

SEGURO DESGRAVAMEN PROTECCIÓN

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN, PROPUESTA Y CERTIFICADO DE COBERTURA INMEDIATA

PÓLIZA COLECTIVA N° 265

N° CERTIFICADO: 883784

FECHA DE EMISIÓN: 23-02-2018

ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

NOMBRES: OMAR		FECHA DE NACIMIENTO:14-02-1980	
APELLIDO PATERNO: MAESTRACCI		APELLIDO MATERNO: FLORES	
		RUT: 26078975-9	
DOMICILIO: MARIA ROZAS VELASQUEZ N* 55 P 0 DTO 0			
CIUDAD: SANTIAGO		TELÉFONO/CELULAR: 00958658858	
		SEXO: M	
CORREO ELECTRÓNICO: NO TIENE			
SOLICITO Y AUTORIZO EL ENVÍO DE INFORMACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS AQUÍ SEÑALADOS.			

DETALLE DE LAS COBERTURAS:

COBERTURAS	REGISTRO SVS:	CAPITAL ASEGURADO	PRIMA MENSUAL
(1) FALLECIMIENTO	POL 2 2013 0095	SALDO INSOLUTO DE DEUDA EN TARJETA DE CRÉDITO HITES CON TOPE DE 75 UF DE DEUDA	LA PRIMA MENSUAL SERÁ EQUIVALENTE A 1,2% DE LA DEUDA TOTAL (*)
(2) INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE 2/3	CAD 2 2013 0151		
(3) ENFERMEDADES GRAVES	CAD 3 2013 0992		
(4) MUERTE ACCIDENTAL	POL 3 2013 0288	20% DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA CON TOPE DE INDENMINIZACIÓN DE UF 15	

(*) LA PRIMA MENSUAL (PRIMA CLIENTE) SERÁ EQUIVALENTE A 1,2% DE LA DEUDA TOTAL VIGENTE DEL MES CORRESPONDIENTE. EL VALOR MÍNIMO A COBRAR AL ASEGURADO ES DE UF 0,06014.- (EQUIVALENTE A \$1.600.- DE ACUERDO A VALOR UF DEL 01/11/2017) Y EL MÁXIMO SERÁ DE UF 0,19546 (EQUIVALENTE A \$5.200.- DE ACUERDO A VALOR UF DEL 01/11/2017). PAGARÁN PRIMA LOS ASEGURADOS QUE REGISTREN SALDO INSOLUTO EN SU TARJETA DE CRÉDITO HITES IGUAL O SUPERIOR A \$3.000
LA PRIMA BRUTA CLIENTE INCLUYE EL IVA QUE ES DEL 2,87%

(1) (4) LAS COBERTURAS DE FALLECIMIENTO Y MUERTE ACCIDENTAL PONEN TÉRMINO A LA PÓLIZA.

(3) LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES CUBRE SÓLO UNA (1) DE LAS ENFERMEDADES GRAVES INDICADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA Y SÓLO UN EVENTO CADA DOCE MESES DE COBERTURA INDIVIDUAL ININTERRUMPIDA.

(2)(3) PRODUCIDO EL SINIESTRO, SE EXTINGUE EXCLUSIVAMENTE LA COBERTURA DENUNCIADA, MANTENIÉNDOSE EL RESTO DE LAS COBERTURAS VIGENTES, Y EN TAL EVENTO, HABRÁ UN AUMENTO DEL COSTO DE LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO EN UN 11,74% EN CASO DE HABERSE SINIESTRADO LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES Y EN UN 5,87% SI LA COBERTURA SINIESTRADA HUBIERA SIDO LA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3.

EN CUALQUIER CASO, EN VIRTUD DE DICHO AUMENTO LA PRIMA TOTAL A PAGAR POR EL ASEGURADO NUNCA SUPERARÁ LOS MONTOS DE PRIMA MENSUAL INDICADOS EN EL CUADRO PRECEDENTE.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS COBERTURA MUERTE ACCIDENTAL (4)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	PARENTESCO	SEXO	% CAPITAL ASEGURADO
JARAMILLO	LAURIDO	JULIO	HIJO	M	100%

A FALTA DE DESIGNACIÓN, LOS BENEFICIARIOS DE ESTA COBERTURA SERÁN LOS HEREDEROS LEGALES DEL ASEGURADO.

ANTECEDENTES DE LAS PARTES Y COMISIONES:

CONTRATANTE: INVERSIONES Y TARJETAS S.A. - RUT: 85.325.100-3

COMPAÑÍA ASEGURADORA: OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA S.A. - RUT: 96.687.900-9

CORREDOR: AGENCIAS BRINER CORREDORES DE SEGUROS SpA. - RUT: 88.472.100-8

COMISIÓN DEL CORREDOR: 3% + IVA SOBRE LAS PRIMAS NETAS RECAUDADAS

COMISIÓN A FAVOR DE COMISIONES Y COBRANZA S.A.:

COMISION DE RECAUDACION MENSUAL (CR) QUE SE DETERMINA DE ACUERDIO A LA SIGUIENTE FORMULA:
PC-IVA- C I - PTC. DONDE;

PC ES LA PRIMA CLIENTE BRUTA RECAUDADA POR ASEGURADO CON PAGO DE PRIMA EN EL MES; CI ES COMISION DE INTERMEDIACION; Y PTC ES LA PRIMA TÉCNICA COMPAÑÍA POR ASEGURADO CON PAGO DE PRIMA EN EL MES, Y QUE EQUIVALE A 1,86 POR MILLAR DE SALDO INSOLUTO CON UN MÍNIMO DE UF 0,00932 Y UN MÁXIMO DE UF 0,13983

COMISIÓN DE RECAUDACIÓN EVENTUAL Y VARIABLE CREV , DE CARÁCTER ANUAL, QUE SE DETERMINA DE LA SIGUIENTE MANERA:

$$CREV_t = (RB_t - Dcto) \times \%P - AP_t - PA_{t-1} + CREVR_{t-1}$$

DONDE: RB ES RESULTADO BRUTO; P ES PARTICIPACIÓN; AP ES APOORTE PUBLICITARIO, PA ES PÉRDIDA ACARREADA Y CREVR-1 ES LA COMISIÓN DE RECAUDACIÓN EVENTUAL Y VARIABLE RETENIDA DEL AÑO ANTERIOR

SOLICITUD DE COBERTURA, MANDATO DE INCORPORACION Y AUTORIZACION DE CARGO EN TARJETA DE CREDITO HITES:

MEDIANTE LA PRESENTE PROPUESTA SOLICITO SER INCORPORADO A LA POLIZA COLECTIVA CUYOS TERMINOS Y CONDICIONES DECLARO CONOCER Y HABER TENIDO A LA VISTA PREVIO A MI FIRMA Y QUE APARECEN DETALLADAS EN EL CERTIFICADO DE COBERTURA INDICADO EN ESTE MISMO DOCUMENTO Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DE LA RESPECTIVA POLIZA.

DECLARO ADEMAS CONTRATAR VOLUNTARIA E INFORMADAMENTE ESTE SEGURO ASIMISMO, DECLARO HABER SIDO INFORMADO ÍNTEGRAMENTE DE LAS CONDICIONES, VIGENCIA, TÉRMINOS, CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD Y EXCLUSIONES DEL PRESENTE SEGURO, DE MANERA CLARA NO TENIENDO RECLAMO ALGUNO QUE FORMULAR, DEJANDO CONSTANCIA QUE EL PRESENTE SEGURO HA SIDO CONTRATADO VOLUNTARIAMENTE, ESTANDO EN CONOCIMIENTO DEL DERECHO DE LA LIBRE ELECCIÓN DEL INTERMEDIARIO Y COMPAÑÍA ASEGURADORA.

POR MEDIO DEL PRESENTE MANDATO FACULTO A INVERSIONES Y TARJETAS S.A. PARA INCORPORARME A LA POLIZA COLECTIVA N° 265 Y PARA CARGAR MENSUALMENTE EN MI TARJETA DE CREDITO HITES, LA PRIMA MENSUAL DE ESTE SEGURO, CUYAS CONDICIONES DE COBERTURA, VIGENCIA, EXCLUSIONES Y CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD CONOZCO A CABALIDAD Y LAS CUALES ACEPTO VOLUNTARIA E INFORMADAMENTE HACIENDO EXTENSIVO ESTE MANDATO A SUS RENOVACIONES. DECLARO ADEMAS HABER RECIBIDO UNA COPIA, LEIDO ÍNTEGRAMENTE ESTE DOCUMENTO Y HABER SIDO INFORMADO QUE EL ATRASO EN EL PAGO DE CUALQUIERA DE ESTAS PRIMAS GENERARA LA CADUCIDAD DEL SEGURO EN LA FORMA ESTABLECIDA EN LA POLIZA. EL MANDATARIO DEBERA RENDIR CUENTA DE SU GESTION INFORMANDO MONTO Y FECHA DE CARGO DE LA PRIMA EN EL RESPECTIVO ESTADO DE CUENTA DE LA TARJETA DE CREDITO HITES. EL PRESENTE MANDATO PODRA SER DEJADO SIN EFECTO POR EL ASEGURADO/MANDANTE EN CUALQUIER TIEMPO, SIN MAS FORMALIDADES QUE LAS QUE HAYA DEBIDO CUMPLIR PARA SU OTORGAMIENTO.

ADEMAS, AUTORIZO A INVERSIONES Y TARJETAS S.A. PARA TRATAR MIS DATOS PERSONALES Y ENTREGARLOS A SUS EMPRESAS RELACIONADAS, EN LOS TERMINOS DISPUESTOS POR LA LEY 19.628.

“ IMPORTANTE

USTED ESTÁ SOLICITANDO SU INCORPORACIÓN COMO ASEGURADO A UNA PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR INVERSIONES Y TARJETAS S.A. DIRECTAMENTE CON LA COMPAÑÍA DE SEGUROS”.

LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO ES VOLUNTARIA Y NO ES CONDICIÓN PARA LA OBTENCION DE OTRO PRODUCTO O SERVICIO

**Agencias Briner Corredores de Seguros
SpA.**



**Ohio National
Seguros de Vida S.A.**

Firma Asegurado

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO: POR ESTE INTERMEDIO DECLARO HABER SIDO INFORMADO QUE LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO ES VOLUNTARIA, DEJANDO CONSTANCIA QUE EL PRESENTE CERTIFICADO DE COBERTURA HA SIDO RECIBIDO, LEÍDO Y SUSCRITO DE MANERA LIBRE, ESPONTÁNEA Y VOLUNTARIAMENTE, ESTANDO EN CONOCIMIENTO DEL DERECHO DE LA LIBRE ELECCIÓN DEL INTERMEDIARIO Y COMPAÑÍA ASEGURADORA.

ASIMISMO, SE ENCONTRARÁ ASEGURADO A PARTIR DE LA FECHA DE FIRMA DE LA PRESENTE SOLICITUD DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

DERECHO DE RETRACTO: LOS ASEGURADOS TENDRÁN LA FACULTAD DE RETRACTARSE DENTRO DEL PLAZO DE 35 DÍAS CONTADOS DESDE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN, PROPUESTA Y CERTIFICADO DE COBERTURA INMEDIATA, SIN EXPRESIÓN DE CAUSA NI CARGO ALGUNO, TENIENDO EL DERECHO A LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMERA PRIMA HUBIEREN PAGADO, SALVO QUE SE HUBIESE VERIFICADO UN SINIESTRO.

PARA ELLO, LOS ASEGURADOS DEBERÁN EXPRESAR SU VOLUNTAD DE RETRACTARSE POR CUALQUIER MEDIO QUE PERMITA LA EXPRESIÓN EFICAZ DE VOLUNTAD, DEL CUAL QUEDE REGISTRO EN SOPORTE DE PAPEL, ELECTRÓNICO O DE VOZ. EL EJERCICIO DEL DERECHO DE RETRACTO DE LA FORMA INDICADA NO IMPLICARÁ EL TÉRMINO DEL CONTRATO DE USO DE TARJETA DE CRÉDITO NI MODIFICACIONES EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES COMERCIALES PACTADAS, Y SU EJERCICIO TAMPOCO OBSTA NI LIMITA OTROS DERECHOS QUE LA NORMATIVA LEGAL O REGLAMENTARIA VIGENTE CONSAGRA A FAVOR DE LOS ASEGURADOS.

ASEGURADOS: SON ASEGURADOS LOS DEUDORES DE LAS OBLIGACIONES ORIGINADAS EN CONTRATOS DE APERTURA O RENOVACIÓN DE LA TARJETA HITES, OTORGADOS POR INVERSIONES Y TARJETAS S.A. A PERSONAS NATURALES QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD DESCRITOS EN LA PÓLIZA.

BENEFICIARIO: EL BENEFICIARIO IRREVOCABLE ES EL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA, EL CUAL A SU VEZ ES EL ACREEDOR DE LOS ASEGURADOS. EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO POSEA VIGENTE OTRO SEGURO DE DESGRAVAMEN QUE CUBRA EL MISMO SALDO TOTAL INSOLUTO DE LA TARJETA HITES, EN EL QUE SE HAYA DESIGNADO COMO BENEFICIARIO A INVERSIONES Y TARJETAS S.A., SE ENTENDERÁ QUE LOS BENEFICIARIOS DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE DÉ ORIGEN ESTE SEGURO, SERÁN LOS HEREDEROS LEGALES DEL ASEGURADO, DE MODO IRREVOCABLE. POR LA PARTE NO CUBIERTA POR ESE OTRO SEGURO OPERARÁ ESTA PÓLIZA A FAVOR DE INVERSIONES Y TARJETAS S.A., HASTA EL COMPLEMENTO DEL SALDO INSOLUTO Y EL EXCEDENTE DEL MONTO INDEMNIZABLE, SI LO HUBIERE, TENDRÁ CARÁCTER DE INDEMNIZATORIO PARA LOS HEREDEROS LEGALES DEL TITULAR ASEGURADO. SE EXEPTUA DE LO SEÑALADO LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL CUYO BENEFICIARIO ES LA PERSONA DESIGNADA POR EL ASEGURADO O A FALTA DE DESIGNACIÓN LOS HEREDEROS LEGALES.

MATERIA ASEGURADA: LA VIDA DE LOS CLIENTES TITULARES O ADICIONALES DE LA TARJETA HITES QUE PUEDAN VERSE EXPUESTOS A LOS RIESGOS QUE CUBRE ESTA PÓLIZA. Y QUE SUSCRIBAN EL PRESENTE SEGURO.

COBERTURAS:

1) FALLECIMIENTO - POL 2 2013 0095:

LA COMPAÑÍA ASEGURA LA VIDA DE LOS DEUDORES DEL CONTRATANTE QUE SE HAYAN INCORPORADO A LA PÓLIZA, PAGADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE CUMPLIENDO CON LOS DEMÁS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD. LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDERÁ AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA DE LA TARJETA HITES POR EL FALLECIMIENTO DEL TITULAR, AL ÚLTIMO DÍA DEL MES INMEDIATAMENTE ANTERIOR A LA FECHA DEL SINIESTRO, SUPONIENDO UN SERVICIO REGULAR DE LA DEUDA, MÁS LOS INTERESES GENERADOS ENTRE LA FECHA DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO Y LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PRÓXIMA CUOTA DE ACUERDO A LO ANTERIOR, LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE AL CAPITAL ASEGURADO DE UN DEUDOR-ASEGURADO, SERÁ PAGADO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA AL ACREEDOR BENEFICIARIO DE ESTA PÓLIZA, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HABERSE COMPROBADO POR ÉSTA QUE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO OCURRIÓ DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA PARA DICHO ASEGURADO, Y QUE NO SE PRODUJO BAJO ALGUNAS DE LAS EXCLUSIONES INDICADAS MÁS ADELANTE.

EXCLUSIONES: ESTE SEGURO NO CUBRE EL RIESGO DE MUERTE SI EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO FUERE CAUSADO POR:

A) SUICIDIO, AUTOMUTILACIÓN, O AUTOLESIÓN, A MENOS QUE DE ACUERDO AL N° 8 DEL ARTÍCULO 524 DEL CÓDIGO DE COMERCIO SE ACREDITE QUE EL ASEGURADO ACTUÓ TOTALMENTE PRIVADO DE LA RAZÓN. NO OBSTANTE, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO AL BENEFICIARIO, SI EL FALLECIMIENTO OCURRIERA COMO CONSECUENCIA DE SUICIDIO, SIEMPRE QUE HUBIERA TRANSCURRIDO EL PLAZO DE UN (1) AÑO COMPLETO E ININTERRUMPIDO, CONTADO DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO INDICADO EN LA PRESENTE PROPUESTA O DESDE SU REHABILITACIÓN.

B) POR QUIEN PUDIERE VERSE BENEFICIADO POR EL PAGO DE LA CANTIDAD ASEGURADA, MEDIANTE SU PARTICIPACIÓN COMO AUTOR O CÓMPICE EN UN ACTO QUE SEA CALIFICADO POR LA LEY COMO DELITO.

D) POR PARTICIPACIÓN ACTIVA 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.

LAS DEMÁS EXCLUSIONES DE LA POL 220130095 NO TENDRÁN APLICACIÓN PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO.

2) INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3 - CAD 2 2013 0151:

EL CAPITAL ASEGURADO ESTABLECIDO PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO DE UN ASEGURADO, SERÁ PAGADO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA AL ASEGURADO EN CASO DE PRODUCIRSE LA INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS DEL ASEGURADO, A CAUSA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE, SIEMPRE QUE SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

A) QUE LA COBERTURA PRINCIPAL PARA DICHO ASEGURADO ESTÉ VIGENTE.

B) QUE LA INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS SE PRODUZCA ANTES QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD TOPE DE COBERTURA ESTABLECIDA EN LA PRESENTE PROPUESTA.

C) QUE LA INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS SEA CAUSADA POR ENFERMEDAD ORIGINADA O ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL, Y

D) QUE LA PATOLOGÍA ALEGADA COMO INVALIDANTE NO SEA DE AQUELLAS EXCLUIDAS DE COBERTURA CONFORME A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA O AL ARTÍCULO 3° DE LA CLÁUSULA ADICIONAL.

EL PAGO DE LA PRESENTE INDEMNIZACIÓN NO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PRINCIPAL PARA EL ASEGURADO, Y TAMPOCO DE LAS OTRAS COBERTURAS ADICIONALES QUE CONTEMPLA EL PRESENTE SEGURO Y QUE SE ENCUENTREN VIGENTES.

EXCLUSIONES:

LA CLÁUSULA ADICIONAL EXCLUYE DE SU COBERTURA, ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES ESTABLECIDAS PARA EL SEGURO PRINCIPAL DE LA PÓLIZA, LA INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS DEL ASEGURADO QUE OCURRA A CONSECUENCIA DE: LA CONDUCCIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO POR PARTE DEL ASEGURADO, ENCONTRÁNDOSE ÉSTE EN ESTADO DE EBriedAD. EL ESTADO DE EBriedAD SE ACREDITARÁ MEDIANTE LA DOCUMENTACIÓN EXPEDIDA POR LOS ORGANISMOS DE SALUD CORRESPONDIENTES Y SU CALIFICACIÓN SE EFECTUARÁ DE CONFORMIDAD A LA LEY DEL TRÁNSITO VIGENTE A LA FECHA DEL SINIESTRO.

3) ENFERMEDADES GRAVES - CAD 3 2013 0992:

EL CAPITAL ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO DE UN ASEGURADO, SERÁ PAGADO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA AL ASEGURADO EN CASO DE PRODUCIRSE EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE, SEGÚN LAS PATOLOGÍAS DEFINIDAS EN EL ARTÍCULO 2° DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA CLÁUSULA ADICIONAL Y SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

A) QUE LA COBERTURA PRINCIPAL PARA DICHO ASEGURADO ESTÉ VIGENTE,

B) QUE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD GRAVE SE PRODUZCA ANTES DE QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD TOPE DE COBERTURA ESTABLECIDA EN LA PRESENTE PROPUESTA.

C) QUE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD GRAVE SE PRODUZCA DENTRO DE LA VIGENCIA LA CLÁUSULA ADICIONAL, Y LAS ENFERMEDADES GRAVES SON:

- CÁNCER.

- ATAQUE CARDÍACO.

- ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.

- INSUFICIENCIA RENAL.

- ENFERMEDAD DE LAS CORONARIAS.

- LA ENFERMEDAD QUE REQUIERA SER UN RECEPTOR DE UN TRASPLANTE DE CORAZÓN, CORAZÓN Y PULMÓN, PÁNCREAS, RIÑÓN O MÉDULA OSEA MEDIANTE UN TRASPLANTE DE ÓRGANO.

- ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

- DISTROFIA MÚSCULAR.

- PARÁLISIS.

TODO ESTO DE ACUERDO A LA DEFINICIÓN DE CADA PATOLOGÍA, ESTIPULADA EN EL ART. 2° DE LA CAD 3 2013 0992.

EL PAGO DE LA PRESENTE INDEMNIZACIÓN NO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PRINCIPAL PARA EL ASEGURADO, Y TAMPOCO DE LAS OTRAS COBERTURAS ADICIONALES QUE CONTEMPLA EL PRESENTE SEGURO Y QUE SE ENCUENTREN VIGENTES

EXCLUSIONES: LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGO ALGUNO POR ENFERMEDADES GRAVES ADQUIRIDAS COMO CONSECUENCIA DE:

A) GUERRA, INVASIÓN, ACTOS COMETIDOS POR UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES (YA SEA QUE LA GUERRA HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, O PODER MILITAR, O USURPADO.

B) UNA INFECCIÓN OPORTUNISTA O NEOPLASMA MALIGNO (TUMOR), SI AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EL ASEGURADO TUVO O TIENE EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O HAYA OBTENIDO UN RESULTADO POSITIVO A LA PRUEBA DEL VIRUS VIH (VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANO).

C) ENFERMEDADES COMO CONSECUENCIA DE LA ADICCIÓN O INTOXICACIÓN DE DROGAS O ALCOHOL.

D) LESIONES INTENCIONALMENTE INFERIDAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, ESTÉ O NO EN SU SANO JUICIO.

E) CUALQUIER ENFERMEDAD GRAVE, DIFERENTE A AQUELLAS ENFERMEDADES GRAVES QUE SE ENCUENTRAN ESPECÍFICAMENTE INDICADAS EN ESTA PÓLIZA.

F) CUALQUIER DIAGNÓSTICO QUE NO SEA REALIZADO POR UN MÉDICO LEGALMENTE HABILITADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN EN EL PAÍS.

4) MUERTE ACCIDENTAL - POL 3 2013 0288:

SI EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRODUCE A CONSECUENCIA DIRECTA O INMEDIATA DE UN ACCIDENTE, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PAGARÁ AL BENEFICIARIO EL CAPITAL ASEGURADO DEFINIDO PARA ESTA COBERTURA. SE ENTENDERÁ COMO FALLECIMIENTO INMEDIATO AQUEL QUE OCURRA A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS 60 DÍAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

EXCLUSIONES: NO SE PAGARÁ EL MONTO ASEGURADO ASOCIADO A ESTA COBERTURA CUANDO EL FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE SE HAYA ORIGINADO, SE ASOCIE O SEA CONSECUENCIA EXCLUSIVAMENTE DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

1. EFECTOS DE GUERRA DECLARADA O NO DECLARADA, INVASION ACCION DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACION DE GUERRA, ASI COMO TAMPOCO NINGUN EJERCICIO O PRACTICA DE GUERRA.
3. SUICIDIO, INTENTO DE SUICIDIO, O HERIDAS AUTOINFLINGIDAS, YA SEA QUE EL ASEGURADO HAYA ESTADO EN SU PLENO JUICIO O ENAJENADO MENTALMENTE.
4. PRESTACION DE SERVICIOS DEL ASEGURADO EN LAS FUERZAS ARMADAS O FUNCIONES POLICIALES DE CUALQUIER TIPO. PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA LAS FUNCIONES DE POLICIA INCLUYEN LAS FUNCIONES DE POLICIA CIVIL Y GENDARMERIA.
5. INTOXICACIÓN O ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LOS EFECTOS DE CUALQUIER NARCÓTICO O DROGA A MENOS QUE HUBIESE SIDO ADMINISTRADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA. DICHA CIRCUNSTANCIA SE ACREDITARÁ MEDIANTE LA DOCUMENTACIÓN EXPEDIDA POR LOS ORGANISMOS CORRESPONDIENTES.
6. LA CONDUCCIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO POR PARTE DEL ASEGURADO, ENCONTRÁNDOSE ÉSTE EN ESTADO DE EBriedAD, CONFORME A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA VIGENTE A LA FECHA DEL SINIESTRO. DICHA CIRCUNSTANCIA SE ACREDITARÁ MEDIANTE LA DOCUMENTACIÓN EXPEDIDA POR LOS ORGANISMOS CORRESPONDIENTES.
8. 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.

CARENCIA: ESTA PÓLIZA NO CONTEMPLA PERÍODO DE CARENCIA.

CAPITAL ASEGURADO:

A.- FALLECIMIENTO: EL MONTO ASEGURADO SERÁ EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA DE LA TARJETA HITES POR EL FALLECIMIENTO DEL TITULAR, AL ÚLTIMO DÍA DEL MES INMEDIATAMENTE ANTERIOR A LA FECHA DEL SINIESTRO, SUPONIENDO UN SERVICIO REGULAR DE LA DEUDA, MÁS LOS INTERESES GENERADOS ENTRE LA FECHA DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO Y LA FECHA DEL VENCIMIENTO DE LA PRÓXIMA CUOTA, CON UN TOPE DE 75 UF EN SU EQUIVALENTE EN PESOS A LA FECHA DE PAGO.

B.- INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3: EL MONTO ASEGURADO SERÁ EL MISMO ESTABLECIDO PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO DE UN ASEGURADO Y SERÁ PAGADO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA AL CONTRATANTE DEL SEGURO PRINCIPAL EN CASO DE PRODUCIRSE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS DEL ASEGURADO, A CAUSA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE, SIEMPRE QUE SE CUMPLAN LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

C.- ENFERMEDADES GRAVES: EL MONTO ASEGURADO SERÁ EL MISMO ESTABLECIDO PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO DE UN ASEGURADO, Y SERÁ PAGADO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA AL CONTRATANTE DEL SEGURO PRINCIPAL EN CASO DE PRODUCIRSE EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE, SEGÚN LAS PATOLOGÍAS DEFINIDAS EN EL ARTÍCULO 2º DE LA CLÁUSULA ADICIONAL Y SIEMPRE QUE SE CUMPLAN LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

D.- MUERTE ACCIDENTAL: SI EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SE PRODUCE A CONSECUENCIA DIRECTA O INMEDIATA DE UN ACCIDENTE, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PAGARÁ AL BENEFICIARIO DESIGNADO POR EL ASEGURADO O A SUS HEREDEROS LEGALES SI NO HUBIESE DESIGNADO, EL CAPITAL ASEGURADO DEFINIDO PARA ESTA COBERTURA, ESTO ES, EL 20% DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA CON TOPE DE DEUDA DE 15 UF. SE ENTENDERÁ COMO FALLECIMIENTO INMEDIATO AQUEL QUE OCURRA A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS 60 DÍAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

CONTRATANTE Y BENEFICIARIO: INVERSIONES Y TARJETAS S.A. - RUT: 85.325.100-3.

EXEPTO COBERTURA MUERTE ACCIDENTAL: EN LA CUAL EL CONTRATANTE ES INVERSIONES Y TARJETAS S.A. Y EL BENEFICIARIO. LA PERSONA DESIGNADA POR EL ASEGURADO, Y A FALTA DE DESIGNACION, SUS HEREDEROS LEGALES.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PARA TODAS LAS COBERTURAS: TENER TARJETA HITES VIGENTE AL MOMENTO DE CONTRATAR EL SEGURO Y LOS DEMÁS INDICADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DE LA PÓLIZA.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA: LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO A LA PÓLIZA ES A LOS 18 AÑOS. LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO A LA PÓLIZA ES HASTA LOS 79 AÑOS Y 364 DÍAS. LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA EN LA PÓLIZA ES HASTA LOS 80 AÑOS Y 364 DÍAS.

INTERÉS ASEGURABLE: LA NO REALIZACIÓN DE LOS RIESGOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA.

PAGO DE PRIMAS: LAS PRIMAS MENSUALES SE PAGARÁN, A MÁS TARDAR, DENTRO DE LOS PRIMEROS 15 DÍAS DEL MES SIGUIENTE A AQUEL EN QUE LA PRIMA SE RECAUDÓ.

FORMA DE PAGO DE PRIMA: LA FORMA DE PAGO DE LA PRIMA SERÁ CARGARÁ AUTOMÁTICAMENTE EN LA TARJETA DE CRÉDITO HITES, PARA CUYOS EFECTOS EL ASEGURADO DEBERÁ SUSCRIBIR EL CORRESPONDIENTE MANDATO DE CARGO DE PRIMA. EL MANDATARIO DEBERÁ RENDIR CUENTA DE SU GESTIÓN INFORMANDO MONTO Y FECHA DE CARGO DE LA PRIMA EN EL RESPECTIVO ESTADO DE CUENTA DE LA TARJETA DE CRÉDITO HITES. EL MANDATO PODRÁ SER DEJADO SIN EFECTO POR EL ASEGURADO/MANDANTE EN CUALQUIER TIEMPO, SIN MÁS FORMALIDADES QUE LAS QUE HAYA DEBIDO CUMPLIR PARA SU OTORGAMIENTO.

PLAZO DE GRACIA: SE ESTIPULA UN PLAZO DE GRACIA DE 30 (TREINTA) DÍAS CORRIDOS DESDE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE CADA PRIMA.

VIGENCIA DE LA POLIZA: ANUAL, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR PERIODOS SUCESIVOS E IGUALES, SALVO QUE ALGUNA DE LAS PARTES NOTIFIQUE LA NO RENOVACIÓN CON 60 DÍAS DE ANTICIPACIÓN A LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA ANUALIDAD RESPECTIVA. LA PRESENTE PÓLIZA COLECTIVA TENDRÁ UNA VIGENCIA A PARTIR DE LAS 00:01 HORAS DEL DÍA 01 DE MARZO DE 2018 Y TERMINANDO A LAS 00: 01 DEL 28 DE FEBRERO DE 2021.

VIGENCIA INDIVIDUAL: LA COBERTURA DE LA PÓLIZA REGIRÁ POR PERIODOS MENSUALES RESPECTO DE CADA ASEGURADO, PARTIENDO DESDE LA RESPECTIVA SUSCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA DE SEGURO CORRESPONDIENTE Y SERÁ DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR NUEVOS PERÍODOS MENSUALES, MIENTRAS SE CUMPLAN LAS CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD Y EL ASEGURADO SE MANTENGA AL DÍA EN EL PAGO DE LAS PRIMAS, SALVO QUE CUALQUIERA DE LAS PARTES DÉ TÉRMINO A LA COBERTURA, SEGÚN SE SEÑALA EN EL ARTÍCULO 16 DE LAS CONDICIONES PARTICULARES.

TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA: LA COBERTURA INDIVIDUAL DE ESTA PÓLIZA, Y SUS CLÁUSULAS ADICIONALES SI LAS HUBIEREN, TERMINARÁN RESPECTO DE UN ASEGURADO, EN LOS SIGUIENTES CASOS:

A) EN EL INSTANTE EN QUE ÉSTE DEJE DE SER TARJETAHABIENTES DE LA TARJETA DE CRÉDITO HITES, OTORGADA POR INVERSIONES Y TARJETAS S.A.

B) EL NO PAGO DE LA RESPECTIVA PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE GRACIA SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 14 DE LAS CONDICIONES PARTICULARES.

C) SI LA MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DEJARE DE EXISTIR Y EL CONTRATANTE NO ACEPTARE LA NUEVA UNIDAD PROPUESTA POR LA ASEGURADORA, DENTRO DE LOS 30 DÍAS SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN QUE ÉSTA LE HICIERE SOBRE EL CAMBIO DE UNIDAD, CONFORME LO SEÑALADO EN EL CLÁUSULA 16 DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, POL 2 2013 0095.

D) AL MOMENTO QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ESTABLECIDA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

E) POR ÚLTIMO, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PODRÁ PONER TÉRMINO ANTICIPADO A LA COBERTURA INDIVIDUAL CUANDO EL ASEGURABLE HUBIESE OMITIDO, RETENIDO O FALSEADO INFORMACIÓN QUE ALTERE EL CONCEPTO DE RIESGO ASUMIDO POR LA COMPAÑÍA, O CUANDO PRESENTARE RECLAMACIONES FRAUDULENTAS, O ENGAÑOSAS, O APOYADAS EN DECLARACIONES FALSAS. TODO LO QUE DEBERÁ SER DEBIDAMENTE ACREDITADO POR EL ASEGURADOR EN LA OPORTUNIDAD PERTINENTE. EN ESTOS CASOS, CESARÁ TODA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y ÉSTA NO TENDRÁ OBLIGACIÓN ALGUNA RESPECTO DE LOS RIESGOS QUE CUBRE AL ASEGURADO, CUYA COBERTURA HA TERMINADO ANTICIPADAMENTE, A CONTAR DE LA FECHA DE DICHO TÉRMINO.

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DEBERÁ NOTIFICAR AL ASEGURADO EL TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO Y LA CAUSAL INVOCADA, MEDIANTE COMUNICACIÓN DIRIGIDA A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO QUE ÉSTE HAYA SEÑALADO EN ESTA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE SEGURO Y CERTIFICADO DE COBERTURA, AL MOMENTO DE CONTRATAR EL SEGURO O, A FALTA DE ÉSTA, POR CARTA CERTIFICADA DE CORREO PÚBLICO O PRIVADO DIRIGIDA AL DOMICILIO INFORMADO POR EL ASEGURADO EN ESTE DOCUMENTO. EN TODO CASO, LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR ALGUNA CAUSAL SEÑALADA PRECEDENTEMENTE EN QUE EL ASEGURADOR PONGA TÉRMINO ANTICIPADO, DISTINTA AL NO PAGO DE LA PRIMA, SE PRODUCIRÁ A LA EXPIRACIÓN DEL PLAZO DE 30 DÍAS CORRIDOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE ENVÍO DE LA RESPECTIVA COMUNICACIÓN. SI AL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE GRACIA NO HA SIDO PAGADA LA PRIMA VENCIDA, SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO, A LA EXPIRACIÓN DEL PLAZO DE QUINCE (15) DÍAS CONTADO DESDE LA FECHA DE ENVÍO DE LA COMUNICACIÓN.

EN CASO DE TÉRMINO DE LA PÓLIZA, LAS COBERTURAS CONTRATADAS PARA UN ASEGURADO EN PARTICULAR PERMANECERÁN VIGENTES HASTA EL TÉRMINO DEL PERÍODO POR EL CUAL SE HAYA PAGADO LA PRIMA RESPECTIVA.

DENUNCIA DE SINIESTROS: PRODUCIDO UN SINIESTRO, EL BENEFICIARIO DEBERÁ INFORMAR LO MÁS PRONTO POSIBLE A LA COMPAÑÍA DE LA OCURRENCIA DE CUALQUIER HECHO QUE PUEDA CONSTITUIR O CONSTITUYA UN SINIESTRO.

EL ASEGURADO O QUIEN LO REPRESENTA DEBERÁ COMUNICAR EL SINIESTRO AL FONO 800-646-225, DONDE LE INDICARAN LOS PASOS A SEGUIR.

AL FALLECIMIENTO DE UNO DE LOS ASEGURADOS EN ESTA PÓLIZA, EL BENEFICIARIO ACREEDOR PODRÁ EXIGIR EL PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO, PRESENTANDO LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:

- 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 ASEGURADORA, Y
- D) CERTIFICADO DE LIQUIDACIÓN DE LA DEUDA O DE SALDO ADEUDADO EMITIDA POR EL ACREEDOR.

PARA LA COBERTURA DE DESGRAVAMEN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3, SE DEBEN PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- A) DICTAMEN DE INVALIDEZ EMITIDO POR UN ORGANISMO PREVISIONAL O LEGAL
- B) FOTOCOPIA DE CEDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO POR AMBOS LADOS
- C) INFORME DEL MÉDICO TRATANTE
- D) COPIA DE LIQUIDACIÓN DE DEUDA A LA FECHA DE LA INVALIDEZ

PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES CON PAGO UNICO, SE DEBEN PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- A) CERTIFICADOS MÉDICOS, INDICANDO FECHA Y DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD, EXÁMENES E INFORMES MÉDICOS COMPROBATORIOS DE LA ENFERMEDAD.
- B) FOTOCOPIA POR AMBOS LADOS DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO.
- C) COPIA DE LIQUIDACIÓN DE DEUDA A LA FECHA DE LA INVALIDEZ PRODUCIDO EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD GRAVES DEL ASEGURADO, CUALQUIER PERSONA DEBERÁ INFORMARLO POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA O AL CONTRATANTE TAN PRONTO SEA POSIBLE, O A MAS TARDAR DENTRO DEL PLAZO DE NOVENTA (90) DÍAS CORRIDOS, CONTADO DESDE QUE SE PRODUJO EL DIAGNÓSTICO. SERÁ OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO Y DE CUALQUIER OTRO INTERESADO, PROPORCIONAR A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA TODOS LOS ANTECEDENTES MÉDICOS Y EXÁMENES QUE OBREN EN SU PODER, AUTORIZAR A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PARA REQUERIR DE SUS MÉDICOS TRATANTES TODOS LOS ANTECEDENTES QUE ELLOS POSEAN, Y DAR LAS FACILIDADES Y SOMETERSE A LOS EXÁMENES Y PRUEBAS QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA SOLICITE PARA EFECTOS DE DETERMINAR Y VERIFICAR LA EFECTIVIDAD DE LA INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS. EL COSTO DE ÉSTOS SERÁ DE CARGO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

LA LIQUIDACIÓN Y EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN QUE CORRESPONDA, SE REGIRÁ POR LO DISPUESTO EN EL DS 1055 SOBRE AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS.

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO A VERIFICAR LA INFORMACIÓN EN LOS CASOS QUE LO AMERITE, Y SOLICITAR MAYORES ANTECEDENTES PARA PODER REALIZAR LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO.

POR CONSIGUIENTE, QUEDA ENTENDIDO POR AMBAS PARTES, QUE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO POR TODOS AQUELLOS SINIESTROS QUE OCURRAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y SIEMPRE QUE LAS PRIMAS SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PAGADAS; QUE SE HAYA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ANTERIORMENTE INDICADOS; Y QUE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS HAYA ACEPTADO EL RIESGO.

REGISTRO DE COBERTURAS: ESTAS COBERTURAS SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE DEPOSITADAS EN LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS BAJO LOS CÓDIGOS POL 2 2013 0095, CAD 2 2013 0151, CAD 3 2013 0992 y POL 3 2013 0288.

MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO: LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL PRESENTE SEGURO, PODRÁN SER MODIFICADAS POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA O POR MUTUO ACUERDO ENTRE ÉSTA Y EL CONTRATANTE COLECTIVO. SIN EMBARGO Y EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 517 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, TAL MODIFICACIÓN REGIRÁ A PARTIR DE LA SIGUIENTE RENOVACIÓN DEL CONTRATO Y NO AFECTARÁ EN MANERA ALGUNA A LOS SINIESTROS OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DEL CAMBIO, NI A AQUELLOS ASEGURADOS QUE TENGAN LA PRIMA TOTALMENTE PAGADA. PARA ESTOS ÚLTIMOS, LA MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA PRODUCIRÁ EFECTO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE VENZA EL PERIODO CUBIERTO POR LA PRIMA PAGADA.

EL ASEGURADOR, A TRAVÉS DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA DEBERÁ DAR OPORTUNO AVISO A CADA UNA DE LAS PERSONAS ASEGURADAS POR ESTA PÓLIZA Y CUYA VARIACIÓN DE LAS CONDICIONES PARTICULARES LES AFECTE RESPECTO DE CUALQUIER MODIFICACIÓN A ÉSTAS. LAS MODIFICACIONES NO INFORMADAS SERÁN INOPONIBLES AL ASEGURADO. ASIMISMO, EL ASEGURADO PODRÁ RENUNCIAR AL CONTRATO MEDIANTE COMUNICACIÓN ESCRITA DIRIGIDA AL ASEGURADOR, DENTRO DE LOS DIEZ DÍAS SIGUIENTES DE RECIBIDA LA NOTIFICACIÓN DEL CAMBIO DE CONDICIONES, EN CUYO CASO DEBERÁ RESTITUIRSE LA PRIMA QUE SE HUBIERE ABONADO DESDE LA MODIFICACIÓN.

CERTIFICADO DE COBERTURA: EL PRESENTE CERTIFICADO REPRESENTA SÓLO UN RESUMEN DE LAS CONDICIONES, COBERTURAS, REQUISITOS, EXCLUSIONES Y OBLIGACIONES DEL SEGURO Y NO REEMPLAZA A LAS CONDICIONES PARTICULARES NI GENERALES DE LAS RESPECTIVAS PÓLIZAS Y SÓLO TIENEN UN CARÁCTER INFORMATIVO. PARA MAYOR CLARIDAD, EXTENSIÓN Y PROFUNDIDAD DE LAS CARACTERÍSTICAS, CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS, EL TITULAR DE LA TARJETA PUEDE CONSULTAR LAS COPIAS DE LA RESPECTIVA PÓLIZA, LA QUE SE ENCUENTRA A SU ENTERA DISPOSICIÓN EN TODOS LOS CENTROS DE SERVICIO DE CUALQUIER TIENDA HITES.

RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE: EL CONTRATANTE DEL PRESENTE SEGURO COLECTIVO DEBE INFORMAR A LOS ASEGURADOS U OTROS LEGÍTIMOS INTERESADOS, SOBRE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO Y SUS CONDICIONES, MODIFICACIONES O TÉRMINO. EL CONTRATANTE ASUME LAS RESPONSABILIDADES QUE EMANEN DE SU ACTUACIÓN COMO CONTRATANTE DEL SEGURO COLECTIVO.

COMUNICACIONES: CUALQUIER COMUNICACIÓN, DECLARACIÓN O NOTIFICACIÓN QUE HAYA DE HACERSE ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS CON MOTIVO DE ESTA PÓLIZA, DEBERÁ EFECTUARSE MEDIANTE CARTA CERTIFICADA, A MENOS QUE EN LA PROPUESTA O SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL SEGURO, EL ASEGURADO HAYA PROPORCIONADO UN CORREO ELECTRÓNICO U OTRO MEDIO ELECTRONICO PARA EFECTUAR LAS COMUNICACIONES. LA CARTA SERÁ DIRIGIDA AL DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA O AL ÚLTIMO DOMICILIO DEL CONTRATANTE O ASEGURADO, EN SU CASO, REGISTRADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

LAS NOTIFICACIONES EFECTUADAS VÍA CORREO ELECTRÓNICO U OTRO MEDIO ELECTRONICO, SE ENTENDERÁN REALIZADAS AL DÍA HÁBIL SIGUIENTE DE HABERSE ENVIADO ÉSTAS, EN TANTO QUE LAS NOTIFICACIONES HECHAS POR CARTA CERTIFICADA, SE ENTENDERÁN REALIZADAS AL TERCER DÍA HÁBIL SIGUIENTE AL INGRESO A CORREO DE LA CARTA, SEGÚN EL TIMBRE QUE CONSTE EN EL SOBRE RESPECTIVO.

ESTE SEGURO ES INTERMEDIADO POR AGENCIAS BRINER CORREDORES DE SEGUROS SpA, QUE SOLO ASUMIRA LAS OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES PROPIAS DE LOS CONTRATOS QUE INTERMEDIEN.

DOMICILIO: PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO LA CIUDAD Y COMUNA DE SANTIAGO.

ATENCIÓN DE CONSULTAS, RECLAMOS Y/O RENUNCIA: EN CASO DE CONSULTAS, RECLAMOS Y/O RENUNCIA AL PRESENTE SEGURO, EL ASEGURADO DEBE COMUNICARSE CON EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA S.A., NÚMERO 800-200-272 O CORREO ELECTRÓNICO SVIDA@OHIONATIONAL.CL. EL ASEGURADO TAMBIÉN PUEDE ENVIAR SU CONSULTA O SOLICITUD AL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE HITES AL NÚMERO 227265434, AL CORREO ELECTRÓNICO CALLCENTER.HITES@HITES.CL O CONCURRIR PERSONALMENTE A CUALQUIER TIENDA HITES PARA QUE SU SOLICITUD SEA ATENDIDA Y GESTIONADA ANTE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO PUEDE RENUNCIAR A ESTE SEGURO EN CUALQUIER MOMENTO, SIN EXPRESIÓN DE CAUSA NI PENALIZACIÓN ALGUNA. EN CASO DE RENUNCIA SOLICITADA POR EL ASEGURADO, LA COBERTURA Y VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO SE EXTINGUIRÁ A CONTAR DE LA FECHA EN QUE REALICE LA RENUNCIA Y ÉSTA SEA RECIBIDA POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. A CONTAR DE ESA MISMA FECHA, LOS CARGOS DE PRIMA DEJARÁN DE EFECTUARSE EN LA TARJETA DE CRÉDITO CORRESPONDIENTE EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO HAYA AUTORIZADO EL CARGO DE DICHA PRIMA EN SU TARJETA HITES.

NOTAS:

- ESTE CONTRATO NO CUENTA CON SELLO SERNAC DEL ART. 55 DE LA LEY 19.496.
- LA COMPAÑÍA TENDRÁ SIEMPRE EL DERECHO DE SOLICITAR, YA SEA AL ASEGURADO, O AL CORREDOR, CUALQUIER OTRO ANTECEDENTE O DOCUMENTO QUE SE NECESITE, O QUE ESTIME NECESARIO., ADEMÁS Y SIN PERJUICIO DE LOS YA CITADOS, PARA LA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO Y EL AJUSTE CORRESPONDIENTE SI PROCEDIERE.
- AGENCIAS BRINER CORREDORES DE SEGUROS SpA SE ENCUENTRA VOLUNTARIAMENTE ADHERIDA AL GRUPO RETAIL SEGUROS (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 HITES.

INFORMACIÓN DE DIVERSIFICACIÓN DEL RIESGO DE AGENCIAS BRINER CORREDORES DE SEGUROS SPA.:

LA INFORMACION SOBRE LA DIVERSIFICACION DE LOS NEGOCIOS DE AGENCIAS BRINER CORREDORES DE SEGUROS SpA.Y DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS CON LAS QUE HAYA TRABAJADO, SE ENCUENTRA A SU DISPOSICION EN www.briner.cl, BAJO LA SECCION CIRCULAR DIVERSIFICACION DE PRODUCCION.

IMPORTANTE

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS OHIO NATIONAL 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 LAS OFICINAS DE OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA S.A. Y EN WWW.AACH.CL

ASIMISMO, OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA S.A. SE ENCUENTRA ADHERIDA VOLUNTARIAMENTE A LA INSTITUCIÓN DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO DEPENDIENTE DEL CONSEJO DE AUTORREGULACIÓN DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, Y CUYA FINALIDAD ES VELAR POR EL DESARROLLO DEL MERCADO DE SEGUROS BAJO EL PRINCIPIO DE BUENA FE, DEBIENDO CONFORME A SUS ESTATUTOS CONOCER Y RESOLVER LOS CONFLICTOS Y/O RECLAMOS QUE PUDIERAN PRODUCIRSE ENTRE LAS COMPAÑÍAS Y SUS CLIENTES. PARA MAYOR INFORMACIÓN, ÉSTA SE ENCUENTRA DISPONIBLE EN WWW.DDACHILE.CL; TELÉFONO 800646232, 2-22343583, O BIEN EN CALLE AUGUSTO LEGUÍA SUR N° 79, OFICINA 1210 PROVIDENCIA, SANTIAGO.OFICINA 1210, LAS CONDES

ANEXO DE PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS (CIRCULAR N° 2106 DE 31 DE MAYO DE 2013, SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS)

- 1) **OBJETO DE LA LIQUIDACION:** 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 PERDIDA 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 LIQUIDACION:** 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 OPOSICION A LA LIQUIDACION 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 comunicación de la compañía. LA COMPAÑÍA DEBERÁ DESIGNAR AL LIQUIDADOR EN EL PLAZO DE DOS DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE DICHA OPOSICIÓN.
- 4) **INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES:** EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑÍA DEBERÁN 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 LIQUIDACION: 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 LIQUIDACION: DENTRO DEL MÁS BREVE PLAZO, NO PUDIENDO EXCEDER DE 45 DÍAS CORRIDOS DESDE FECHA DE DENUNCIO, A EXCEPCIÓN DE:

A) SINIESTROS QUE CORRESPONDAN A SEGUROS INDIVIDUALES SOBRE RIESGO DEL PRIMER GRUPO CUYA PRIMA ANUAL SEA SUPERIOR A 100 UF: 90 DÍAS CORRIDOS DESDE FECHA DE DENUNCIO;

B) SINIESTROS MARÍTIMOS QUE AFECTEN A LOS CASCOS O EN CASO DE AVERIA GRUESA: 180 DÍAS CORRIDOS DESDE FECHA DE DENUNCIO.

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION: LOS PLAZOS ANTES SEÑALADOS PODRÁN, EXCEPCIONALMENTE SIEMPRE QUE LAS CIRCUNSTANCIAS LO AMERITEN, PRORROGARSE, SUCESIVAMENTE POR IGUALES PERIODOS, INFORMANDO LOS MOTIVOS QUE LA FUNDAMENTAN 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 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 LIQUIDACION: 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 Y 27 DEL 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) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION: 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 6 DÍAS HÁBILES PARA RESPONDER LA IMPUGNACIÓN.

ANEXO
BENEFICIO ADICIONAL “ASISTENCIA FUNERARIA (HITES)”
TELEFONOS ASISTENCIA: 600 360 04 50 ó (02) 2820 30 46.

DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AL DÍA EN EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL PRESENTE SEGURO, SE TENDRÁ ACCESO AL BENEFICIO DE ASISTENCIA FUNERARIA Y ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA QUE SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR:

A) SERVICIOS DE ASISTENCIA FUNERARIA:

1.- SERVICIOS FUNERARIOS: CONSISTE EN LA COMPRA Y ARRIENDO DE LOS SERVICIOS DE UNA EMPRESA FUNERARIA DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:

- URNA EN MADERA DE PINO CON TERCiado
- EQUIPO VELATORIO PARA CAPILLA ARDIENTE EN METAL CON LUCES.
- CARROZA PARA INSTALACIÓN EN LUGAR DE FALLECIMIENTO.
- PREPARAR, VESTIR Y ACONDICIONAR FALLECIDO. MAQUILLAJE NATURALIZADOR SIMPLE.
- TRASLADO A LUGAR DE VELATORIO QUE SE INDIQUE.
- TRÁMITES EN REGISTRO CIVIL CORRESPONDIENTE.
- INSCRIPCIÓN DE FALLECIMIENTO.
- OBTENCIÓN DE AUTORIZACIÓN DE SEPULTACIÓN PARA CEMENTERIO QUE SE INDIQUE.
- CARROZA MODERNA PARA EL FUNERAL.
- AUTO O VAN DE ACOMPAÑAMIENTO. IDA Y REGRESO.
- ASESORÍA ÍNTEGRA EN TRÁMITES E INSTITUTO MÉDICO LEGAL.
- ASESORÍA ÍNTEGRA EN COMPRA DE SEPULTURAS Y/O CINERARIO. (REGIÓN METROPOLITANA).
- PUBLICACIÓN EN UN PERIODICO DE CIRCULACIÓN NACIONAL.

TOPE MÁXIMO EN TOTAL UF 25.-

2.- GASTOS DE INCINERACIÓN: EN CASO QUE LOS BENEFICIARIOS LEGALES REQUIERAN ESTE SERVICIO DENTRO DE UN PLAZO DE 48 HORAS LUEGO DE OCURRIDO EL FALLECIMIENTO DEL TITULAR, GEA COORDINARÁ Y FINANCIARÁ A SOLICITUD DE LOS BENEFICIARIOS LEGALES, LA INCINERACIÓN DE LOS RESTOS DEL ASEGURADO TITULAR; DICHA INCINERACIÓN SOLO PODRÁ SER REALIZADA EN LOS CREMATORIOS DEFINIDOS POR GEA CUYAS UBICACIONES SE ENCUENTRAN EN:

- CEMENTERIO GENERAL, REGIÓN METROPOLITANA, SANTIAGO.
- CEMENTERIO PARQUE DEL MAR, V REGIÓN, VIÑA DEL MAR.
- CEMENTERIO GENERAL DE CONCEPCIÓN, VIII REGIÓN DEL BIOBIO, CONCEPCIÓN.

ESTA SOLICITUD CONSIDERA UN ÁNFORA ESTÁNDAR.

TOPE MÁXIMO UF 15.

3.- TRASLADO DEL ASEGURADO FALLECIDO: EL TRASLADO DE LOS RESTOS DEL ASEGURADO TITULAR FALLECIDO DESDE EL LUGAR EN QUE HUBIERE FALLECIDO HASTA 100 KILÓMETROS DE DISTANCIA DEL LUGAR EN QUE DEBA EFECTUARSE LA INHUMACIÓN.

ESTE SERVICIO INCLUYE EL TRASLADO DE LOS PADRES, CONYUGUE O HIJOS DEL FALLECIDO DESDE EL LUGAR EN QUE SE ENCUENTREN HASTA 100 KILÓMETROS DE DISTANCIA DEL LUGAR EN QUE DEBA EFECTUARSE LA INHUMACIÓN.

4.- ORIENTACION EN DENUNCIO DE SINIESTROS DE SEGUROS: SERVICIO DE ORIENTACIÓN DE DENUNCIO DE SEGUROS DE VIDA, ACCIDENTES Y OTROS QUE HUBIESE ADQUIRIDO EL ASEGURADO TITULAR.

5.- ASISTENCIA LEGAL PARA POSESIÓN EFECTIVA: EL INTERESADO (ASEGURADO TITULAR O FAMILIAR) PODRÁ UTILIZAR EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN JURÍDICA QUE GEA PONE A SU DISPOSICIÓN, PARA CUALQUIER CONSULTA TELEFÓNICA RELATIVA A SUS DERECHOS EN LA HERENCIA O LAS GESTIONES NECESARIAS PARA TRAMITAR LA POSESIÓN EFECTIVA, EN CASO DE FALLECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LOS INTERESADOS.

LA CONSULTA SERÁ ATENDIDA POR UN ABOGADO Y SE LIMITARÁ A LA ORIENTACIÓN VERBAL SIN EMITIR ESCRITO SOBRE LA MISMA.

B) ORIENTACION TELEFONICA:

1.- ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA: DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA, CON EL OBJETIVO DE OBTENER ORIENTACION MÉDICA Y TÉCNICA EN TODOS LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD. EN ESTE CONTEXTO, SE BRINDARA AL ASEGURADO TITULAR, LA SIGUIENTE ASISTENCIA TELEFONICA:

a) ORIENTACIÓN TELEFÓNICA RESPECTO DE DOLENCIAS, MALESTARES SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, INGESTA DE MEDICAMENTOS Y CONSEJOS SOBRE EL AUTO CUIDADO.

b) DIRECCIONES, HORARIOS DE ATENCIÓN Y TELÉFONOS DE INFORMACIÓN, HOSPITALES, CENTROS MÉDICOS, CLÍNICAS, POSTAS, SERVICIOS DE RESCATE MÉDICO PÚBLICO Y PRIVADO.

c) GUÍA MÉDICA (DIRECTORIO DE MÉDICOS POR ESPECIALIDADES).

d) INFORMACIÓN FARMACIAS DE TURNO.

e) INFORMACIÓN DE LOCALES RELACIONADOS CON ARTÍCULOS ORTOPÉDICOS Y SERVICIOS DE ENFERMERÍA.

2.- ORIENTACIÓN PSICOLOGICA TELEFONICA: SERVICIO DE CONTENCIÓN, APOYO Y GUÍA ENTREGADO POR PSICÓLOGOS PROFESIONALES, OPERATIVA LAS 24 HORAS, LOS 365 DÍAS DEL AÑO, DESTINADA A BRINDAR AYUDA Y ORIENTACIÓN FAMILIAR, PRINCIPALMENTE DESPUÉS DE UN EVENTO TRAUMÁTICO COMO LA MUERTE DE UN FAMILIAR O SER QUERIDO. EL PROFESIONAL ENTREGARÁ RECOMENDACIONES DE COMO ACTUAR ANTE ESTOS CASOS.

A ESTE BENEFICIO PODRAN ACCEDER FAMILIARES DIRECTOS DEL ASEGURADO TITULAR Y HASTA 6 MESES DESDE OCURRIDO SU FALLECIMIENTO.

3.- SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: EN VIRTUD DE ESTE SERVICIO, SE COORDINARA, PREVIA SOLICITUD DEL ASEGURADO, EL CONTACTO EN FORMA TELEFONICA CON UN MEDICO ESPECIALISTA, EL CUAL DARA SU OPINION MEDICA RESPECTO DE LOS ANTECEDENTES DE SALUD EXPUESTOS. SE DEJA CONSTANCIA QUE GEA NO SE HACE RESPONSABLE DE LAS OPINIONES MEDICAS EMITIDAS.

LIMITES DE LA “ASISTENCIA FUNERARIA”

GEA NO AUTORIZARÁ LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA FUNERARIA SI ESTOS ESTÁN RELACIONADOS O SE ORIGINAN DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

A) LOS SERVICIOS SE PRESTARÁN SIEMPRE Y CUANDO EXISTA LA INFRAESTRUCTURA PÚBLICA O PRIVADA EN LA LOCALIDAD CORRESPONDIENTE.

B) LA MALA FE DEL INTERESADO COMPROBADA POR EL PERSONAL DE GEA.

C) LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO MOVIMIENTOS SÍSMICOS, INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, HURACANES, TEMPESTADES, SIEMPRE QUE ELLOS HAYAN DADO LUGAR A LA DECLARACIÓN DE ZONA DE CATÁSTROFE POR LA UNIDAD COMPETENTE.

- D) HECHOS Y ACTOS DEL HOMBRE DERIVADOS DEL TERRORISMO, GUERRA, GUERRILLA, PROTESTAS, VANDALISMO, MOTÍN, ETC.
- E) HECHOS Y ACTOS DE FUERZAS ARMADAS, FUERZA O CUERPO DE SEGURIDAD
- F) LOS SERVICIOS QUE EL INTERESADO HAYA CONTRATADO SIN PREVIO CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN DE LA ASISTENCIA GEA
- G) CUANDO EL INTERESADO NO PROPORCIONE INFORMACIÓN VERAZ Y OPORTUNA QUE POR SU NATURALEZA NO PERMITA ATENDER DEBIDAMENTE EL ASUNTO.
- H) CUANDO SE REPORTE LA EMERGENCIA EN UN PLAZO SUPERIOR A 48 HORAS DE OCURRIDO EL EVENTO.
- I) SI EL INTERESADO, AL EFECTUAR LA SOLICITUD DE USO DE LA ASISTENCIA NO PROPORCIONE LOS DATOS DEL ASEGURADO TITULAR.
- J) CUANDO EL INTERESADO INCUMPLA CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES INDICADAS EN ESTE DOCUMENTO.
- K) LOS HECHOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, PRÁCTICAS DEPORTIVAS Y PRUEBAS PREPARATORIAS O ENTRENAMIENTOS.
- L) LOS HECHOS O DAÑOS PRODUCIDOS CUANDO EL INTERESADO SE ENCUENTRE BAJO INFLUENCIA DE DROGAS TÓXICAS ESTUPEFACIENTES.
- M) EPIDEMIAS QUE HAYAN SIDO DECLARADAS COMO TALES POR RESOLUCIÓN DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- N) REEMBOLSO, SALVO RAZONES DE FUERZA MAYOR DEBIDAMENTE ACREDITADOS Y CON AUTORIZACIÓN PREVIA DE GEA.
- O) SI EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO OCURRE EN EL EXTRANJERO.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO TITULAR Y/O INTERESADO CON EL FIN QUE EL INTERESADO PUEDA DISFRUTAR DE LOS SERVICIOS CONTEMPLADOS EN ESTE DOCUMENTO, DEBERÁ CUMPLIR CON LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES:

- a) PARA HACER USO DEL SERVICIO ASISTENCIA “ASISTENCIA FUNERARIA”, ÉL INTERESADO DEBE COMUNICARSE TELEFÓNICAMENTE A LOS NÚMEROS 600 360 04 50 o (02) 2820 30 46. EL INTERESADO DEBERÁ INFORMAR AL FUNCIONARIO DE GEA QUE ATIENDA LA LLAMADA RESPECTIVA, TODOS LOS DATOS NECESARIOS PARA IDENTIFICARLO COMO INTERESADO, ASÍ COMO LOS DEMÁS DATOS QUE SEAN NECESARIOS CON EL FIN DE PODER PRESTAR EL SERVICIO SOLICITADO, TALES COMO: DATOS DEL ASEGURADO TITULAR, LA UBICACIÓN EXACTA DEL ASEGURADO; NÚMERO TELEFÓNICO EN EL CUAL LOCALIZARLO; DESCRIPCIÓN POR EL INTERESADO DEL PROBLEMA QUE SUFRE, EL TIPO DE AYUDA QUE PRECISE, ETC.
- b) ABSTENERSE DE REALIZAR GASTOS SIN HABER CONSULTADO Y RECIBIDO LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE GEA, SIENDO ESTA ÚLTIMA LA QUE DETERMINARÁ LA PROCEDENCIA O NO DE LA ATENCIÓN,
- c) INFORMAR A GEA DEL EVENTO EN UN PLAZO NO SUPERIOR A 48 HORAS PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA FUNERARIA.
- d) IDENTIFICARSE COMO INTERESADO GEA.
- e) QUEDA ENTENDIDO QUE EL PERSONAL DE GEA PRESTARÁ LOS SERVICIOS CONTEMPLADOS EN ESTE DOCUMENTO, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SE HAYA ENCONTRADO AL DÍA EN EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A LA POLIZA COLECTIVA N° 265.
- f) UNA VEZ CUMPLIDOS TODOS LOS REQUISITOS INDICADOS, GEA LE PRESTARÁ AL INTERESADO LOS SERVICIOS SOLICITADOS A LOS CUALES TENGA DERECHO DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES DE LA PRESENTE ASISTENCIA.
- g) EN CASO QUE ÉL INTERESADO NO CUMPLA ADECUADAMENTE CON LOS REQUISITOS INDICADOS, GEA NO ASUMIRÁ RESPONSABILIDAD NI GASTO ALGUNO RELACIONADO CON LA NO PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA. ENTREGAR DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA QUE GEA PUEDA REALIZAR EL COBRO A SU FAVOR DE LA CUOTA MORTUARIA..
- LA PRESENTE ASISTENCIA, CONFIGURA LA ÚNICA OBLIGACIÓN A CARGO DE GEA Y EN NINGÚN CASO REEMBOLSARÁ AL INTERESADO/ASEGURADO DE LAS SUMAS EN QUE ESTE HUBIERE INCURRIDO.
- TODOS LOS SERVICIOS QUE SE DETALLAN EN EL PRESENTE ANEXO SE PRESTARAN POR MEDIO DE GEA, EN TODAS LAS CIUDADES DE LA REPUBLICA DE CHILE. PARA LOS SERVICIOS DE INCINERACION, ESTE SERA ACOTADO SOLO A LAS REGIONES METROPOLITANA, V Y VIII.

QUEDA ESTABLECIDO QUE LOS SERVICIOS FUNERARIOS Y/O INCINERACION SON EXCLUYENTES ENTRE SI.