

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN  
SEGURO DE DESGRAVAMEN E INVALIDEZ 2/3 PARA TRABAJADORES**

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

**¿QUÉ CUBRE Y CUANTO ME CUBRE?**

**Desgravamen**

**Desgravamen:** La compañía pagará saldo insoluto de todas y cada una de las operaciones crediticias que el Asegurado mantenga con el Contratante al momento de la ocurrencia del siniestro, al último día del mes inmediatamente anterior a la fecha de su fallecimiento, suponiendo un servicio regular de la deuda, con un máximo de 2 cuotas en mora.  
Capital máximo asegurado: UF 1.000  
Este producto no tiene carencia ni deducible.

**Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Permanente dos tercios**

**Invalidez permanente dos tercios:** La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las " Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980. En todo caso, para efectos de esta póliza, siempre se considerará como invalidez permanente dos tercios los siguientes casos: La pérdida total de: la visión de ambos ojos, o ambos brazos, o ambas manos, o ambas piernas, o ambos pies, o una mano y un pie.

**Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Permanente dos tercios:** El capital asegurado establecido para el caso de fallecimiento será pagado por la Compañía Aseguradora anticipadamente al beneficiario en caso de invalidez permanente dos tercios del asegurado, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

a) Que la póliza principal esté vigente. b) Que la invalidez permanente dos tercios se produzca antes que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia. c) Que la fecha a partir de la cual se considera que el asegurado se encuentra en condición o estado de invalidez permanente 2/3, ocurra dentro de la vigencia de esta póliza.

Se deja expresa constancia que el monto del capital asegurado a pagar por esta cobertura, será siempre igual al monto que se debiera indemnizar por la cobertura de Desgravamen a la fecha de la invalidez. Por consiguiente, el pago al beneficiario de la indemnización por concepto de la presente cobertura producirá la terminación inmediata de la póliza y de todas sus coberturas, de la misma forma que si se hubiese pagado el capital asegurado en la cobertura de Desgravamen. En consecuencia, se extinguirá el derecho al cobro de otras indemnizaciones.

Se deja constancia que la fecha del siniestro es la estipulada del Dictamen del COMPIN o Comisión Médica regulada por el DL 3.500 de 1980, o en ausencia de éstas, la de la Contraloría Médica de la Compañía de Seguros, según sea el caso, como aquella a contar de la cual se acepta la invalidez permanente dos tercios. Sin embargo, el plazo de presentación de antecedentes para el denuncia de un siniestro se considerará desde la fecha del dictamen ejecutoriado respectivo.

La Compañía pagará el saldo insoluto de todas y cada una de las operaciones crediticias que el Asegurado mantenga con el contratante, al último día del mes inmediatamente a la fecha de la invalidez, suponiendo un servicio regular de la deuda con un máximo de 2 cuotas en mora por crédito.

Capital máximo asegurado: UF 1.000

Este producto no tiene carencias ni deducibles.

**¿CUÁNTO CUESTA ESTE SEGURO?**

**Precio (Prima) y forma de pago del seguro**

• La prima es el monto mensual que debe pagar por el seguro, y se calculará aplicando la tasa sobre el monto inicial del crédito:

Cobertura	Tasa Neta ‰	IVA ‰	Tasa Bruta ‰
Desgravamen	0,79650	0	0,79650
Invalidez Permanente 2/3	0,05786	0,01099	0,06885
Total ‰	0,85436	0,01099	0,86535

	<ul style="list-style-type: none"> <li>El valor del seguro se descontará mensualmente de la remuneración del Asegurado. 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.</li> </ul>				
	<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 UF:</b></td> </tr> </table>	<b>Código del Crédito:</b>	<b>Monto Inicial del crédito:</b>	<b>Total a pagar UF:</b>	
<b>Código del Crédito:</b>	<b>Monto Inicial del crédito:</b>				
<b>Total a pagar UF:</b>					

### ¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS Y CONDICIONES DEL SEGURO?

<b>Asegurado</b>	Trabajadores que se encuentren afiliados al Contratante, que mantengan una deuda vigente con el mismo, originada por préstamos de dinero en cuotas fijas o por la utilización de una línea de crédito, que en forma voluntaria se adhieran a esta póliza de seguro, mediante la Solicitud de Incorporación y cumplan con las Condiciones de Asegurabilidad.
<b>Requisitos para contratar el seguro</b>	<p><b>Cobertura de Desgravamen:</b> Ser afiliado de Caja Los Andes y tener entre 18 y 89 años y 364 días. Podrás permanecer en este seguro hasta los 91 años y 364 días.</p> <p><b>Cobertura de Invalidez Permanente 2/3:</b></p> <p><b>Hombre:</b> Ser afiliado de Caja Los Andes y tener entre 18 y 64 y 364 días. Podrás permanecer en este seguro hasta los 64 años y 364 días.</p> <p><b>Mujer:</b> Ser afiliado de Caja Los Andes y tener entre 18 y 59 y 364 días. Podrás permanecer en este seguro hasta los 59 años y 364 días.</p>
<b>Vigencia de la cobertura</b>	La cobertura individual es mensual, y comenzará a regir de forma automática desde que se firme esta solicitud de incorporación, renovándose mensualmente en forma automática mientras el Asegurado se encuentre al día en el pago mensual de su prima y en tanto el Asegurado o Asegurador no hayan puesto termino a la cobertura individual o a la cobertura colectiva de la misma.
<b>Causales de Terminación</b>	<p><b>Por características del seguro:</b> Por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia por parte del Asegurado; o una vez pagada la indemnización en caso de siniestro.</p> <p><b>Por razones del asegurado:</b> El Asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador.</p> <p><b>Por razones del Asegurador:</b> El Asegurador, a su vez, podrá poner término al contrato de seguro en caso de concurrir una cualquiera de las siguientes causales: Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo 7 de las Condiciones Generales.</p>
<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: 1% + IVA sobre prima cliente neta.</li> <li>Comisión del Contratante por recaudación: 28,30% (exento de IVA) sobre la prima cliente neta.</li> </ul> <p>Derecho de Distribución: Comisión por uso de canal de distribución, variable y eventual, calculada sobre el volumen de ventas de un conjunto de productos que incluyen el presente seguro [cuyo monto total no puede atribuirse a este producto en forma individual ni en forma exclusiva].</p>

### ¿QUÉ NO CUBRE?

#### No se otorgará la indemnización en caso de Fallecimiento (cobertura de Desgravamen) por:

- Condenación capital, o si la perdiere en duelo o en otra empresa criminal, o si fuere muerto por sus herederos. Tampoco si el que reclama la cantidad asegurada fuere autor o cómplice de la muerte de la persona cuya vida ha sido asegurada.
- Participación del asegurado en guerra internacional, sea que Chile tenga o no intervención en ella; en guerra civil, dentro o fuera de Chile; o en motín o conmoción contra el orden público dentro o fuera del país, siempre que el asegurado tenga participación activa en dicho motín o conmoción.

En estos casos, el asegurador sólo estará obligado a devolver a los herederos del asegurado una cantidad igual al valor de las primas ya pagadas, previa deducción de cualquier deuda por concepto del contrato.

#### No se otorgará la indemnización en caso de Invalidez Permanente 2/3 por:

1. La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
2. Que el asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
3. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

### ATENCIÓN AL CLIENTE

#### CONSULTAS Y RECLAMOS

**Caja Los Andes:**  
600-510-0000  
Lu-vi 08:00 a 20:00 hrs.

**BNP Paribas Cardif:**  
800-362-100 | (56-2) 2429-3507 (celulares) | Lu-vi 09:00 a 18:00 hrs.  
servicio.cliente@cardif.cl | www.bnpparibascardif.cl

#### DECLARACIÓN DE SINIESTROS

**Entregar documentación de siniestros directamente en la red de sucursales de Caja Los Andes o por medio de la página web <https://denuncionline.cardifnet.com>:**

Para el pago del beneficio, el Reclamante deberá enviar los siguientes antecedentes:

#### **Desgravamen**

1. Certificado de defunción en original, o fotocopia legalizada, indicando la causa de muerte.
2. Copia del Parte Policial en caso de fallecimiento por causa de un accidente

#### **Anticipo de Capital en caso de Invalidez Permanente 2/3**

- 1) Fotocopia de cédula de identidad del Asegurado, por ambos lados.
- 2) Certificado de "Dictamen (ejecutoriado) de Invalidez Trabajador Afiliado" emitido por la Comisión Médica de AFP que determine la calidad de Invalidez Total y Permanente 2/3. Dictamen ejecutoriado de Invalidez otorgado por la respectiva Comisión médica (Central o Regional), nombrada por la Superintendencia de Pensiones.

En el caso de no contar con el dicho Certificado o al presentar Dictamen emitido por COMPIN, Capredena, Dipreca o Mutuales, se debe presentar:

- Informe del Médico Tratante por invalidez por cada patología completado por médico especialista
- Exámenes que fundamentan el diagnóstico
- Ficha clínica, si ha habido hospitalización por el intermedio

- 3) Historial médico de prestaciones de Fonasa y/o Isapre, de 2 o 3 años antes de vigencia individual del seguro.

#### **Adicionalmente, Caja Los Andes deberá enviar para ambas coberturas:**

1. Formulario de denuncia de siniestros firmado por el Reclamante indicando número de póliza y cobertura siniestrada.
2. Tabla desarrollo de la deuda (crédito) o Certificado de deuda o Estado de la Cuenta, según corresponde.

Nota: La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otro antecedente que estime necesario para poder realizar la liquidación del siniestro.

<b>Póliza colectiva:</b>	<b>221111541</b>	<b>Folio:</b>
<b>Condiciones Generales</b>	Depositadas en la CMF bajo el código POL 2 2013 0359 (Desgravamen) y CAD 2 2021 0019 (ITP 2/3)	
<b>Compañía de Seguros</b>	BNP Paribas Cardif Seguros de Vida S.A. RUT: 96.837.630-6	
<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 descuente 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: \_\_\_\_\_

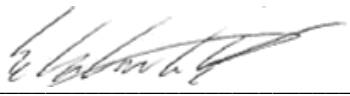
**CANALES DE NOTIFICACIÓN**

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, 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.



BNP Paribas Cardif Seguros  
Vida S.A.



Corredores de Seguro  
La Cámara SpA.

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

**INFORMACIÓN IMPORTANTE**

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 BNP Paribas Cardif Seguros de Vida S.A.
2. 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.
3. De acuerdo a lo dispuesto por el Consejo de Autorregulación de la Asociación de Aseguradores, BNP Paribas Cardif Seguros de Vida 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 éstas 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 BNP Paribas Cardif Seguros de Vida S.A. 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 clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de BNP Paribas Cardif Seguros de Vida S.A. o a través de la página Web [www.ddachile.cl](http://www.ddachile.cl).

4. La presente solicitud de incorporación es aceptada de inmediato por BNP Paribas Cardif Seguros Vida S.A. este instrumento hace las veces de certificado de cobertura, para todos los efectos legales a que hubiere lugar.
5. Este contrato no cuenta con sello SERNAC.
6. Vigencia de la Póliza Colectiva: póliza entrará en vigencia a las 00:00 horas del día 01 de noviembre del 2021 hasta las 23:59 horas del día 31 de octubre del 2022 y posteriormente se renovará automáticamente por periodos iguales y sucesivos de un año.
7. 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.
8. Le recordamos que usted podrá dar término al presente contrato en cualquier momento y sin expresión de causa, comunicándose con la Compañía de Seguros o la Corredora por medio de alguno de los canales antes señalados, salvo aquellos seguros que sean obligatorios por Ley.