

CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE SEGUROS DE DESGRAVAMEN

CÓDIGO CMF DE LA PÓLIZA

POL 2 2013 0678
CAD 220131429

PÓLIZA N°

1012033

CONTRATANTE

Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes

RUT

81.826.800-9

CORREDOR

SIN CORREDOR

RUT

BENEFICIARIO

Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes

RUT

81.826.800-9

TIPO DE RIESGO ASEGURADO

- Póliza Seguro Desgravamen simple.
 Póliza Seguro Desgravamen por muerte e invalidez asociada a Créditos Hipotecarios.

PÓLIZA

Individual
 Colectiva

VIGENCIA

31-12-2022 Inicio
 31-12-2024 Término

RENOVACIÓN

Si
 No

PRIMA MONTO

MONEDA

UF
 Peso
 Otra

PERIODO DE PAGO

Anual
 Mensual
 Otra

CONDICIONES

Fija
 Ajustable según contrato

COMISION TOTAL CORREDORES

Monto
 No hay comisión

COBERTURAS

Muerte
 Invalidez
 Otro

MONTO Saldo Insoluto Deuda

ART.

Art. N°2
Art. N°2

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD

Si
 No

ART.

PERIODO DE CARENIA

No tiene

ART.

Exclusiones

Si
 No

ART.

Art. N°8

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

El asegurado ha autorizado a la Compañía para efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:

Email al correo electrónico
 Carta a la siguiente dirección
 Otro

La presente carátula es un resumen de la información más relevante de la póliza y los conceptos fundamentales se encuentran definidos al reverso.

Para una comprensión integral, se debe consultar las condiciones generales y particulares de la póliza. En cada punto se señala el artículo del condicionado general donde puede revisarse el detalle respectivo.

Nota 1: El asegurado tiene la obligación de entregar la información que la compañía requiera acerca de su estado de riesgo, en los casos y en la forma que determina la normativa vigente. La infracción a esta obligación puede acarrear la terminación del contrato o que no sea pagado el siniestro.

Nota 2: 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 de Asignación Familiar de Los Andes, directamente con la compañía de seguros."

DEFINICIONES

CÓDIGO CMF DE LA PÓLIZA: Es el Código con que la póliza fue depositada en la Comisión para el Mercado Financiero, conocido también como "código Pol". Si la póliza incluye más de uno, se incluye sólo el de la cobertura principal.

PÓLIZA: Documento justificativo del seguro.

CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo.

CONTRATANTE: La persona que contrata el seguro con la compañía aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Puede ser una persona diferente al asegurado.

ASEGURADO: La persona a quien afecta el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora.

BENEFICIARIO: La persona que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro.

TIPO DE RIESGO ASEGURADO: Según el tipo de riesgo, las pólizas pueden ser de los siguientes tipos:

Es seguros desgravamen simple cuando se cubre el saldo insoluto de la deuda por muerte del deudor asegurado.

Es seguros desgravamen por muerte e invalidez asociado a créditos Hipotecarios, aquel exigido por las entidades crediticias, que cubre el saldo insoluto de la deuda por muerte del deudor asegurado. Se puede contratar la cobertura adicional de invalidez 2/3 que cubrirá el mismo saldo.

VIGENCIA: Tiempo durante el cual se extiende la cobertura de riesgo de la póliza contratada

RENOVACIÓN: Se refiere a si la póliza se extingue al vencimiento de su plazo o si se renueva.

Es automática cuando se entiende renovada si el cliente o la compañía no deciden terminarla, conforme a la póliza. Es sin renovación, cuando la póliza se extingue al vencimiento de su vigencia.

PRIMA: El precio que se cobra por el seguro. Éste incluye los adicionales, en su caso.

CONDICIONES DE PRIMA: La prima puede ser fija, si el monto es el mismo durante toda la vigencia de la póliza, o puede ser ajustable, si ese precio puede ser modificado conforme a las normas incluidas en la póliza.

COMISIÓN CORREDOR: Es la Parte de prima que recibe un tercero, normalmente corredor de seguros, que ha vendido el seguro por cuenta de la compañía. Puede expresarse como un monto fijo o un porcentaje de la prima.

COBERTURA: El tipo de riesgo cubierto por la póliza.

CARENCIA: Período establecido en la póliza durante el cual no rige la cobertura del seguro.

EXCLUSIONES: Aquellos riesgos especificados en la póliza que no son cubiertos por el seguro.

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD: Son los requisitos específicos que debe cumplir el asegurado para que la compañía cubra el riesgo y pague el seguro, en caso de siniestro.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: Sistema de comunicación que el cliente autoriza para que la compañía le efectúe todas las notificaciones requeridas conforme a la póliza o que la compañía requiera realizar. Es responsabilidad del cliente actualizar los datos cuando exista un cambio en ellos.

POLIZA DE SEGUROS COLECTIVA DE DESGRAVAMEN POR MUERTE Y ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3

Penta Vida Compañía de Seguros de Vida S.A., considerando los antecedentes entregados por la Empresa Contratante emite la siguiente póliza de seguros, que establece las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales contenida en el POL 220130678 Póliza Colectiva de Desgravamen y CAD 220131429, del Depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero y a las Bases de Licitación Pública de la Póliza Colectiva de Desgravamen asociada a la cartera de deudores hipotecarios de Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes, se consideran parte integrante del presente contrato.

Datos Generales de la Póliza

Contratante	Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes
Rut	81.826.800-9
Vigencia	A contar de las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2022 hasta las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2024.
Dirección Contratante	General Calderón N° 121, Providencia, Santiago.
Modalidad de pago de prima	Mensual
Intermediario	Sin corredor
Dirección Aseguradora	Hendaya 60 Piso 7, Las Condes, Santiago

Cobertura	Condiciones Generales
Fallecimiento (Muerte)	POL 2 2013 0678 ¹
Invalidez Total y permanente 2/3	CAD 220131429 ²

CONDICIONES PARTICULARES

1

https://www.cmfchile.cl/sitio/seil/pagina/rgpol/muestra_documento.php?ABH89548=37G70IE7IX106634ABCI4ABCIV864AJ35MNS8IYMV864AEHITB6BERY64IBM

2

https://www.cmfchile.cl/sitio/seil/pagina/rgpol/muestra_documento.php?ABH89548=JKT99C1KB5635094ABCI4ABCIV864AJ35MNS8IYMJ35MNABPRX4ABCILPKA0

ARTICULO N°1 CONTRATANTE

Empresa : Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes

RUT : 81.826.800-9

Dirección : General Calderón N° 121, Providencia, Santiago.

ARTICULO N°2 COBERTURAS

La cobertura asegurada será el fallecimiento por muerte de deudores asegurados e Invalidez Total y Permanente 2/3, la que se llevará a cabo bajo las condiciones generales establecidas en la póliza depositada en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL220130678 y CAD 220131429.

Cobertura	Condiciones Generales
Fallecimiento (Muerte)	POL 220130678
Invalidez Total y permanente 2/3	CAD 220131429

Tasa de la cobertura

Cobertura	Tasa %	Afecta / Exenta
Fallecimiento (Muerte)	0,015546	Exenta
Invalidez Total y permanente 2/3	0,006166	Afecta
Tasa Total	0,021712	

Edad mínima y máxima de ingreso y permanencia

Cobertura	Ingreso (edad mínima)	Ingreso (edad máxima)	Permanencia
Fallecimiento (Muerte)	18 años	72 años 364 días	80 años 364 días
Invalidez Total y permanente 2/3	18 años	Hombre: 64 años y 364 días	Hombre: 64 años y 364 días
		Mujeres: 59 años y 364 días	Mujeres: 59 años y 364 días

ARTICULO N°3 PRIMAS

Para determinar la prima a pagar mensualmente en la cobertura de vida e ITP 2/3, se multiplicará la tasa porcentual por el monto Asegurado.

La tasa mensual indicada en el número anterior para la cobertura de Vida, por Fallecimiento, está exenta del Impuesto al Valor Agregado, sin embargo, la cobertura de Invalidez Total y permanente 2/3 esta afecta a Impuesto al Valor Agregado.

ARTICULO N°4 ASEGURADOS

Deudores de créditos y mutuos hipotecarios otorgados o suscritos por la Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes, cuyas obligaciones crediticias a la fecha de adjudicación de la presente licitación se encuentren pendientes.

Lo anterior es sin perjuicio del derecho que reconoce la ley a esos mismos deudores para contratar individual y directamente sus seguros con un asegurador de su elección. La Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes no podrá exigir al deudor coberturas o condiciones distintas a las contempladas en los seguros licitados, ni podrá aceptar una póliza individual con menores coberturas que las de los seguros licitados.

ARTICULO N°5 MONTO ASEGURADO

El monto asegurado corresponde al saldo insoluto de la deuda que mantenga el Asegurado o la proporción acordada de éste en caso de existir más de un deudor, calculado al último día del mes inmediatamente anterior al del fallecimiento del asegurado, de acuerdo a lo establecido en el artículo cuarto de la póliza colectiva de desgravamen asociada a créditos hipotecarios, inscrita en el Registro de Pólizas de la CMF bajo el código POL 220130678.

Para el caso de adicional de Invalidez, el monto asegurado corresponderá al monto que habría que pagar por la cobertura de desgravamen al momento de declararse la invalidez por parte de la Compañía de Seguros.

ARTÍCULO N° 6 PLAZO DEL SEGURO CONTRATADO

La póliza de seguro deberá empezar a regir a contar de las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2022 y tendrá una duración de veinticuatro meses, expirando en consecuencia, a las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2024 sin perjuicio que, en el evento que al término del Contrato no se hubiese podido iniciar la cobertura de un nuevo contrato, la Compañía que mantiene vigente el contrato deberá extender dicha cobertura por un plazo adicional que no excederá de 60 días.

Vencido el plazo de extensión de cobertura antes mencionado, sin que se hubiere iniciado la cobertura de un nuevo contrato que remplace al anterior, el plazo adicional de cobertura y la prima asociada serán

negociadas entre la Compañía que mantenía el contrato vigente y la Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes.

En este caso, la Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes asumirá la prima en proporción al saldo de la deuda con respecto al valor asegurado, correspondiendo al deudor asegurado la parte restante. La Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes informará de esta situación a los deudores asegurados, a más tardar el quinto día contado desde el día de vencimiento del plazo de extensión, indicando la parte de la prima que asumirá la Caja y la que asumirá el deudor asegurado, además del plazo por el que se extenderá esta situación.

ARTÍCULO N° 7 VIGENCIA DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

Los deudores en stock quedarán cubiertos desde la fecha en que se inicie la vigencia del presente contrato de seguro y durante todo el plazo de duración de éste.

La cobertura individual podrá terminar en cualquier momento respecto del deudor asegurado que haya presentado una póliza contratada en forma individual, aceptada por la Entidad Crediticia, que se ajuste a lo dispuesto en la Sección II de la NCG 469 y sus modificaciones posteriores.

ARTICULO N°8 EXCLUSIONES

Son aplicables las causales de exclusión establecidas en el artículo sexto de la póliza colectiva de desgravamen asociada a créditos hipotecarios, inscrita en el Registro de Pólizas de la CMF bajo el código POL 220130678. Adicionalmente, se aplicarán las exclusiones detalladas en el artículo cuarto de la cláusula adicional cuyo texto fue depositado en el Registro de la CMF bajo el código CAD 220131429.

ARTÍCULO N° 9 BENEFICIARIOS

El Contratante y beneficiario de los seguros de Desgravamen por muerte y adicional de invalidez total y permanente 2/3, asociados a los créditos hipotecarios, corresponde a la Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes.

ARTICULO N°10 LÍMITES DE EDAD Y CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

De acuerdo a lo establecido en las respectivas Bases de Licitación, la edad mínima y máxima de ingreso y la edad máxima de permanencia del Asegurado son:

Cobertura	Ingreso (edad mínima)	Ingreso (edad máxima)	Permanencia
Fallecimiento (Muerte)	18 años	72 años 364 días	80 años 364 días
Invalidez Total y permanente 2/3	18 años	Hombre: 64 años y 364 días	Hombre: 64 años y 364 días
		Mujeres: 59 años y 364 días	Mujeres: 59 años y 364 días

Definición de Cúmulo: Sumatoria de los montos asegurados de cada deudor, derivados de los diferentes créditos hipotecarios contratados con Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes.

ARTÍCULO N°11 FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

La recaudación de las primas de los seguros licitados será efectuada por la Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes junto al cobro del dividendo, sin costo alguno para la Compañía.

La remesa de las primas recaudadas se efectuará en el plazo máximo de 20 días contados desde la fecha de devengamiento de la prima del seguro.

ARTICULO N° 12 NÓMINA DE ASEGURADOS

En la misma fecha en que la Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes efectúe el pago de la prima a la aseguradora, enviará electrónicamente a la Compañía o bien a la compañía líder del panel de coaseguro un archivo con una nómina que contenga lo siguiente:

- a. Rut del asegurado
- b. Nombre del asegurado
- c. Número de operación crediticia
- d. Calidad del deudor asegurado: titular o principal / aval o codeudor
- e. Fecha de Nacimiento
- f. Género
- g. Fecha de otorgamiento del crédito
- h. Monto inicial del crédito (UF)
- i. Saldo insoluto a la fecha del informe (UF). Cuando exista más de un deudor asociado al mismo Crédito se deberá informar el saldo insoluto de cada uno de ellos.
- j. Plazo remanente del crédito, en meses
- k. Tasa de interés vigente del crédito
- l. Prima pagada (UF)
- m. Número de primas pagadas en el mes
- n. Prima devengada y no pagada (UF)
- o. Porcentaje del saldo insoluto cubierto por el seguro
- p. Número de meses de mora/gracia/postergación

ARTICULO N°13 CERTIFICADO DE COBERTURA

Penta Vida, Compañía de Seguros de Vida S.A., deberá entregar a través de la Caja, un certificado de

cobertura dentro del plazo de 5 días hábiles contados desde la entrada en vigencia del contrato colectivo.

La información mínima que deberá contener dicho certificado corresponderá a la señalada en el Anexo N°2 de la Norma de Carácter General 469.

ARTICULO N°14 PROCEDIMIENTOS DE SINIESTROS

1) Aviso de siniestros

La denuncia del siniestro deberá realizarse a la compañía tan pronto sea posible, una vez tomado conocimiento del hecho, salvo caso fortuito o fuerza mayor. Sin perjuicio de lo anterior, se establece un período máximo de 180 días contados desde el momento que fue posible tomar conocimiento de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro para entregar el aviso de siniestro a la Compañía Aseguradora.

El denunciado del siniestro debe ser realizado a la Compañía por el Contratante a través de la plataforma dispuesta para esto en <https://colectivos.pentavida.cl> ingresando el usuario con el mail y clave de acceso.

Si es una persona natural quien denuncia el siniestro en la Compañía, puede hacerlo a través de la página web en: <https://www.pentavida.cl>

2) Documentos necesarios para efectuar la denuncia de siniestro de Desgravamen

Deberán remitirse como mínimo, los siguientes documentos a la Compañía:

- a) Certificado de Defunción del Asegurado,
- b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado,
- c) Otros antecedentes destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía,
- d) Certificado de liquidación de la deuda o de saldo adeudado emitido por el acreedor, y
- e) Cualquier otra información que la Compañía precise para liquidar adecuadamente el siniestro que se esté reclamando.

3) Documentos necesarios para efectuar la denuncia de siniestro de Invalidez Total y permanente 2/3

- a) Copia de la cédula de identidad de asegurado
- b) Formulario de reclamo de siniestros emitido por la Compañía Aseguradora
- c) Resolución del COMPIN o Dictamen Ejecutoriado de la Comisión Médica Regional o Central, según corresponda.
- d) Todos los antecedentes médicos, como exámenes, radiografías, informes, etc., que la Compañía precise para la correcta evaluación de la invalidez
- e) En caso de desmembramientos por accidente, informe del tipo de accidente y las circunstancias en que sucedió, parte policial (si corresponde), certificado de atención en los servicios de urgencia (si

corresponde) y cualquier otro elemento probatorio del accidente. Para efectos de determinar y verificar la efectividad de la Invalidez Total y Permanente el asegurado deberá proporcionar a la compañía de seguros todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, como también aquellos documentos legales y autorizarla para requerir de sus médicos tratantes y/o instituciones de salud, incluido el Instituto de Salud Pública (IPS) todos los antecedentes que ellos posean, como también someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite

No obstará a la denuncia de siniestro la omisión de uno o más de los antecedentes requeridos por la compañía de seguros para estos efectos, sin perjuicio que puedan ser solicitados con posterioridad.

4) Plazo para la liquidación y pago de indemnización:

El plazo para la emisión del Informe de liquidación, en caso de fallecimiento, no podrá ser inferior a cinco días hábiles ni superior a diez días hábiles contados desde la recepción en la compañía aseguradora de la documentación correspondiente para la correcta evaluación del siniestro. Tratándose de siniestros de invalidez, dicho plazo no podrá ser inferior a 20 días hábiles ni superior a 30 días hábiles.

El plazo para el pago de la indemnización no podrá ser inferior a tres días hábiles ni superior a seis días hábiles, contados desde la notificación de aceptación de la Penta Vida Compañía de Seguros de Vida de la procedencia del pago de la indemnización.

Sin perjuicio de lo anterior, los plazos totales de liquidación nunca podrán exceder los señalados en el Decreto Supremo N° 1055 de 2012.

ARTICULO N°15 SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, se regirá por lo estipulado en el Artículo 543 del Código de Comercio.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ANEXO N° 1

Procedimiento de Liquidación de Siniestros

(Circular N° 2.106 del 31.05.2013 de C. M.F.)

1) OBJETO DE LA 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 de 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:

Seguros en general: 45 días corridos desde la fecha de denuncia, 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 denuncia;

b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia;

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 Superintendencia, 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 al 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 N° 2

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 atiende 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 Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1º, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl



PENTAVIDA

Compañía de Seguros de Vida S.A.

