO.
- 5.- ESTE CONTRATO NO CUENTA CON EL SELLO SERNAC, REGULADO EN EL ART. 55 DE LA LEY 20.555.

6.- INFORMACIÓN DEL USUARIO Y AUTORIZACIONES

A.. LOS DATOS, INFORMACIONES, ANTECEDENTES Y DOCUMENTOS REGISTRADOS, APORTADOS O ENTREGADOS POR EL ASEGURADO Y/O EL CONTRATANTE EN LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, EN LA DENUNCIA DE UN SINIESTRO O EN CUALQUIER OTRA SOLICITUD O COMUNICACIÓN QUE FORMULE A LA CORREDORA, SON Y SERÁN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO.

EL ASEGURADO Y/O EL CONTRATANTE DECLARA EN BENEFICIO DE LA CORREDORA QUE LOS MISMOS SON CIERTOS, FIDEDIGNOS Y COMPLETOS EN TODOS SUS ASPECTOS, Y QUE NO OMITEN HECHO O INFORMACIÓN ALGUNA QUE HAGA QUE EL CONTENIDO O LAS CONCLUSIONES QUE PUEDAN RAZONABLEMENTE DESPRENDERSE DE LOS MISMOS SEAN FALSAS, INCOMPLETAS O INDUCTIVAS A ERROR O ENGAÑO. EL ASEGURADO Y/O EL CONTRATANTE AUTORIZA DESDE YA A LA CORREDORA PARA QUE CUALQUIERA DE ELLAS, O AMBAS, PROCEDAN A VERIFICAR, POR LOS MEDIOS QUE LES PAREZCAN CONVENIENTES, LA EXACTITUD DE LOS DATOS, INFORMACIONES, ANTECEDENTES Y DOCUMENTOS REGISTRADOS, APORTADOS O ENTREGADOS POR EL ASEGURADO Y/O EL CONTRATANTE CON OCASIÓN DE ESTE CONTRATO, SEA EN EL PASADO, EN EL PRESENTE O EN EL FUTURO.

B. EN ESTE MISMO ACTO, EL ASEGURADO Y/O EL CONTRATANTE, EN SU CALIDAD DE TITULAR DE DATOS PERSONALES, AUTORIZA DESDE YA A LA CORREDORA PARA EFECTUAR EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS CON LA FINALIDAD DE MANTENER UN REGISTRO DE SUS

CLIENTES, AL TENOR DE LO QUE DISPONE LA LEY 19.628, O CUALQUIER NORMA QUE LA MODIFIQUE O REEMPLACE. DEL MISMO MODO, LE AUTORIZA PARA COMPROBAR LA VERACIDAD O FALSEDAD DE ÉSTOS, EN VIRTUD DE LA MISMA NORMA LEGAL. ASIMISMO, EL ASEGURADO Y/O EL CONTRATANTE AUTORIZA EXPRESAMENTE A LA CORREDORA PARA TRANSMITIR, COMPARTIR, TRATAR Y/O ENTREGAR A LAS ENTIDADES FISCALIZADORAS, CUALQUIER INFORMACIÓN QUE HAYA PROPORCIONADO PARA LOS FINES DE ESTE CONTRATO, SIN PERJUICIO DE LA OBLIGACIÓN DE DICHAS ENTIDADES DE MANEJARLA RESERVADAMENTE CONFORME A LA NORMATIVA APLICABLE.

C. EL ASEGURADO Y/O EL CONTRATANTE, EN SU CALIDAD DE TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES, AUTORIZA, CONFORME A LA LEY 19.628, O CUALQUIER NORMA QUE LA MODIFIQUE O REEMPLACE, A LA CORREDORA A TRANSMITIR, COMPARTIR, TRATAR Y/O ENTREGAR CUALQUIER INFORMACIÓN QUE HAYA PROPORCIONADO PARA LOS FINES DE ESTE CONTRATO, A SUS SOCIEDADES RELACIONADAS EN CHILE (DEFINIDAS EN LA LEY DE MERCADO DE VALORES) O EN EL EXTRANJERO, Y/O TERCEROS EN CONVENIO, ACTUALES O FUTUROS, AUTORIZADOS POR LA CORREDORA Y A SU VEZ, AUTORIZA A LA CORREDORA Y A ESTOS, PARA EFECTUAR EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES, CON EL OBJETO DE OFRECER Y DAR A LOS ASEGURADOS Y/O CONTRATANTES ACCESO A LOS BENEFICIOS, BIENES Y/O SERVICIOS QUE ESTOS OFRECEN.

D. **AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: 1. AUTORIZACIÓN Y PROPÓSITO DEL TRATAMIENTO.** AUTORIZO A 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 CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD, Y AQUELLOS NECESARIOS PARA EL OTORGAMIENTO DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS CON BNP PARIBAS CARDIF, PARA: (I) EVALUAR ESTA SOLICITUD Y PROPORCIONARME LOS SERVICIOS CONTRATADOS; (II) CONTACTARME Y RESPONDER A MIS CONSULTAS; (III) GESTIONAR Y PROCESAR MIS SINIESTROS; (IV) ENVIAR COMUNICACIONES PUBLICITARIAS; (V) EVALUAR Y MEJORAR LOS 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 (EJ. CONTABILIDAD, ADMINISTRACIÓN, MONITOREO DE RIESGO Y TÉCNICO, AUDITORÍAS, FACTURACIÓN Y COBROS); Y (VII) DAR CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES LEGALES DE BNP PARIBAS CARDIF. **2. DATOS PERSONALES DE TERCEROS.** DECLARO CONTAR CON LAS AUTORIZACIONES SUFICIENTES, PARA QUE BNP PARIBAS CARDIF TRATE DEBIDAMENTE LA INFORMACIÓN QUE YO ENTREGO SOBRE TERCEROS (EJ. BENEFICIARIOS), PARA LOS MISMOS PROPÓSITOS INDICADOS ANTERIORMENTE. **3. COMUNICACIÓN DE DATOS A TERCEROS.** AUTORIZO A BNP PARIBAS CARDIF PARA QUE PUEDA COMUNICAR MIS DATOS PERSONALES A SUS PROVEEDORES Y TERCEROS COLABORADORES (EJ. CORREDORES DE SEGUROS, LIQUIDADORES, INTERMEDIADORES Y SOCIOS COMERCIALES), PARA LOS MISMOS PROPÓSITOS INDICADOS ANTERIORMENTE. **4. MIS DERECHOS.** PUEDE HACER EFECTIVOS SUS DERECHOS COMO TITULAR DE SUS DATOS COMUNICÁNDOSE AL 800 362 100 O DESDE CELULARES AL (56-2) 24293507.

DIVERSIFICACIÓN DE PRODUCCIÓN:

LA INFORMACIÓN SOBRE LA DIVERSIFICACIÓN DE ESTA CORREDORA, DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS CON QUE HAYA TRABAJADO Y DE LAS PÓLIZAS DE SEGUROS PARA RESPONDER DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, SE ENCUENTRAN A SU DISPOSICIÓN EN WWW.TARJETALIDERBCI.CL.

IMPORTANTE

POR EL PRESENTE INSTRUMENTO EN MI CALIDAD DE ASEGURADO CONFIERO UN MANDATO A "SERVICIOS FINANCIEROS Y ADMINISTRACIÓN DE CRÉDITOS COMERCIALES S.A", ESTA ÚLTIMA CONTRATANTE DE LA PÓLIZA COLECTIVA , PARA QUE EN MI NOMBRE Y REPRESENTACIÓN PUEDA CONVENIR AL TÉRMINO DEL PLAZO DE VIGENCIA DE LA RESPECTIVA PÓLIZA, UNA NUEVA PÓLIZA SEA CON LA MISMA U OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS, O LA RENOVACIÓN DE LA QUE ESTUVIERA RIGIENDO A ESA FECHA, Y ACEPTO SER INCORPORADO A ELLA EN LOS TÉRMINOS QUE SEÑALA ESTE INSTRUMENTO. **SERVICIOS FINANCIEROS Y ADMINISTRACIÓN DE CRÉDITOS COMERCIALES S.A** DEBERÁ RENDIR CUENTA DE SU MANDATO AL ASEGURADO POR MEDIO DE DOCUMENTO ESCRITO, CON COPIA DE LOS ACTOS SUSCRITOS EN SU REPRESENTACIÓN DENTRO DE TREINTA DÍAS CORRIDOS SIGUIENTES A LA EJECUCIÓN DEL MANDATO. EL PRESENTE MANDATO PODRÁ SER REVOCADO POR EL ASEGURADO, MEDIANTE AVISO POR ESCRITO EN CUALQUIER SUCURSAL U OFICINA DE LÍDER SERVICIOS FINANCIEROS CON A LO MENOS 30 DÍAS ANTES DEL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. LA PRESENTE REVOCACIÓN PROVOCARÁ EL TÉRMINO DEL PRESENTE INSTRUMENTO UNA VEZ VENCIDO EL PLAZO SUSCRITO EN EL PRESENTE DOCUMENTO O LAS RENOVACIONES QUE SE HAYAN SUSCRITO EN VIRTUD DEL PRESENTE MANDATO.

LAS SIGUIENTES FIRMAS CONSTITUYEN UNA ACEPTACIÓN EXPRESA DE LOS SEGUROS INDICADOS EN ESTA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN. RESPECTO DEL ASEGURADO, SU FIRMA EN ESTE DOCUMENTO, CONSTITUYE UNA ACEPTACIÓN EXPRESA EN ORDEN A CONTRATAR LOS SEGUROS Y POR LAS PRIMAS QUE SE SEÑALAN EN ESTA SOLICITUD.

ASEGURADO


CORREDOR
SSFF CORREDORES DE SEGUROS Y GESTIÓN
FINANCIERA LIMITADA.


BNP PARIBAS CARDIF
SEGUROS DE VIDA S.A.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A SU SEGURO, USTED PUEDE SOLICITAR UNA COPIA DE LA RESPECTIVA PÓLIZA EN LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O EN CUALQUIER SUCURSAL DE LIDER BCI SERVICIOS FINANCIEROS.

DUDAS O CONSULTAS, LLAME AL FONDO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE LA CORREDORA 600 600 57 57, OPCIÓN SEGUROS.

ANEXO A
SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA
SEGURO DE DESGRAVAMEN

INFORMACIÓN DE LAS COMISIONES
CIRCULAR N°2123
(COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO)

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 BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A. RESPECTO DE LA PRIMA PAGADA POR USTED POR LA PÓLIZA **222071581**, SON LAS SIGUIENTES:

INFORMACIÓN DE LAS COMISIONES PAGADAS POR COLOCACIÓN DE ESTE SEGURO:

COMISIÓN DE RECAUDACIÓN PÓLIZA 222071581

- SERVICIOS FINANCIEROS Y ADMINISTRACIÓN DE CRÉDITOS COMERCIALES S.A.
- RUT: 77.085.380-K
- UF 0,03469 POR ASEGURADO (BRUTO)

COMISIÓN DEL CORREDOR PÓLIZA 222071581

- SSFF CORREDORES DE SEGUROS Y GESTIÓN FINANCIERA LIMITADA.
- RUT: 76.196.870-K
- UF 0,00575 POR ASEGURADO (BRUTO)

ANEXO B
SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
DE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE SEGURO DESGRAVAMEN DE PROTECCIÓN AL CRÉDITO Y CERTIFICADOS DE COBERTURA

EL ASEGURADO CONTARÁ CON UN SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE, EN ADELANTE, "SAC", PARA ATENDER LAS CONSULTAS Y RECLAMOS RELACIONADOS CON LOS SEGUROS SUSCRITOS, Y EN GENERAL TODO LO REGULADO EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

EL ASEGURADO PODRÁ FORMULAR SUS CONSULTAS Y RECLAMOS AL SAC A TRAVÉS DE LOS SIGUIENTES CANALES:

- (i) EN LAS OFICINAS O SUCURSALES DE LIDER BCI SERVICIOS FINANCIEROS A LO LARGO DEL PAÍS, EN DÍAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN A PÚBLICO INFORMADO POR LA OFICINA O SUCURSAL. EL LISTADO DE OFICINAS O SUCURSALES DE LIDER BCI SERVICIOS FINANCIEROS Y SU DIRECCIÓN SE ENCUENTRA INFORMADO EN LA PÁGINA DE INTERNET, WWW.TARJETALIDERBCI.CL
- (ii) EN LA PÁGINA DE INTERNET DE SERVICIOS FINANCIEROS, WWW.TARJETALIDERBCI.CL, DE LUNES A DOMINGO, LAS 24 HORAS DEL DÍA.
- (iii) POR VÍA TELEFÓNICA A TRAVÉS DEL FONO 600 600 5757, DE LUNES A DOMINGO DE 8:00 A 23:00 HORAS. EN ESTOS CASOS, Y CON EL OBJETO DE VERIFICAR LA ATENCIÓN, LA CONVERSACIÓN TELEFÓNICA PODRÍA SER GRABADA, LO QUE EL ASEGURADO ACEPTA DESDE YA.

LAS RESPUESTAS A LAS CONSULTAS Y RECLAMOS SERÁN INFORMADAS AL ASEGURADO A TRAVÉS DE ESTOS MISMOS CANALES.

LOS CANALES, DÍAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN ANTES INDICADOS, PODRÁN SER MODIFICADOS, LO QUE SERÁ INFORMADO AL ASEGURADO CON AL MENOS 10 DÍAS CORRIDOS DE ANTICIPACIÓN, A TRAVÉS DE LA PÁGINA DE INTERNET, WWW.TARJETALIDERBCI.CL.

ANEXO C
INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

EN VIRTUD DE LA CIRCULAR N° 2131 DE 28 DE NOVIEMBRE DE 2013, LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, CORREDORES DE SEGUROS Y LIQUIDADORES DE SINIESTROS, DEBERÁN RECIBIR, REGISTRAR Y RESPONDER TODAS LAS PRESENTACIONES, CONSULTAS O RECLAMOS QUE SE LES PRESENTEN DIRECTAMENTE POR EL CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIOS O LEGÍTIMOS INTERESADOS O SUS MANDATARIOS.

LAS PRESENTACIONES PUEDEN SER EFECTUADAS EN TODAS LAS OFICINAS DE LAS ENTIDADES EN QUE SE ATIENDA PÚBLICO, PRESENCIALMENTE, POR CORREO POSTAL, MEDIOS ELECTRÓNICOS, O TELEFÓNICAMENTE, SIN FORMALIDADES, EN EL HORARIO NORMAL DE ATENCIÓN.

RECIBIDA UNA PRESENTACIÓN, CONSULTA O RECLAMO, ÉSTA DEBERÁ SER RESPONDIDA EN EL PLAZO MÁS BREVE POSIBLE, EL QUE NO PODRÁ EXCEDER DE 20 DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE SU RECEPCIÓN.

EL INTERESADO, EN CASO DE DISCONFORMIDAD RESPECTO DE LO INFORMADO, O BIEN CUANDO EXISTA DEMORA INJUSTIFICADA DE LA RESPUESTA, PODRÁ RECURRIR A LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO, ÁREA DE PROTECCIÓN AL INVERSIONISTA Y ASEGURADO, CUYAS OFICINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 1449, PISO 1°, SANTIAGO, O A TRAVÉS DEL SITIO WEB WWW.CMFCHILE.CL.

ANEXO D
PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO
(CIRCULAR N° 2106 DEL 31.05.2013 DE LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO)

1. OBJETO DE LIQUIDACIÓN: LA LIQUIDACIÓN TIENE POR FIN ESTABLECER LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO, DETERMINAR SI EL SINIESTRO ESTÁ CUBIERTO EN LA PÓLIZA CONTRATADA EN UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS DETERMINADA, Y CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA Y DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR. EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN ESTÁ SOMETIDO A LOS PRINCIPIOS DE CELERIDAD Y ECONOMÍA PROCEDIMENTAL, DE OBJETIVIDAD Y CARÁCTER TÉCNICO Y DE TRANSPARENCIA Y ACCESO.

2. FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN: LA LIQUIDACIÓN PUEDE EFECTUARLA DIRECTAMENTE LA COMPAÑÍA O ENCOMENDARLA A UN LIQUIDADOR DE SEGUROS. LA DECISIÓN DEBE COMUNICARSE AL ASEGURADO DENTRO DEL PLAZO DE TRES DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE LA FECHA DE LA DENUNCIA DEL SINIESTRO.

3. DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA: EN CASO DE LIQUIDACIÓN DIRECTA POR LA COMPAÑÍA, EL ASEGURADO O BENEFICIARIO PUEDE Oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un liquidador de seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la compañía. La compañía deberá designar al liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4. INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES: EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑÍA DEBERÁ INFORMAR AL ASEGURADO, POR ESCRITO, EN FORMA SUFICIENTE Y OPORTUNA, AL CORREO ELECTRÓNICO (INFORMADO EN LA DENUNCIA DEL SINIESTRO) O POR CARTA CERTIFICADA (AL DOMICILIO SEÑALADO EN LA DENUNCIA DEL SINIESTRO), DE LAS GESTIONES QUE LE CORRESPONDE REALIZAR, SOLICITANDO DE UNA SOLA VEZ, CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS LO PERMITAN, TODOS LOS ANTECEDENTES QUE REQUIERE PARA LIQUIDAR EL SINIESTRO.

5. PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN: EN AQUELLOS SINIESTROS EN QUE SURGIEREN PROBLEMAS Y DIFERENCIAS DE CRITERIOS SOBRE SUS CAUSAS, EVALUACIÓN DEL RIESGO O EXTENSIÓN DE LA COBERTURA, PODRÁ EL LIQUIDADOR, ACTUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DEL ASEGURADO, EMITIR UN PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN SOBRE LA COBERTURA DEL SINIESTRO Y EL MONTO DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS, EL QUE DEBERÁ PONERSE EN CONOCIMIENTO DE LOS INTERESADOS. EL ASEGURADO O LA COMPAÑÍA PODRÁN HACER OBSERVACIONES POR ESCRITO AL PRE-INFORME DENTRO DEL PLAZO DE CINCO DÍAS HÁBILES DESDE SU CONOCIMIENTO.

6. PLAZO DE LIQUIDACIÓN: DENTRO DEL MÁS BREVE PLAZO, NO PUDIENDO EXCEDER DE 45 DÍAS CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO, A EXCEPCIÓN DE;

- a. SINIESTROS QUE CORRESPONDAN A SEGUROS INDIVIDUALES SOBRE RIESGOS DEL PRIMER GRUPO CUYA PRIMA ANUAL SEA SUPERIOR A 100 UF: 90 DÍAS CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO.
- b. SINIESTROS MARÍTIMOS QUE AFECTEN A LOS CASCOS O EN CASO DE AVERÍA GRUESA: 180 DÍAS CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO.

7. PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN: LOS PLAZOS ANTES SEÑALADOS PODRÁN EXCEPCIONALMENTE SIEMPRE QUE LAS CIRCUNSTANCIAS LO AMERITEN, PRORROGARSE, SUCESIVAMENTE POR IGUALES PERÍODOS, INFORMANDO LOS MOTIVOS QUE LA FUNDAMENTEN E INDICANDO LAS GESTIONES CONCRETAS Y ESPECÍFICAS QUE SE REALIZARÁN, LO QUE DEBERÁ COMUNICARSE AL ASEGURADO Y A LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO, PUDIENDO ESTA ÚLTIMA DEJAR SIN EFECTO LA AMPLIACIÓN, EN CASOS CALIFICADOS, Y FIJAR UN PLAZO PARA ENTREGA DEL INFORME DE LIQUIDACIÓN. NO PODRÁ SER MOTIVO DE PRÓRROGA LA SOLICITUD DE ENTREGA DE NUEVOS ANTECEDENTES CUYO REQUERIMIENTO PUDO PREVERSE CON ANTERIORIDAD, SALVO QUE SE INDIQUEN LAS RAZONES QUE JUSTIFIQUEN LA FALTA DE REQUERIMIENTO, NI PODRÁN PRORROGARSE LOS SINIESTROS EN QUE NO HAYA EXISTIDO GESTIÓN ALGUNA DEL LIQUIDADOR, REGISTRADO O DIRECTO.

8. INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN: EL INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN DEBERÁ REMITIRSE AL ASEGURADO Y SIMULTÁNEAMENTE AL ASEGURADOR, CUANDO CORRESPONDA, Y DEBERÁ CONTENER NECESARIAMENTE LA TRANSCRIPCIÓN ÍNTEGRA DE LOS ARTÍCULOS 26 A 27 EL REGLAMENTO DE AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS (D.S. DE HACIENDA N°1.055, DE 2012, DIARIO OFICIAL DE 29 DE DICIEMBRE DE 2012).

9. IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN: RECIBIDO EL INFORME DE LIQUIDACIÓN, LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADO DISPONDRÁN DE UN PLAZO DE DIEZ DÍAS HÁBILES PARA IMPUGNARLA. EN CASO DE LIQUIDACIÓN DIRECTA POR LA COMPAÑÍA, ESTE DERECHO SÓLO LO TENDRÁ EL ASEGURADO. IMPUGNADO EL INFORME, EL LIQUIDADOR DISPONDRÁ DE UN PLAZO DE CINCO DÍAS HÁBILES PARA RESPONDER LA IMPUGNACIÓN.

ANEXO E DECLARACIÓN SIMPLE DE SALUD PARA HOSPITALIZACIÓN

TENGA PRESENTE QUE SON ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES AQUELLAS ENFERMEDADES, DOLENCIAS O SITUACIONES DE SALUD DIAGNOSTICADAS O CONOCIDAS POR EL ASEGURADO, ANTES DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.

DECLARO, ACEPTO Y TOMO CONOCIMIENTO:

TOMO CONOCIMIENTO Y ACEPTO EXPRESAMENTE QUE TODA ENFERMEDAD Y/O DOLENCIA PREEXISTENTE DECLARADA Y CONOCIDA IMPLICA CON RESPECTO A ELLA(S), QUE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO DE SEGURO (PARA LA COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN) NO OPERARÁN SI LA CAUSA DEL SINIESTRO FUERE PRODUCTO DE UNA DE LAS ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES SEÑALADAS EXPRESAMENTE EN ESTE FORMULARIO.

TAMBIÉN ACEPTO Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO QUE, MIS ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES, SIGNIFICARA QUE LA COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO NO OPERARÁ EN LA COBERTURA ADICIONAL ANTES INDICADA SI LA CAUSA DEL SINIESTRO FUESE PRODUCTO DE ENFERMEDADES O DOLENCIAS COMPRENDIDAS EN EL LISTADO GENÉRICO DE ESTE FORMULARIO, CON LA CORRESPONDIENTE EXCLUSIÓN DE COBERTURA.

LISTADO GENÉRICO DE ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES SIN COBERTURA EN EL CONTRATO DE SEGURO PARA LA COBERTURA ADICIONAL:

CÁNCER O TUMORES; CIRROSIS HEPÁTICA; INFARTO AL MIOCARDIO; ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL INCLUYENDO SIDA/VIH POSITIVO; DIABETES; ENFERMEDADES BRONCOPULMONARES; INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA; HEMORRAGIA CEREBRAL O ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES; HIPERTENSIÓN ARTERIAL O ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES; ENFERMEDADES GENITOURINARIAS, RENALES, GASTROINTESTINALES; OBESIDAD, ALCOHOLISMO, ADICCIÓN A DROGAS.