

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN  
SEGURO DE CESANTÍA CRÉDITO SOCIAL CAJA LOS ANDES**


**COBERTURAS - ¿ANTE QUÉ ME PROTEGE ESTE SEGURO?**

**DESEMPLEO - ¿QUÉ CUBRE?**

<p><b>Qué me cubre (materia asegurada), Cuánto me cubre y cómo me pagará</b></p>	<p>Cubre los casos de desempleo involuntario en donde el asegurado ya no percibe ningún ingreso por parte de su empleador, con un máximo de 3 cuotas de su crédito social por evento, pagadas de una en una al beneficiario por cada 30 días de cesantía, con un tope de 2 eventos durante toda la vigencia del seguro. El capital máximo del crédito por Asegurado no podrá exceder las UF 1.000.</p>
<p><b>Vigencia de la cobertura</b></p>	<p>La cobertura es mensual, y comenzará a regir una vez transcurrido el periodo de carencia contemplado en éste seguro, renovándose mensualmente en forma automática a menos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El asegurado no pague la prima.</li> <li>• El asegurado o la Compañía hayan puesto fin a la cobertura.</li> <li>• El asegurado cumpla 75 años y 364 días de edad.</li> </ul>

**¿ANTE QUÉ CAUSALES DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO CUBRE ESTE SEGURO?**

<b>Asegurado</b>	<b>Trabajador Dependiente con Contrato de Trabajo Indefinido</b>	<b>Funcionario de Administración Pública, Profesional de la Educación, Fuerzas Armadas y de Orden</b>		
<p>Situaciones que cubre (en caso de que el asegurado quede totalmente privado de ingresos por conceptos laborales, por circunstancias no imputables a su actuar).</p>	<p>Término del empleo, de acuerdo al Código del Trabajo, por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art. 159, n°6: Caso fortuito o fuerza mayor.</li> <li>• Art. 161: Necesidades de la empresa y desahucio del empleador.</li> <li>• Art. 163 bis: Procedimiento concursal de liquidación que afecte al empleador.</li> </ul>	<p><b>1) Cesación o término en el cargo de Funcionario de Administración Pública sometidos al Estatuto Administrativo</b> <b>Funcionarios de planta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art. 146, letra e - Supresión del empleo.</li> <li>• Art. 146, letra f - Término del período legal.</li> </ul> <p><b>Funcionarios a contrata:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No renovación del contrato finalizado el plazo.</li> </ul> <p><b>2) Cesación o término en el caso de los profesionales de la educación municipalizada, sometidos al Estatuto Docente.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesantía involuntaria derivada del cese de sus funciones por causas que no sean imputables a su actuar o voluntad.</li> </ul> <p><b>3) Retiro o baja involuntaria de miembro de Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El retiro o la baja se deba a causa no imputable a la voluntad o conducta de la persona.</li> <li>• No implique para el integrante retirado el pago de una pensión o jubilación.</li> </ul>		
<p><b>Requisitos para contratar el seguro</b></p>	<p>Ser afiliado de Caja Los Andes y tener entre 18 y 65 años con 364 días de edad.</p>			
<p><b>Requisitos para tener derecho a indemnización</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antigüedad Laboral: Tiempo en el cual el asegurado debe estar trabajando para tener derecho a la cobertura de desempleo. 180 días corridos.</li> <li>• Carencia: Es el periodo de tiempo que se cuenta desde la fecha de incorporación a la póliza colectiva durante el cual el Asegurado no tiene derecho alguno a indemnización en caso de siniestro. 90 días corridos.</li> <li>• Periodo Activo Mínimo: Tiempo durante el cual el asegurado, que ya ha sido indemnizado, y ha obtenido un nuevo empleo, debe mantenerse 90 días corridos en su nuevo empleo para solicitar nuevamente la cobertura.</li> <li>• N° de días que el Asegurado debe permanecer Desempleado para solicitar la indemnización: 30 días corridos por cada cuota cubierta por el seguro.</li> </ul>			
<p><b>Precio (Prima) y forma de pago del seguro</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prima es el monto mensual que debe pagar por el seguro, y se calculará aplicando la tasa (IVA incluido) indicada en la tabla inferior, sobre el monto inicial del crédito:</li> </ul> <table border="1" data-bbox="657 1921 1218 1953"> <tr> <td><b>Plazo del crédito (meses)</b></td> <td><b>Tasa por mil</b></td> </tr> </table>		<b>Plazo del crédito (meses)</b>	<b>Tasa por mil</b>
<b>Plazo del crédito (meses)</b>	<b>Tasa por mil</b>			

	<table border="1"> <tr><td>1-12</td><td>2,000‰</td></tr> <tr><td>13-24</td><td>1,530‰</td></tr> <tr><td>25-36</td><td>1,600‰</td></tr> <tr><td>37-48</td><td>1,190‰</td></tr> <tr><td>49-60</td><td>1,010‰</td></tr> <tr><td>&gt;60</td><td>0,680‰</td></tr> </table> <p>• El valor del seguro se descontará mensualmente de la remuneración. Caja Los Andes se encargará de informar la contratación de este seguro a su empleador, institución financiera o de previsión social y de recaudar periódicamente la prima del seguro, mientras se mantenga vigente.</p>	1-12	2,000‰	13-24	1,530‰	25-36	1,600‰	37-48	1,190‰	49-60	1,010‰	>60	0,680‰
1-12	2,000‰												
13-24	1,530‰												
25-36	1,600‰												
37-48	1,190‰												
49-60	1,010‰												
>60	0,680‰												
	<table border="1"> <tr> <td><b>Código del Crédito:</b></td> <td><b>Monto Inicial del crédito:</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Total a pagar:</b></td> </tr> </table>	<b>Código del Crédito:</b>	<b>Monto Inicial del crédito:</b>	<b>Total a pagar:</b>									
<b>Código del Crédito:</b>	<b>Monto Inicial del crédito:</b>												
<b>Total a pagar:</b>													
<b>Quién es el beneficiario</b>	El Contratante (Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes).												
<b>Plazo para denunciar un siniestro</b>	Se deberá comunicar tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento del mismo, salvo caso fortuito y fuerza mayor.												
<b>Comisiones incluidas en el precio del seguro</b>	<p>Estas comisiones están ya incluidas dentro del precio mensual del seguro, y se calculan sobre la prima cliente neta, neta de anulaciones y devoluciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comisión del Corredor: 0,85% (IVA incluido) sobre la prima cliente neta.</li> <li>• Comisión del Contratante por recaudación: 5,85% (exento de IVA) sobre la prima cliente neta.</li> <li>• Comisión del Contratante por el uso de la red de atención: 2,14% (IVA incluido) sobre la prima cliente neta + \$ 200 pesos (más IVA) por venta.</li> </ul>												
<b>¿QUÉ NO CUBRE?</b>													
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se otorgará la indemnización si la persona fue desvinculada de una empresa de la cual el asegurado o un familiar cercano sea socio, accionista, titular de EIRL, director o ejecutivo principal.</li> <li>• No se otorgará la cobertura cuando el desempleo se produzca por una causa distinta a las cubiertas por este seguro.</li> </ul> <p>(*) Familiar cercano: cónyuge, conviviente civil, padre, madre, hijo(a), hermano(a), nieto(a), tío(a), abuelo(a), cuñado(a), suegro(a), y/o padre o madre el su conviviente civil.</p>													
<b>ATENCIÓN AL CLIENTE</b>													
<b>CONSULTAS Y RECLAMOS</b>	<table border="1"> <tr> <td><b>Caja Los Andes:</b> 600-510-0000 Lu-vi 08:00 a 20:00 hrs.</td> <td><b>BNP Paribas Cardif:</b> 800-362-100   (56-2) 2429-3507 (celulares)   Lu-vi 09:00 a 18:00 hrs. servicio.cliente@cardif.cl   www.bnpparibascardif.cl</td> </tr> </table>	<b>Caja Los Andes:</b> 600-510-0000 Lu-vi 08:00 a 20:00 hrs.	<b>BNP Paribas Cardif:</b> 800-362-100   (56-2) 2429-3507 (celulares)   Lu-vi 09:00 a 18:00 hrs. servicio.cliente@cardif.cl   www.bnpparibascardif.cl										
<b>Caja Los Andes:</b> 600-510-0000 Lu-vi 08:00 a 20:00 hrs.	<b>BNP Paribas Cardif:</b> 800-362-100   (56-2) 2429-3507 (celulares)   Lu-vi 09:00 a 18:00 hrs. servicio.cliente@cardif.cl   www.bnpparibascardif.cl												
<b>DECLARACIÓN DE SINIESTROS</b>  <b>¡DENUNCIA AQUÍ!</b>	<p><b>Una vez transcurrido los 30 días de Desempleo involuntario, debes entregar la documentación de siniestros directamente en la red de sucursales de Caja Los Andes o por medio de la página web <a href="https://denuncionline.cardifnet.com">https://denuncionline.cardifnet.com</a>.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trabajador Empresa Privada:</b> Para la primera cuota: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Finiquito ratificado o copia legalizada del finiquito ratificado. En ausencia del Finiquito podrá adjuntar: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Copia del Acta de comparecencia emitida por la Inspección del Trabajo.</li> <li>▪ Sentencia judicial ejecutoriada dictada por el Juzgado Laboral.</li> <li>▪ Carta del liquidador concursal cuando corresponda</li> </ul> </li> <li>- Copia de la demanda por despido injustificado, en caso de que el trabajador impugne judicialmente la causal de despido alegada por el empleador.</li> </ul> </li> </ul> <p>Para la segunda y tercera cuota: Certificado de AFP emitido el día 25 del mes siguiente a la fecha de vencimiento de la cuota y fotocopia cédula de identidad por ambos lados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trabajador de la Administración Pública, Docente y Miembros de las Fuerzas Armadas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia legalizada del Decreto o Resolución del organismo que corresponda indicando el motivo de despido.</li> </ul> </li> </ul> <p>En ambos casos se deberá completar el Formulario de denuncia firmado por el Asegurado.</p>												
<b>MANDATO PARA DENUNCIAR SINIESTROS</b>													

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

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

<b>Póliza colectiva:</b>	<b>122087495</b>	<b>Folio:</b>
<b>Condiciones Generales</b>	Depositadas en la CMF bajo el código POL 1 2019 0022.	
<b>Compañía de Seguros</b>	BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A. RUT: 96.837.640-3	
<b>Corredor de Seguros</b>	Corredores de Seguros La Cámara SpA, RUT 76.008.701-7	
<b>Contratante de la póliza colectiva</b>	Caja de Compensación de Asignación Familiar Los Andes, RUT 81.826.800-9	

Por este mismo acto, autorizo expresamente a mi actual o futuro empleador o institución financiera o de previsión social según corresponda para que la prima de este seguro se me descuenta de mi remuneración mensual, y la entere en la CCAF Los Andes quien se encargará de su recaudación.

Autorizo a CCAF Los Andes para informar de esta autorización a mi empleador o institución financiera o de previsión social según corresponda.

La presente autorización subsistirá mientras se mantenga vigente este seguro.

Todos los mandatos que el afiliado y sus codeudores han otorgado a La Caja en virtud del presente instrumento, han sido extendidos en forma voluntaria. El afiliado expresa que todos ellos han expresado fielmente sus finalidades y que constan de las cláusulas del presente instrumento. El afiliado declara haber recibido de parte de La Caja, en forma cabal y oportuna, toda la información necesaria acerca de los mandatos entregados, los que para todos los efectos legales son otorgados en interés conjunto del afiliado, de La Caja y de la Compañía.

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado



## DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo:

RUT:

Fecha de Nacimiento:

Fecha de Incorporación:

Nacionalidad:

Profesión/Ocupación:

## CANALES DE NOTIFICACIÓN

Acepto que toda comunicación y notificación me sean informadas a través de los canales de notificación indicados a continuación:

Dirección:

Comuna:

Ciudad:

E-mail:

Celular:

Teléfono fijo:

**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, intermediarios 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.



BNP Paribas Cardif Seguros  
Generales S.A.



Corredores de Seguro  
La Cámara SpA.

Asegurado

- 1. IMPORTANTE:** Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por Caja de Compensación y Asignación Familiar de los Andes directamente con la compañía de seguros.
- El proponente ha tomado conocimiento del derecho a decidir sobre la contratación de los seguros y a la libre elección del intermediario y compañía aseguradora.
- BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Practicas de las Compañías de Seguros, el que se encuentra a disposición en [www.aach.cl](http://www.aach.cl).
- La presente solicitud de incorporación es aceptada de inmediato por BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A. este instrumento hace las veces de certificado de cobertura, para todos los efectos legales a que hubiere lugar.
- Este contrato no cuenta con sello SERNAC.
- La compañía aseguradora podrá dar término anticipado al presente seguro en los siguientes casos: i) Si el interés asegurable no llegase a existir; ii) por no pago de la prima por parte el asegurado; iii) por terminación de la póliza colectiva, y iv) incumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza por parte del Asegurado
- La vigencia de la póliza colectiva a la cual está solicitando incorporarse es anual a partir del día 01/08/2022 hasta las 24:00 horas del 28/02/2023 y se renovará automáticamente por períodos iguales y sucesivos de un año salvo que las partes manifiesten lo contrario, caso en el cual deberá comunicarlo a la otra parte, por medio de carta certificada o correo electrónica (email) con al menos 90 días de anticipación al término del vencimiento original o cualquiera de sus prorrogas.
- BNP Paribas Cardif se reserva el derecho de solicitar cualquier otro antecedente que estime necesario para poder liquidar el siniestro.
- La contratación de este seguro es de carácter voluntario.
- Además, le informamos que, en caso de surgir cualquier controversia, queja o reclamación respecto a este seguro, podrá acudir a los Tribunales de Justicia competentes, en conformidad con la Ley N° 19.496.
- Le recordamos que usted podrá dar término al presente contrato en cualquier momento y sin expresión de causa (Salvo las excepciones legales), comunicándose con la Compañía de Seguros o la Corredora por medio de alguno de los canales antes señalados.
- Recuerde que podrá retractarse de los seguros contratados, sin expresión de causa ni penalización alguna, en el plazo de 35 días contados desde la fecha en que la copia de la póliza llegue al domicilio designado para tales efectos. La retractación deberá comunicarse, a la Compañía o a la Corredora que intermedie el seguro, por cualquier medio que permita la expresión fehaciente de voluntad. Si la retractación se produce con posterioridad al pago de la prima respectiva, deberá restituirse su importe íntegro al interesado, con independencia del medio de pago respectivo.

SI QUIERES  
CONOCER  
LOS DETALLES DE  
TU SEGURO,  
INGRESA ACÁ:

