

## SEGURO DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE

### RESUMEN DEL SEGURO

CONTRATANTE PÓLIZA COLECTIVA: **SERVICIOS FINANCIEROS Y ADMINISTRACIÓN DE CRÉDITOS COMERCIALES S.A**  
CORREDOR: **SSFF CORREDORES DE SEGUROS Y GESTIÓN FINANCIERA LIMITADA.**  
COMPAÑÍA ASEGURADORA: **COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES CONSORCIO NACIONAL DE SEGUROS S.A.**

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

Nº DE PÓLIZA COLECTIVA: 22914  
VIGENCIA POLIZA COLECTIVA: DESDE EL 01/06/2023 Y HASTA EL 30/06/2024, RENOVABLE  
CÓDIGO CMF: POL 3 2023 0306; CAD 3 2022 0054  
PRIMA MENSUAL: UF 0,0662 IVA INCLUIDO  
FORMA DE PAGO: CARGO A LA TARJETA DE CRÉDITO LIDER BCI.  
FECHA INICIO COBERTURA: *[Fecha Emisión Documento, Variable]*

LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE ESTA PÓLIZA ES MENSUAL Y RENOVARA AUTOMATICAMENTE. COMENZARÁ A REGIR DESDE LA FIRMA DE LA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y SE MANTENDRÁ VIGENTE MIENTRAS SE ENCUENTRE EL ASEGURADO AL DÍA EN EL PAGO DE SU PRIMA Y MIENTRAS ALGUNA DE LAS PARTES NO LE HAYAN PUESTO TÉRMINO A LA PÓLIZA.

LOS RIESGOS DEL PRESENTE SEGURO SON CUBIERTOS POR COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES CONSORCIO NACIONAL DE SEGUROS S.A. Y SE AMPARAN EN LAS CONDICIONES GENERALES DEPOSITADAS EN LA CMF BAJO LOS CÓDIGOS POL 3 2023 0306 Y CAD 3 2022 0054.

### COBERTURAS:

COBERTURAS	MONTO ASEGURADO
1.- INCAPACIDAD TEMPORAL (POL 3 2023 0306)	SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA CON TOPE UF 10 POR EVENTO.
2.- HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE (CAD 3 2022 0054)	MONTO DE UNA (1) CUOTA DE LA TARJETA DE CRÉDITO LIDER BCI DEL ASEGURADO, POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE DEL ASEGURADO TITULAR, CON TOPE UF 3 POR CADA EVENTO Y CON UN MÁXIMO DE 3 EVENTOS INDEPENDIENTES POR CADA AÑO DE VIGENCIA DE COBERTURA INDIVIDUAL, SEGÚN CONDICIONES DEL SEGURO.

**1. INCAPACIDAD TEMPORAL:** EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ DE UNA SOLA VEZ EL SALDO DE LA DEUDA DE LA TARJETA LIDER BCI A LA FECHA DEL SINIESTRO, CON UN TOPE DE UF 10 POR EVENTO.

**2. HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE:** MONTO DE UNA CUOTA DE LA TARJETA DE CRÉDITO LIDER BCI DEL ASEGURADO, POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE DEL ASEGURADO TITULAR, CON TOPE DE UF 3 POR CADA EVENTO Y UN MÁXIMO DE 3 EVENTOS INDEPENDIENTES POR CADA AÑO DE VIGENCIA DE COBERTURA INDIVIDUAL, SEGÚN CONDICIONES DEL SEGURO.

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 ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR CAUSA DERIVADA DE ACCIDENTE, SIEMPRE QUE SE CUMPLA CON EL PLAZO MÍNIMO DE HOSPITALIZACIÓN DE 10 DIAS INDICADO COMO DEDUCIBLE Y POR CAUSA NO EXCLUIDA EN ESTE CONTRATO DE SEGURO.

**NOTA 1:** CABE SEÑALAR QUE NO CUBRIRÁ SUPERAVANCES Y CUALQUIER OTRO TIPO DE CRÉDITO EN DINERO DE LA TARJETA DEL TITULAR (A EXCEPCIÓN DEL AVANCE EN EFECTIVO). TAMPOCO CUBRIRÁN LOS INTERESES, MULTAS U OTROS MONTOS DISTINTOS DEL INDICADO COBRADOS CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DEL SINIESTRO.

**NOTA 2:** EN CASO QUE EL ASEGURADO CAMBIE SU SITUACIÓN LABORAL A DEPENDIENTE, DEBERÁ NOTIFICAR LO ANTES POSIBLE A SEGUROS LIDER BCI PARA EVALUAR EL CAMBIO DE SU COBERTURA AL SEGURO DE DESEMPLEO Y HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE O SOLICITAR EL TÉRMINO DEL SEGURO.

**DEDUCIBLES, CARENCIAS, PERIODO ACTIVO MÍNIMO Y OTROS LÍMITES:**

COBERTURA	DEDUCIBLE	CARENCIA	PERIODO ACTIVO MÍNIMO	ANTIGUEDAD LABORAL MÍNIMA
INCAPACIDAD TEMPORAL	NO TIENE	60 DÍAS (**) CORRIDOS	180 DÍAS CORRIDOS	NO APLICA
HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE	10 DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

\*\* 60 DÍAS A PARTIR DEL PRIMER INICIO DE VIGENCIA QUE ES EQUIVALENTE A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO FIRMA LA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN.

**REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:**

COBERTURA	EDAD MÍN. INGRESO	EDAD MÁX. INGRESO	EDAD MÁX. PERMANENCIA
INCAPACIDAD TEMPORAL HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE	18 AÑOS	HASTA LOS 84 AÑOS Y 364 DÍAS	HASTA LOS 89 AÑOS Y 364 DÍAS

**EXCLUSIONES:**

- POL 3 2023 0306:**  
**PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL:** NO SE EFECTUARÁ EL PAGO DE LAS CANTIDADES ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA CUANDO LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD QUE AQUEJE AL ASEGURADO SEA PRODUCTO DE LA SIGUIENTE CAUSAL: B) INCAPACIDAD VERIFICADA DURANTE EL REPOSO O LICENCIA VERIFICADO DURANTE EL TRANCURSO DEL PERMISO PRE Y POST NATAL A CAUSA DE EMBARAZO O CUALQUIER ENFERMEDAD PRODUCIDA CON MOTIVO DEL EMBARAZO. NO OBSTANTE, DE LO ESTIPULADO EN LAS EXCLUSIONES PRECEDENTES DEL POL 3 2023 0306, NO SE APLICARÁN LA LETRA (A), (C), (D), (E), (F), (G), (H), (I), (J) Y (K).
- CAD 3 2022 0054:**  
**PARA LA COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE:** ESTA COBERTURA ADICIONAL NO OPERARÁ CUANDO LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO SE PRODUZCA A CONSECUENCIA DE ALGUNA DE LAS SITUACIONES DESCRITAS EN EL ARTÍCULO 3 DE LA CAD 3 2022 0054.

**SINIESTROS:** PRODUCIDO UN SINIESTRO, EL RECLAMANTE DEBERÁ COMUNICARLO POR ESCRITO EN CUALQUIER SUCURSAL DE LIDER BCI SERVICIOS FINANCIEROS, LLAMANDO AL 600 600 5757 O EN LA PÁGINA WEB [WWW.TARJETALIDERBCI.CL](http://WWW.TARJETALIDERBCI.CL) TAN PRONTO SEA POSIBLE DESDE QUE SE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL SINIESTRO. NO OBSTANTE, SE CONCEDE UN PLAZO DE 90 DÍAS CORRIDOS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE HAYA PRODUCIDO EL HECHO, EN TANTO ESTE PLAZO SEA SUPERIOR AL PRIMERO, EMPLEANDO PARA TAL EFECTO UN FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE SINIESTROS QUE PROPORCIONARÁ LA CORREDORA DE SEGUROS. ESTA ÚLTIMA ENVIARÁ LOS ANTECEDENTES A LA COMPAÑÍA PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO.

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

**IMPORTANTE:** ESTE DOCUMENTO ES UN RESUMEN DE LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS 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 Y CERTIFICADO DE COBERTURA DEL SEGURO DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE**

**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: AV. DEL VALLE 737, CIUDAD EMPRESARIAL, HUECHURABA

**ANTECEDENTES DEL CORREDOR**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: **SSFF CORREDORES DE SEGUROS Y GESTIÓN FINANCIERA LIMITADA**  
RUT: 76.196.870-K  
DIRECCIÓN: AV. DEL VALLE 737, CIUDAD EMPRESARIAL, HUECHURABA

**ANTECEDENTES DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: **COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES CONSORCIO NACIONAL DE SEGUROS S.A.**  
RUT: 96.654.180-6.  
DIRECCIÓN: AV. EL BOSQUE SUR 180, PISO 1, LAS CONDES.

**ANTECEDENTES DEL ASEGURADO**

NOMBRE: *[Nombre cliente, Variable]*  
RUT: *[Rut cliente, Variable]*  
FECHA DE NACIMIENTO: *[Fecha nacimiento cliente, Variable]*  
DIRECCIÓN: *[Dirección particular cliente, Variable]*  
ESTADO LABORAL INDEPENDIENTE (\*): *[Sí/No]*

(\*) EL ASEGURADO DEBERÁ ENTREGAR LA INFORMACIÓN QUE LA COMPAÑÍA REQUIERA ACERCA DE SU ESTADO LABORAL AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN, EN LA FORMA QUE DETERMINA LA NORMATIVA VIGENTE PARA ADQUIRIR LA PÓLIZA.

**SOLICITUD DE COBERTURA:** SOLICITO A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA ANTES MENCIONADA, EL ASEGURAMIENTO DE LOS RIESGOS ESPECIFICADOS EN ESTE INSTRUMENTO. LA PRESENTE SOLICITUD SERÁ INTERMEDIADA POR **SSFF CORREDORES DE SEGUROS Y GESTION FINANCIERA LIMITADA** Y FORMARÁ PARTE DE LA RESPECTIVA PÓLIZA.

**CERTIFICADO DE COBERTURA:** LAS COBERTURAS CONTENIDAS EN LA PRESENTE SOLICITUD, SE ENTENDERÁN VIGENTES CON LA SOLA FIRMA DEL ASEGURADO. EN ESTE CASO, LA SOLICITUD HARÁ LAS VECES DE CERTIFICADO DE COBERTURA CONFORME LO DISPONE LA CIRCULAR 2123 DE LA CMF.

**OBLIGACIÓN DE INFORMAR:** LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO ES DE CARÁCTER VOLUNTARIO. USTED PUEDE RETRACTARSE SI LA CONTRATACIÓN LA EFECTUÓ POR UN MEDIO A DISTANCIA EN LOS PLAZOS SEÑALADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES. ADEMÁS, USTED PUEDE TERMINAR LOS SEGUROS VOLUNTARIOS ANICIPADAMENTE EN CUALQUIER MOMENTO, INDEPENDIENTE DEL MEDIO UTILIZADO PARA SU CONTRATACIÓN.

**DETALLE DE LA PÓLIZA**

**SEGURO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD TEMPORAL Y HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE:**

Nº DE PÓLIZA COLECTIVA	22914
CÓDIGOS CMF	POL 3 2023 0306; CAD 3 2022 0054
PRIMA MENSUAL IVA INCLUIDO	UF 0,0662
FORMA DE PAGO	LA PRIMA MENSUAL DEL SEGURO SE PAGARÁ CON CARGO A LA TARJETA LIDER BCI, DE QUIEN EL ASEGURADO ES TITULAR, CONFORME A LOS TÉRMINOS QUE ESTABLECE EL CONTRATO APERTURA DE LA REFERIDA TARJETA.
VIGENCIA PÓLIZA	DESDE EL 15/06/2023 Y HASTA EL 30/06/2024, RENOVABLE
FECHA INICIO COBERTURA(S)	<i>[Fecha Emisión Documento, Variable]</i>

## DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

### CONDICIONES PARTICULARES:

**1. INCAPACIDAD TEMPORAL:** EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ DE UNA SOLA VEZ EL SALDO DE LA DEUDA DE LA TARJETA LIDER BCI A LA FECHA DEL SINIESTRO, CON UN TOPE DE 10 UF POR EVENTO. CABE SEÑALAR QUE NO CUBRIRÁ SUPERAVANCES Y CUALQUIER OTRO TIPO DE CRÉDITO EN DINERO DE LA TARJETA DEL TITULAR (A EXCEPCIÓN DEL AVANCE EN EFECTIVO). TAMPOCO CUBRIRÁN LOS INTERESES, MULTAS U OTROS MONTOS DISTINTOS DEL INDICADO COBRADOS CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DEL SINIESTRO.

SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TEMPORAL A CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE TODO EVENTO EN EL CUAL AL ASEGURADO SE LE HAYA OTORGADO UNA LICENCIA MÉDICA O CERTIFICADO MÉDICO POR UN PERÍODO MÍNIMO DE 30 DÍAS.

ESTA COBERTURA CUBRE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- a) ASEGURADO QUE TENGA LA CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE, ES DECIR, TODA PERSONA QUE EJERCE UNA ACTIVIDAD U OFICIO EN FORMA INDEPENDIENTE, SIN SUBORDINACIÓN NI DEPENDENCIA DE UN ENTE PÚBLICO O PRIVADO, Y OBTIENE DE DICHO EJERCICIO LA TOTALIDAD O, A LO MENOS EL IMPORTE MAYORITARIO DE SUS INGRESOS.
- b) PENSIONADO Y/O JUBILADOS: TODA PERSONA QUE RECIBE UNA PENSIÓN O JUBILACIÓN Y QUE NO DESEMPEÑEN UNA ACTIVIDAD REMUNERADA, CON VÍNCULO DE SUBORDINACIÓN Y DEPENDENCIA EN VIRTUD DE UN CONTRATO DE TRABAJO INDEFINIDO.
- c) DUEÑAS DE CASA: AQUELLA PERSONA QUE TIENE COMO OCUPACIÓN PRINCIPAL EL TRABAJO EN SU HOGAR Y NO PERCIBE INGRESOS DERIVADOS DE UN CONTRATO DE TRABAJO O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O QUE ACREDITE ESTA CALIDAD CON LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE.
- d) ESTUDIANTE: AQUEL ASEGURADO QUE ACREDITE CON LA DOCUMENTACIÓN PERTINENTE, ESTAR CURSANDO ESTUDIOS Y NO PERCIBA INGRESOS DERIVADOS DE UN CONTRATO DE TRABAJO Y/O HONORARIOS.

**2. HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE:** PARA ESTA COBERTURA EL CAPITAL ASEGURADO SERÁ EL MONTO DE UNA CUOTA DE LA TARJETA DE CRÉDITO LIDER BCI DEL ASEGURADO, POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE DEL ASEGURADO TITULAR, CON TOPE UF 3 POR CADA EVENTO Y CON UN MÁXIMO DE 3 EVENTOS INDEPENDIENTES POR CADA AÑO DE VIGENCIA DE COBERTURA INDIVIDUAL, SEGÚN CONDICIONES DEL SEGURO.

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

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

**ACCIDENTE:** CORRESPONDE A TODO SUCESO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO, DEBIDAMENTE ACREDITADO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS Y DE UN MODO VIOLENTO QUE AFECTE AL ORGANISMO DEL ASEGURADO, OCASIONÁNDOLE UNA O MÁS LESIONES QUE SE MANIFIESTEN POR CONTUSIONES O HERIDAS VISIBLES, Y TAMBIÉN LOS CASOS DE LESIONES INTERNAS O INMERSIÓN REVELADAS POR LOS EXÁMENES CORRESPONDIENTES. SE CONSIDERA COMO UN ACCIDENTE LAS CONSECUENCIAS QUE PUEDAN RESULTAR AL TRATAR DE SALVAR VIDAS HUMANAS. NO SE CONSIDERAN COMO ACCIDENTES LOS HECHOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE ATAQUES CARDÍACOS, EPILÉPTICOS, ENFERMEDADES VASCULARES, TRASTORNOS MENTALES, DESVANECIMIENTOS O SONAMBULISMO, INFECCIONES VIRALES O BACTERIANAS QUE SUFRA EL ASEGURADO, EXCEPTO LAS INFECCIONES PIÓGENICAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UNA HERIDA, CORTADURA O AMPUTACIÓN ACCIDENTAL.

**HOSPITALIZACIÓN:** AQUELLA SITUACIÓN QUE SE PRESENTA CUANDO UNA PERSONA ESTÁ REGISTRADA COMO PACIENTE DE UN HOSPITAL POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, DE ACUERDO A LA PRÁCTICA COMÚN, Y QUE UTILICE A LO MENOS, UN DÍA COMPLETO DE SERVICIO DE HABITACIÓN, PERNOCTANDO A LO MENOS UNA NOCHE, UTILIZANDO EL SERVICIO DE HABITACIÓN, ALIMENTACIÓN Y ATENCIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA. EL CONCEPTO DE HOSPITALIZACIÓN NO CONSIDERA, BAJO NINGÚN ASPECTO, LO QUE SE DENOMINA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.

**HOSPITAL:** TODO ESTABLECIMIENTO PÚBLICO O PRIVADO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE PERSONAS

ENFERMAS O LESIONADAS, QUE PROPORCIONE ASISTENCIA DE ENFERMERÍA LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA Y QUE SE CUENTE CON INSTALACIONES Y FACILIDADES PARA EFECTUAR DIAGNÓSTICO E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y QUE DISPONGA Y UTILICE REGULARMENTE LABORATORIO, EQUIPO DE RAYOS X Y QUIRÓFANO ATENDIDOS POR PERSONAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO. EN NINGÚN CASO INCLUYE HOTEL, TERMA, ASILO, SANATORIO PARTICULAR, CASA PARA CONVALECIENTES, CASA DE REPOSO, O UN LUGAR USADO PRINCIPALMENTE PARA LA INTERNACIÓN O TRATAMIENTO DE ENFERMOS MENTALES, ADICTOS A DROGAS O ALCOHÓLICOS.

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.

SI EL ASEGURADO ES DADO DE ALTA Y ES NUEVAMENTE HOSPITALIZADO, DEBERÁ CUMPLIR CON EL PLAZO MÍNIMO DEL HOSPITALIZACIÓN Y SERÁ CONSIDERADO COMO UN NUEVO PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN, SUJETO AL MÁXIMO DE EVENTOS INDEPENDIENTES POR CADA AÑO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA.

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ EL MONTO DE LA CUOTA A LA FECHA DEL SINIESTRO, SEGÚN LO DETALLADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

ESTA COBERTURA TIENE UN TOPE DE INDEMNIZACIÓN DE UF 3,0 POR EVENTO Y MÁXIMO DE 3 EVENTOS INDEPENDIENTES POR AÑO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA.

#### CUADRO DE BENEFICIOS:

COBERTURAS	MONTO ASEGURADO
1.- INCAPACIDAD TEMPORAL	SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA CON TOPE UF 10 POR EVENTO
2.- HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE	MONTO DE UNA (1) CUOTA DE LA TARJETA DE CRÉDITO LIDER BCI DEL ASEGURADO, POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE DEL ASEGURADO TITULAR, CON TOPE UF 3 POR EVENTO Y CON UN MÁXIMO DE 3 EVENTOS INDEPENDIENTES POR AÑO DE VIGENCIA DE COBERTURA INDIVIDUAL, SEGÚN CONDICIONES DEL SEGURO.

**NOTA 1:** ESTE SEGURO NO CUBRIRÁ SUPERAVANCES Y CUALQUIER OTRO TIPO DE CRÉDITO EN DINERO DE LA TARJETA DEL TITULAR (A EXCEPCIÓN DEL AVANCE EN EFECTIVO). TAMPOCO CUBRIRÁ LOS INTERESES, MULTAS U OTROS MONTOS DISTINTOS DEL INDICADO, COBRADOS CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DEL SINIESTRO.

**NOTA 2:** EN CASO QUE EL ASEGURADO CAMBIE SU SITUACIÓN LABORAL A DEPENDIENTE, DEBERÁ NOTIFICAR LO ANTES POSIBLE A SEGUROS LIDER BCI PARA EVALUAR EL CAMBIO DE SU COBERTURA AL SEGURO DE DESEMPLEO Y HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE O SOLICITAR EL TÉRMINO DEL SEGURO.

#### **BENEFICIARIO DEL SEGURO, CARENCIAS, PERIODO ACTIVO MÍNIMO, DEDUCIBLES Y OTROS LÍMITES**

**BENEFICIARIO DEL SEGURO:** SE DESIGNA EN CALIDAD DE BENEFICIARIO IRREVOCABLE A SERVICIOS FINANCIEROS Y ADMINISTRACIÓN DE CRÉDITOS COMERCIALES S.A

#### **DEDUCIBLES, CARENCIAS, PERIODO ACTIVO MÍNIMO Y OTROS LÍMITES:**

COBERTURA	DEDUCIBLE	CARENCIA	PERIODO ACTIVO MÍNIMO	ANTIGÜEDAD LABORAL MÍNIMA
INCAPACIDAD TEMPORAL	NO TIENE	60 DÍAS CORRIDOS (**)	180 DÍAS CORRIDOS	NO APLICA
HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE	10 PRIMEROS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	NO TIENE	NO APLICA	NO APLICA

\*\* 60 DÍAS A PARTIR DEL PRIMER INICIO DE VIGENCIA QUE ES EQUIVALENTE A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO FIRMA LA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN.

**REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD E INTERÉS ASEGURABLE**

**REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:**

COBERTURA	EDAD MIN. INGRESO	EDAD MÁX. INGRESO	EDAD MÁX. PERMANENCIA
INCAPACIDAD TEMPORAL HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE	18 AÑOS.	HASTA LOS 84 AÑOS Y 364 DÍAS	HASTA LOS 89 AÑOS Y 364 DÍAS

**INTERÉS ASEGURABLE:** ES AQUEL QUE TIENE EL ASEGURADO EN LA NO OCURRENCIA DEL RIESGO. EL ASEGURADO DEBE TENER UN INTERÉS ASEGURABLE, ACTUAL O FUTURO, RESPECTO AL BIEN ASEGURADO. EN TODO CASO ES PRECISO QUE TAL INTERÉS EXISTA AL MOMENTO DE OCURRIR EL SINIESTRO. SI EL INTERÉS NO LLEGARE A EXISTIR, O CESARE DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, EL CONTRATO TERMINARÁ A CONTAR DE FECHA DE INICIO DE LA INEXISTENCIA DEL INTERÉS ASEGURABLE, CESANDO ASÍ CUALQUIER RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA SOBRE EL ASEGURADO Y, ASÍ MISMO, EL ASEGURADO TENDRÁ DERECHO A LA RESTITUCIÓN DE LA PARTE DE LA PRIMA NO GANADA POR EL ASEGURADOR CORRESPONDIENTE AL TIEMPO NO CORRIDO.

**VIGENCIA: PERÍODO 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 DEL ASEGURADO ES MENSUAL, Y RENOVARA AUTOMATICAMENTE. COMENZARÁ DESDE LA FIRMA DE LA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y SE MANTENDRÁ VIGENTE 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 PÓLIZA.

EFFECTUADO EL PAGO DE LA PRIMA INICIAL DE ESTE SEGURO, EN CASO DE MORA O SIMPLE RETARDO EN EL PAGO DE TODO O PARTE DE LA PRIMA, SE CONCEDE UN PLAZO DE GRACIA DE 60 DÍAS CORRIDOS CONTADOS DESDE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO DEBIÓ PAGAR LA PRIMA. DURANTE EL PLAZO DE GRACIA, LAS COBERTURAS PERMANECERÁN VIGENTES. TRANSCURRIDO DICHO PLAZO DE NO PAGO DE LAS PRIMAS, LA COMPAÑÍA PODRÁ PONER TÉRMINO DE INMEDIATO A LAS COBERTURAS CONTRATADAS, PARA LO CUAL COMUNICARÁ AL ASEGURADO DE DICHA SITUACIÓN POR ESCRITO AL MENOS 15 DÍAS DE ANTICIPACIÓN.

**PRIMA:** LA PRIMA DEL PRESENTE SEGURO SERÁ DE CARGO EXCLUSIVO DEL PROPIO ASEGURADO Y SE PAGARÁ DE FORMA MENSUAL SIEMPRE QUE MANTENGA UNA DEUDA O CONSUMO MAYOR A \$3.000 PESOS EN SU TARJETA DE CRÉDITO LIDER BCI. LA PERIODICIDAD DE COBRO ES MENSUAL VENCIDA. EL DESGLOSE DE LA PRIMA POR COBERTURA ES EL SIGUIENTE:

COBERTURA	PRIMA CLIENTE BRUTA (UF)
INCAPACIDAD TEMPORAL	0,0057446
HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE	0,008754
<b>PRIMA TOTAL</b>	<b>0,066200</b>

**DERECHO DE RETRACTO**

**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 INCORPORACIÓN 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 DAR TÉRMINO AL PRESENTE CONTRATO EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN EXPRESIÓN DE CAUSA, COMUNICÁNDOSE CON LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O LA CORREDORA POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDIOS: POR ESCRITO, EN CUALQUIER SUCURSAL DE LIDER BCI SERVICIOS FINANCIEROS; LLAMANDO AL 600 600 5757; O EN LA PÁGINA WEB [WWW.TARJETALIDERBCI.CL](http://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 PERIODO DE COBERTURA, NO CORRESPONDE DEVOLUCIÓN DE PRIMA EN CASO DE RENUNCIA.

**SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** EN CASO DE SURGIR CUALQUIER CONTROVERSIA, QUEJA O RECLAMACIÓN RESPECTO A ESTE SEGURO Y QUE NO SE REFIERA A MATERIAS CONTEMPLADAS EN NORMAS ESPECIALES QUE REGULAN EL CONTRATO DE SEGURO, PODRÁ ACUDIR A LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA COMPETENTES, EN CONFORMIDAD CON LA LEY N° 19.496.

#### CAUSALES DE TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO

##### CAUSALES DE TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO:

EL SEGURO TERMINARÁ AL VENCIMIENTO DEL PLAZO ESTABLECIDO PARA SU DURACIÓN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, POR EL CUMPLIMIENTO DE LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA INDICADA EN LA PÓLIZA, POR LA PÉRDIDA DE LA CALIDAD DE ASEGURADO DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O TRAS EL PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO.

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 EN CASO DE CONCURRIR UNA CUALQUIERA DE 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 11 DE LAS CONDICIONES GENERALES.
- 3.- SI EL ASEGURADO PERDIESE LA CALIDAD DE ASEGURADO DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.
- 4.- POR INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.
- 5.- POR LA TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA COLECTIVA, EN CUYO CASO EL ASEGURADOR PODRÁ PONER TÉRMINO ANTICIPADO A LAS COBERTURAS INDIVIDUAL

EN TODO CASO, PARA EL PUNTO NÚMERO 1, LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO SE PRODUCIRÁ A LA EXPIRACIÓN DEL PLAZO DE TREINTA DÍAS CONTADO DESDE LA FECHA DE ENVÍO DE LA RESPECTIVA COMUNICACIÓN.

#### EXCLUSIONES:

- **POL 3 2023 0306:**

**PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL:** NO SE EFECTUARÁ EL PAGO DE LAS CANTIDADES ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA CUANDO LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD QUE AQUEJE AL ASEGURADO SEA PRODUCTO DE LA SIGUIENTE CAUSAL: B) INCAPACIDAD VERIFICADA DURANTE EL REPOSO O LICENCIA VERIFICADO DURANTE EL TRANSCURSO DEL PERMISO PRE Y POST NATAL A CAUSA DE EMBARAZO O CUALQUIER ENFERMEDAD PRODUCIDA CON MOTIVO DEL EMBARAZO. NO OBSTANTE, DE LO ESTIPULADO EN LAS EXCLUSIONES PRECEDENTES DEL POL 3 2023 0306, NO SE APLICARÁN LA LETRA (A), (C), (D), (E), (F), (G), (H), (I), (J) Y (K).

- **CAD 3 2022 0054:**

**HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE (ARTÍCULO 3, CAD 3 2022 0054)**

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 PÓLIZA PRINCIPAL.
- B) PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.
- C) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS CALIFICADOS POR LEY COMO DELITOS.
- D) NEGLIGENCIA O IMPRUDENCIA O CULPA GRAVE DEL ASEGURADO.
- E) REALIZACIÓN O PARTICIPACIÓN EN UNA ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO, CONSIDERÁNDOSE COMO TALES AQUELLOS QUE OBJETIVAMENTE CONSTITUYAN UNA FLAGRANTE AGRAVACIÓN DEL RIESGO O SE REQUIERA DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN O SEGURIDAD PARA REALIZARLOS. A VÍA DE EJEMPLO Y SIN QUE LA ENUMERACIÓN SEA TAXATIVA O RESTRICTIVA, SINO QUE MERAMENTE ENUNCIATIVA, SE CONSIDERA ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO EL MANEJO DE EXPLOSIVOS, MINERÍA SUBTERRÁNEA, TRABAJOS EN ALTURA O LÍNEAS DE ALTA TENSIÓN, INMERSIÓN SUBMARINA, PILOTO CIVIL, PARACAIDISMO, MONTAÑISMO, ALAS DELTA, BENJI, PARAPENTE, CARRERAS DE AUTO Y MOTO, ENTRE OTROS.
- F) CUALQUIER LESIÓN DEL ASEGURADO, ENCONTRÁNDOSE ÉSTE, EN ESTADO DE EBRIEDAD, INTOXICACIÓN O BAJO LOS EFECTOS DE CUALQUIER NARCÓTICO, A MENOS QUE HUBIESE SIDO ADMINISTRADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA. DICHA CIRCUNSTANCIA SE ACREDITARÁ MEDIANTE LA DOCUMENTACIÓN EXPEDIDA POR LOS ORGANISMOS CORRESPONDIENTES, CONFORME A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA VIGENTE A LA FECHA DEL SINIESTRO.
- G) CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA.
- H) HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE EMBARAZO O MATERNIDAD, ALUMBRAMIENTO O LA PÉRDIDA QUE RESULTE DEL MISMO.
- I) HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA TRATAMIENTOS MÉDICOS, DENTALES, PERIODONTALES, ESTÉTICOS O SIMILARES O LAS PÉRDIDAS QUE RESULTEN DE ELLAS.

- J) CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD MENTAL O NERVIOSA, O LAS PÉRDIDAS QUE RESULTEN DE ELLAS.
- K) CURAS DE REPOSO.
- L) GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, SEA QUE ÉSTA HAYA SIDO DECLARADA O NO, INVASIÓN Y ACTIVIDADES U HOSTILIDADES DE ENEMIGOS EXTRANJEROS.
- M) PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, SUBLEVACIÓN, SEDICIÓN, CONSPIRACIÓN O MOTÍN, PODER MILITAR, SABOTAJE, TUMULTO O CONMOCIÓN CONTRA EL ORDEN PÚBLICO, DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.
- N) PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN ACTO TERRORISTA. ENTENDIÉNDOSE POR ACTO TERRORISTA TODA CONDUCTA CALIFICADA COMO TAL POR LA LEY, ASÍ COMO EL USO DE FUERZA O VIOLENCIA O LA AMENAZA DE ÉSTA, POR PARTE DE CUALQUIER PERSONA O GRUPO, MOTIVADO POR CAUSAS POLÍTICAS, RELIGIOSAS, IDEOLÓGICAS O SIMILARES, CON LA INTENCIÓN DE EJERCER INFLUENCIA SOBRE CUALQUIER GOBIERNO O DE ATEMORIZAR A LA POBLACIÓN, O A CUALQUIER SEGMENTO DE LA MISMA.
- O) EVENTOS DERIVADOS DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA, CONTAMINACIÓN QUÍMICA O BACTERIOLÓGICA.

### PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

#### PRESENTACIÓN DE SINIESTROS:

PRODUCIDO UN SINIESTRO, EL RECLAMANTE DEBERÁ COMUNICARLO POR ESCRITO TAN PRONTO SEA POSIBLE DESDE QUE SE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL SINIESTRO. NO OBSTANTE, SE CONCEDE UN PLAZO DE 90 DÍAS CORRIDOS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE HAYA PRODUCIDO EL HECHO, EN TANTO ESTE PLAZO SEA SUPERIOR AL PRIMERO, EMPLEANDO PARA TAL EFECTO UN FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE SINIESTROS QUE PROPORCIONARÁ LA CORREDORA DE SEGUROS. ESTA ÚLTIMA ENVIARÁ LOS ANTECEDENTES A LA COMPAÑÍA PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO.

INCAPACIDAD TEMPORAL (*)	1.- FORMULARIO DE DENUNCIO SINIESTRO FIRMADO POR EL ASEGURADO.
	2.- ORIGINAL O COPIA NOTARIAL DE LA LICENCIA MÉDICA, CERTIFICADO MÉDICO O ATENCIÓN DE URGENCIA QUE ACREDITE QUE EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO DE DESEMPEÑAR SU ACTIVIDAD LABORAL ORDINARIA Y QUE DEBE GUARDAR REPOSO ABSOLUTO POR 30 O MÁS DÍAS CONSECUTIVOS.
	3.- DECLARACIÓN JURADA SIMPLE QUE INDIQUE SU CONDICIÓN DE INDEPENDIENTE.
	4.- ESTADO DE CUENTA A LA FECHA DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.
	5.- ANTECEDENTES GENERALES DEL CLIENTE (ASEGURADO) CON FECHA DE EMISIÓN POSTERIOR A LA FECHA DEL SINIESTRO.
HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE	1.- CARNET DE ALTA MEDICA O FACTURA HOSPITALARIA.
	2.- FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO O CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL.
	3.- ESTADO DE CUENTA A LA FECHA DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

(\*) EN EL CASO DE LOS PENSIONADOS ESTOS, ADEMÁS, DEBERÁN PRESENTAR EL CERTIFICADO DE JUBILACIÓN Y COPIA DEL COMPROBANTE DEL PAGO DE LA ÚLTIMA PENSIÓN. EN EL CASO DE LAS(OS) DUEÑAS(OS) DE CASA DEBERÁN, ADEMÁS, PRESENTAR DECLARACIÓN JURADA DONDE SE INDIQUE TAL CALIDAD. EN EL CASO DE ESTUDIANTES DEBERÁN, ADEMÁS, PRESENTAR UN CERTIFICADO DE ESTUDIANTE Y UNA DECLARACIÓN JURADA QUE INDIQUE QUE NO ES TRABAJADOR DEPENDIENTE. SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PODRÁ SOLICITAR CUALQUIER OTRO ANTECEDENTE QUE SEA NECESARIO PARA PODER ANALIZAR Y LIQUIDAR EL RESPECTIVO SINIESTRO.

#### 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 **PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS**, ESPECIFICADO EN EL ANEXO CIRCULAR 2106 DE LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO ADJUNTOS A ESTE CONTRATO.



## NOTAS DE AUTORREGULACIÓN Y BUENAS PRÁCTICAS

### NOTAS IMPORTANTES

1. COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES CONSORCIO NACIONAL DE SEGUROS 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 ESTAS 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 CONSORCIO Y EN [WWW.AACH.CL](http://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 CLIENTE PUEDEN PRESENTAR SUS RECLAMOS ANTE EL DEFENSOR DEL ASEGURADO UTILIZANDO LOS FORMULARIOS DISPONIBLES EN LAS OFICINAS DE COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES CONSORCIO NACIONAL DE SEGUROS S.A. O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB [WWW.DDACHILE.CL](http://WWW.DDACHILE.CL).
2. **SSFF CORREDORES DE SEGUROS Y GESTION FINANCIERA LIMITADA** SE ENCUENTRA ADHERIDA VOLUNTARIAMENTE AL GRUPO RETAIL SEGUROS [WWW.RETAILSEGUROS.ORG](http://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.

### INFORMACIÓN DEL USUARIO Y AUTORIZACIONES

1. 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 INSTRUMENTO. 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.

2. EN ESTE MISMO ACTO, EL ASEGURADO Y/O 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 ASEGURADOS Y/O CONTRATANTES, 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. ASIMISMO, EL ASEGURADO Y/O 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 SEGURO Y EN CONSIDERACIÓN A LA OBLIGACIÓN DE DICHAS ENTIDADES DE MANEJARLA RESERVADAMENTE CONFORME A LA NORMATIVA APLICABLE.

3. EL ASEGURADO Y/O 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 TRATAR, DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN LA LETRA O) DEL ARTÍCULO 2° DE LA LEY 19.628, A TRANSMITIR, COMPARTIR Y/O ENTREGAR CUALQUIER INFORMACIÓN SOBRE SUS DATOS PERSONALES, QUE HAYA PROPORCIONADO PARA LOS FINES DE ESTE SEGURO, A SUS SOCIEDADES RELACIONADAS EN CHILE (DEFINIDAS EN LA LEY 18.045 DE MERCADO DE VALORES) O EN EL EXTRANJERO, Y/O TERCEROS EN CONVENIO, ACTUALES O FUTUROS, AUTORIZADOS POR LA CORREDORA Y A SU VEZ, A ESTOS, AUTORIZA PARA EFECTUAR EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES CON FINES DE: COBRANZA, GESTIÓN DE RIESGO Y CUMPLIMIENTO, DE OFRECER, PUBLICITAR Y DAR A LOS ASEGURADO Y/O CONTRATANTES ACCESO E INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIOS, BIENES Y/O SERVICIOS QUE TODOS LOS ANTERIORES OFRECEN.

### IMPORTANTE

**USTED ESTA SOLICITANDO SU INCORPORACIÓN 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 LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

**NOTAS GENERALES: 1.- HE LEÍDO Y CONOZCO ÍNTEGRAMENTE EL CONTENIDO DE LA PRESENTE SOLICITUD, CUYA COPIA 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 ESTOS SEGUROS. 2.- 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 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. 3.- 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. 4.- ESTE INSTRUMENTO NO REEMPLAZA LAS CONDICIONES PARTICULARES NI GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO CORRESPONDIENTE. 5.- 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. 6.- ESTE CONTRATO NO CUENTA CON EL SELLO SERNAC.

**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 ENCUENTRA A SU DISPOSICIÓN EN [WWW.TARJETALIDERBCI.CL](http://WWW.TARJETALIDERBCI.CL)

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 SERVICIOS FINANCIEROS.

DUDAS O CONSULTAS, LLAME AL FONO 600 600 57 57, OPCIÓN SEGUROS.

**ANEXO A: INFORMACIÓN DE COMISIONES**

**ANEXO A  
INFORMACIÓN DE LAS COMISIONES PARA  
SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA  
DE SEGURO DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE  
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 COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES CONSORCIO NACIONAL DE SEGUROS S.A. RESPECTO DE LA PRIMA PAGADA POR USTED POR SU PÓLIZA 22914 SON LAS SIGUIENTES:

**INFORMACIÓN DE LAS COMISIONES PAGADAS  
POR COLOCACIÓN DE ESTE SEGURO**

**COMISIÓN DE USO DE CANAL**

SERVICIOS FINANCIEROS Y ADMINISTRACIÓN DE CRÉDITOS COMERCIALES S.A.  
RUT: 77.085.380-K  
0,04960 U.F (IVA INCLUIDO)

**COMISIÓN DEL CORREDOR**

SSFF CORREDORES DE SEGUROS Y GESTIÓN FINANCIERA LIMITADA  
RUT: 76.196.870-K  
0,006620 U.F (IVA INCLUIDO)

**ANEXO B: SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE**

**ANEXO B  
SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE  
SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA  
DE SEGURO DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE.**

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 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 SERVICIOS FINANCIEROS Y SU DIRECCIÓN SE ENCUENTRA INFORMADO EN LA PÁGINA DE INTERNET, [WWW.TARJETALIDERBCI.CL](http://WWW.TARJETALIDERBCI.CL).
- (ii) EN LA PÁGINA DE INTERNET DE SERVICIOS FINANCIEROS, [WWW.TARJETALIDERBCI.CL](http://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 22:00 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](http://WWW.TARJETALIDERBCI.CL).

**ANEXO C: CIRCULAR N°2131**

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

EN VIRTUD DE LA CIRCULAR NRO. 2.131 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 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, ÉSA 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 AVDA. LIBERTADOR BERNARDO O HIGGINS 1449 PISO 1, SANTIAGO, O A TRAVÉS DEL SITIO WEB WWW.CMFCHILE.CL.

**ANEXO D: PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO**

**ANEXO D**  
**PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO**  
(CIRCULAR N° 2106 DEL 31.05.2013 DE CMF)

**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 SURGIERAN 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: SEGUROS EN GENERAL: 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 IMPUGNAR. 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 DEL ASEGURADO**

#### **ANEXO E**

#### **DECLARACIÓN DEL ASEGURADO**

¿A LA FECHA DE CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES?

- TRABAJADOR INDEPENDIENTE (EMPRENDEDOR, FERIANTE, MICROEMPRESARIO, ENTRE OTROS).
- DUEÑO/A DE CASA
- PENSIONADO/A O JUBILADO/A

SI:   X  

NO: