

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN  
SEGURO DE DESGRAVAMEN PARA SEGMENTO PENSIONADOS**

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

**DESGRAVAMEN - ¿QUÉ CUBRE?**

**Qué me cubre (materia asegurada) y Cuánto me cubre**

La compañía pagará el 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.

**¿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	1,19925	0	1,19925
Total ‰	1,19925	0	1,19925

• El valor del seguro se descontará mensualmente de la pensión del Asegurado. Caja Los Andes se encargará de informar la contratación de este seguro a su previsión social y de recaudar periódicamente la prima del seguro, mientras se mantenga vigente.

**Código del Crédito:**

**Monto Inicial del crédito:**

**Total a pagar en UF:**

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

**Asegurado**

Podrán ser Asegurados aquellas personas que posean la calidad de pensionados y que se encuentren afiliados al Contratante, los cuales 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 deseen incorporarse voluntariamente al seguro y que cumplan los requisitos de asegurabilidad.

**Requisitos para contratar el seguro**

Ser afiliado de Caja Los Andes y tener entre 18 años y 89 años y 364 días. Podrás permanecer en este seguro hasta los 91 años y 364 días.

**Vigencia de la cobertura**

La cobertura individual es mensual, y comenzará a regir de forma automática desde que se firme esta solicitud de incorporación, o en su defecto, para el caso de los seguros contratados de forma telefónica, comenzará una vez aceptadas las condiciones a través de la venta telefónica y el posterior envío del respectivo certificado cobertura, y para aquellos seguros contratados a distancia mediante la aceptación en la página web por medio del cual el asegurado solicitó su incorporación al seguro, renovándose mensualmente en forma automática. La vigencia se extenderá hasta el término del crédito de consumo asociado al seguro, en tanto el asegurado o la compañía no hayan puesto término a la cobertura.

**Causales de Terminación**

**Por características del seguro:** Por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia, por la pérdida de la calidad de asegurado.

**Por razones del asegurado:** El Asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador.

**Por razones del Asegurador:** 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.

**Quién es el beneficiario**

El Contratante (Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes).

**Plazo para denunciar un siniestro**

Se deberá comunicar tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento del mismo, salvo caso fortuito y fuerza mayor, y en todo caso, dentro de un plazo de 180 días desde la ocurrencia del siniestro.

**Comisiones incluidas en el precio del seguro**

Estas comisiones están ya incluidas dentro del precio mensual del seguro, y se calculan sobre la prima cliente neta, neta de anulaciones y devoluciones:

• Comisión del Corredor: 1% + IVA sobre prima cliente neta.

• Comisión del Contratante por recaudación: 28,10% (exento de IVA) sobre la prima cliente neta.

- Comisión del Contratante por uso de canal: 5,714% (IVA incluido) sobre la prima cliente neta.
- 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].

### ¿QUÉ NO CUBRE?

**No se otorgará la indemnización si el fallecimiento ocurriere por:**

1. Condenación capital, o si la perdiera 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.
2. 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.

### 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 de la indemnización, el Reclamante deberá enviar los siguientes antecedentes:

1. Certificado de defunción en original, o fotocopia legalizada, indicando la causa de muerte del Asegurado.

2. Copia del Parte Policial en caso de fallecimiento por causa de un accidente.

Adicionalmente, Caja Los Andes deberá enviar:

1. Formulario de denuncia de siniestros firmado por el Reclamante indicando póliza y cobertura siniestrada.

2. Tabla desarrollo de la deuda (crédito) o Certificado de deuda o Estado de la Cuenta, según corresponde.

3. Pagaré del crédito u otro documento que la Compañía estime necesario para acreditar la vigencia de la operación.

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>221111540</b>	<b>Folio:</b>
<b>Condiciones Generales</b>	Depositadas en la CMF bajo el código POL 2 2013 0359	
<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 ente de previsión social para que la prima de este seguro se me descuenta de mi pensión 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 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. La compañía de seguros 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 (nombre) 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 de 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: Desde las 00:00 horas del 01/11/2021 hasta las 23:59 horas del 31/10/2022 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.