



**PROPUESTA DE SEGURO Y CERTIFICADO DE COBERTURA
SEGURO DE VIDA
CONTRATANTE: INVERSIONES TARJETA FAMILYCARD LTDA.**

DATOS ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO (PATERNO, MATERNO, NOMBRES) GERALDINE CARRILLO F FIGUEROA			RUT 19297920-K	
DIRECCIÓN PARTICULAR PASAJE MAYHUEN NRO 3373			COMUNA/CIUDAD CORONEL	
TELÉFONO SIN DATOS		CELULAR 86916323	CORREO ELECTRONICO	
FECHA NACIMIENTO 24-08-1984	SEXO FEMENINO	ESTADO CIVIL SIN DATOS	PROFESIÓN/ACTIVIDAD	

COBERTURAS SEGURO DE VIDA

COBERTURAS: FALLECIMIENTO (POL 2 2013 1111)	CAPITAL ASEGURADO: UF 3	PRIMA ANUAL: UF 0.25
---	-----------------------------------	--------------------------------

Designación de Beneficiarios: En caso de fallecimiento del titular, los beneficiarios serán las personas designadas a continuación. En caso de no haber designado beneficiarios, lo serán los indicados en el artículo 11 del POL 2 2013 1111.

Nombre Completo	Rut	Parentesco	% participación

Declaración Personal de Salud del Asegurado (D.P.S.)

Si usted tiene conocimiento de padecer, estar en proceso de diagnóstico, tener diagnosticada alguna dolencia, haberla tenido o si ha sido sometido a tratamiento de alguna de las siguientes enfermedades: cardiovasculares, corazón, accidente vascular, válvulas, arritmias, hipertensión arterial, diabetes o prediabetes, metabólicas, obesidad, gastrointestinales, colon, hígado, páncreas, cáncer o tumores de cualquier naturaleza, hernia núcleo pulposa, tiroides, neurológicas, trastornos mentales o del sistema nervioso, cerebro, médula y nervios periféricos, desordenes congénitos, broncopulmonares o genitourinarias, alcoholismo, drogas y otras adicciones, complicaciones de accidentes y cirugías, cirrosis, osteomusculares, autoinmunes, transmisión sexual, HIV positivo, sida, renales, pancreatitis, enfermedades infecciosas, parasitarias, trastornos endocrinos o cualquier enfermedad grave que no se aluda en esta declaración, así como incapacidad y/o está usted en proceso de estudio para solicitarlo a la AFP o Compín, **entonces debe detallar(las) a continuación, registrando cual(es) y la(s) fecha(s) de diagnóstico**

La omisión de comentarios se entiende como una declaración que implica no haber presentado ninguna de las situaciones señaladas.

Declaración Personal: declaro estar en conocimiento y acepto que las enfermedades, dolencias o problemas de salud que he declarado precedentemente constituirán restricciones de cobertura, por lo cual la compañía de seguros no estará obligada a efectuar el pago del siniestro si la causal de fallecimiento se produce por alguno de estos motivos. Asimismo, acepto y solicito que esta declaración especial sea parte

integrante de las condiciones particulares del seguro. Entiendo y concuerdo, que los beneficios de este seguro, no operarán si la causa de siniestro fuese alguna enfermedad o accidente preexistente a la fecha de la suscripción de este certificado de cobertura.

Adicionalmente, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución o persona que tenga registros personales míos incluidos en esta declaración, para que pueda dar información solicitada por Banchile Seguros de Vida S.A. A su vez faculto a ésta última, para que solicite o retire copias de tales antecedentes. Conforme a lo señalado en la ley nº 19.628, relativa a la protección de la vida privada, por este acto vengo en facultar expresamente a la compañía de seguros a la que estoy solicitando el(los) presente(s) seguro(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la aseguradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para que la compañía aseguradora tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo expresa el artículo 127 del código sanitario, modificado por la ley ya citada. Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la compañía aseguradora en el análisis del otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismos fines.

De conformidad a lo dispuesto en el número uno del artículo 556 del código del comercio, los datos contenidos en esta solicitud expresan fielmente la verdad sobre el o los asegurados y el estado de las materias que se aseguran. Toda omisión y/o inexactitud contenida en ellas es de exclusiva responsabilidad del proponente y dará derecho a la compañía a eximirse del pago de cualquier siniestro, a poner término a la póliza, o alegar exclusión de cobertura según sea el caso, y demandar los daños y perjuicios que se hayan causado.

Declaración Personal de Deportes y Actividades Riesgosas

Declaro que participo en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas; y/o que practico o desempeño alguno de los siguientes deportes riesgosos: carreras de automóviles, caballos, motociclismo o lanchas a motor, parapente, paracaidismo, alas delta, salto bungee, boxeo, rodeo chileno, buceo, inmersión submarina o montañismo; y/o que practico o desempeño alguna de las siguientes actividades: manejo de explosivos o sustancias químicas corrosivas, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil (helicóptero y avión); y/o presto servicios en las fuerzas armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en carabineros de Chile, policía de investigaciones, gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados; y/o me desempeño como deportista de alto rendimiento o profesional según lo establecido en la ley nº 19.817 del deporte y en el DFL 1 de 1970;; o cualquier otra actividad o deporte riesgoso no aludido anteriormente.

Menciónelas

Declaro estar en conocimiento y acepto que las actividades o deportes riesgosos que he declarado precedentemente constituirán restricciones de cobertura, por lo cual la compañía de seguros no estará obligada a efectuar el pago del siniestro si la causal de fallecimiento se produce por alguno de estos motivos. Asimismo, acepto y solicito que esta declaración especial sea parte integrante de las condiciones particulares del seguro.

Para cumplir con la resolución exenta nº 05 de 11.01.05 dictada por el S.I.I., solicitamos a Ud. Nos informe en este acto si posee o no la calidad de vendedor, importador o prestador de servicios. Esto para efectos de determinar la procedencia o improcedencia de la emisión y despacho a usted de la factura correspondiente por las operaciones gravadas o exentas del impuesto a las ventas y servicios (IVA). Si su respuesta es afirmativa la compañía emitirá y despachará al domicilio indicado en esta solicitud la respectiva factura.

Este seguro es suscrito por **Banchile Seguros de Vida S.A.** Rut: 96.917.990-3.

Este documento constituye para aquellas personas que no hubieren efectuado declaraciones en el acápite declaración de personal de salud o declaración personal de actividades o deportes riesgosos certificado de cobertura una vez que se completen todos los datos solicitados, se pague y se encuentre debidamente

firmada por el proponente.

Para aquellos proponentes que efectúen declaraciones en su DPS, la compañía aseguradora analizará el riesgo para determinar si otorgará o no cobertura, de manera que el presente documento será únicamente propuesta de seguros.

Mandato descuento en Tarjeta de Crédito (PAT)

Por _____ el presente acto, _____ don _____ (ña),

Cédula nacional de identidad N° _____, en adelante "el mandante", confiere mandato especial Inversiones Tarjeta Familycard Ltda., Rol único tributario 76.118.138-6, en adelante "el mandatario", bajo los siguientes términos y condiciones:

Primero: el mandante declara que ha contratado un Seguro de Vida con Banchile Seguros de Vida, cuya prima será recaudada por Inversiones Tarjeta Familycard Ltda., asimismo, declara que es titular de la Tarjeta de Crédito Familycard N° _____ fecha vencimiento _____, en adelante la "tarjeta de crédito".

Segundo: por el presente acto, el mandante otorga un mandato mercantil y autoriza a Inversiones Tarjeta Familycard Ltda. para que el monto de las primas del contrato de seguros antes individualizado, sea cargado a su tarjeta de crédito, de acuerdo a la información otorgada en la cláusula primera precedente, y con ello pague a Banchile Seguros de Vida los cobros que éste presente a su cargo por concepto de primas de seguro adeudadas, los que el mandante acepta a partir de la firma del presente instrumento. Los cargos se consideran como si fuera un pago por caja en efectivo y se cargarán a la tarjeta de crédito, en el día de vencimiento.

Tercero: de acuerdo a lo establecido en el N° 2.1.2 de la circular N° 1499 de 15 de septiembre de 2000, emitida por la Superintendencia de Valores y Seguros, el mandante declara que el presente mandato afecta al conjunto de pólizas y renovaciones celebradas con la compañía durante la vigencia de éste; y autoriza a que las primas de dichas pólizas se paguen mediante la modalidad PAT, es decir, autorización de descuento en tarjeta de crédito. El monto de la prima, su forma y modalidad de pago, se encuentran insertas en las condiciones particulares de cada póliza.

Cuarto: el mandante declara conocer que el mandato para cargo a su tarjeta de crédito, constituye una relación contractual única y exclusiva con Inversiones Tarjeta Familycard Ltda., liberando desde ya a Banchile Seguros de Vida S.A. De toda responsabilidad que pudiera derivarse de la ejecución errónea de éste, que no le sea imputable.

Quinto: la fecha de vigencia inicial de este mandato es desde que comienza la cobertura de la presente póliza y la fecha de término del mandato es indefinida, sin embargo, dejará de tener efecto por la sola declaración de la voluntad del mandante, por el cierre de la tarjeta de crédito, por decisión del mandatario, o por el evento que Banchile Seguros de Vida termine con el mandatario el convenio de recaudación.

Por este acto, autorizo a que las comunicaciones o notificaciones que la compañía de seguros envíe o deba enviar en razón de la póliza, especialmente aquellas a que se refiere el artículo 517 del código de comercio, se dirijan al correo electrónico indicado en esta propuesta, así como a cualquier otra dirección de contacto que yo hubiese entregado a la compañía de seguros o al corredor. En caso de no aceptar esta forma de comunicaciones o notificaciones, por favor marque el siguiente recuadro:

IMPORTANTE:

Usted se está incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por Inversiones Tarjeta Familycard Ltda. y Banchile Seguros de Vida S.A., con la intermediación de A&H Productora de Seguros Ltda.

Nombre ejecutivo de venta:	Rut:	Sucursal:

La contratación de este seguro es absolutamente voluntaria, la cual manifiesto libremente mediante la suscripción de esta propuesta de seguro, por el valor de la prima en ella indicada.

04-09-2016
FECHA DE LA SOLICITUD

ELENA ARACENA SILVA
REPRESENTANTE LEGAL
A & H PRODUCTORA DE SEGUROS LTDA. BANCHILE SEGUROS DE VIDA S.A
RUT: 76.153.122-0

MARIO CATRILEO DUQUE
REPRESENTANTE LEGAL
RUT: 96.917.990-3

Cobertura de Fallecimiento (POL 2 2013 1111): La indemnización correspondiente al capital de un asegurado será pagado por la compañía aseguradora al o a los beneficiarios, después de acreditado el fallecimiento del asegurado, por causa no excluida de conformidad a lo indicado en el artículo nº 6 de las condiciones generales, siempre que este ocurra durante la vigencia de la cobertura para dicho asegurado. Si el asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de la cobertura de la póliza, no habrá derecho a indemnización alguna.

Exclusiones (POL 2 2013 1111): Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado fuere causado por:

A. Salvo pacto en contrario, señalado en las condiciones particulares de la póliza, el riesgo de suicidio del asegurado sólo quedará cubierto a partir de dos años de la celebración del contrato, o de haber estado vigente el seguro por igual plazo en virtud de sucesivas renovaciones o desde su rehabilitación o último aumento de capital. En este último caso el incremento de capital no será considerado para el pago de la indemnización cuando este hubiese sido realizado con una anterioridad inferior a dos años contados desde la fecha del suicidio.

B. Pena de muerte o por participación en cualquier acto delictivo.

C. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar o verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada o la indemnización.

D. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.

E. Participación activa del asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

F. 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.

G. La práctica o el desempeño de los siguientes deportes riesgosos: Carreras de automóviles, caballos, motociclismo o lanchas a motor; parapente, paracaidismo, alas delta, salto bungee, boxeo, rodeo chileno y buceo.

H. La práctica o desempeño de las siguientes actividades: manejo de explosivos o sustancias químicas corrosivas, minería subterránea, trabajos en altura o en líneas de alta tensión, inmersión submarina y piloto civil.

I. Prestación de servicios del asegurado en las fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados.

J. Desempeñarse como deportista de alto rendimiento o profesional según lo establecido en el artículo 8º de la Ley del deporte N° 19712 de enero de 2001 y en el DFL 1 de 1970, respectivamente.

K. Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en estas Condiciones Generales Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En el certificado de cobertura se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable.

L. 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.

M. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

N. Una infección oportunista o neoplasma maligno causado o que resulte como consecuencia que, a la fecha

del siniestro, el asegurado estuviere afecto o fuere portador del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

O. Con tal propósito, se entenderá por: "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA", lo dispuesto para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluirá encefalopatía, demencia por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, V.I.H., y síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana, V.I.H. Infección Oportunista incluye, pero no debe limitarse a, neumonía causada por pneumocystis carinii, organismo de enteritis crónica, infección vírica o infección microbacteriana diseminada. Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse, al sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

De ocurrir el fallecimiento del asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura para el caso en particular, y producirá el término del seguro para dicho asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la compañía aseguradora y teniendo la facultad de retener la prima pagada. Conforme a lo anterior, la póliza seguirá vigente para todos los efectos con respecto a los demás asegurados.

Situación o Enfermedad Preexistente: Aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado, a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.

Edades de Ingreso y Permanencia: La edad mínima de ingreso al seguro es de 18 años y la máxima de ingreso es de 77 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es de 80 años y 364 días.

Aviso de Siniestros e Información Solicitada: En caso de siniestro usted puede dar aviso en las oficinas de Inversiones Tarjeta Familycard Ltda., completando el formulario de "denuncio de siniestros" o en servicio de atención al asegurado **600 843 2000**. En cada caso se debe adjuntar los siguientes documentos:

- Formulario denuncia de siniestro.
- Certificado de defunción del asegurado con indicación de causa de muerte.
- En caso de muerte accidental: parte policial
- Fotocopia cedula de identidad del asegurado fallecido y sus beneficiarios.
- Otros documentos relativos al fallecimiento del asegurado.
- Otros antecedentes según lo solicite la aseguradora.

Plazo Aviso de Siniestro: Tan pronto como sea posible, con las limitaciones que establece la ley.

Vigencia de la Cobertura Individual: El seguro para aquellas personas que no efectúen declaraciones en su declaración personal de salud y declaración personal de actividades y deportes riesgosos, y que además cumplan con las condiciones de asegurabilidad establecidas, la cobertura entrará en vigencia en la fecha de suscripción y firma de esta propuesta de seguros y se mantendrá vigente mientras se pague la prima, se cumpla con los requisitos de asegurabilidad y se encuentre vigente la póliza. Para las personas que manifiesten condiciones adversas de salud y para los que requieran exámenes médicos efectúen declaraciones o que no cumplan con las condiciones de asegurabilidad establecidas, la cobertura entra en vigor desde la fecha que sea aprobada por la compañía.

Vigencia de la Póliza Colectiva: Desde el 5 de mayo de 2014 al 4 de abril 2015, con renovación anual automática.

Contratante: El contratante es Inversiones Tarjeta Familycard Ltda. Rut: 76.118.138-6, ubicado en Santa Elena de Huechuraba N° 1145, comuna de Huechuraba, Santiago.

Intermediario: El intermediario es A & H Productora de Seguros Ltda. Rut: 76.153.122-0. Póliza de garantía para corredores de seguros N° 571587 contratada con Renta Nacional Compañía de Seguros.

Distribución de la Cartera Año 2013

Compañía de Seguros	Seguros Generales %	Compañía de Seguros	Seguros Vida %
RSA Seguros Chile S.A.	0.42	Itau Chile Compañía de Seguros de Vida S.A.	12.6
		Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A.	1.1

		Banchile Seguros de Vida S.A.	85.0
		Seguros Vida Security Previsión S.A.	0.93

Interés Asegurable: Es aquel que tiene el asegurado en la no ocurrencia del siniestro.

Póliza Colectiva: Este certificado de cobertura forma parte integrante de la póliza matriz N°1227 emitida por Banchile Seguros de Vida S.A. Las condiciones generales del seguro de vida están depositadas en la SVS código bajo el código POL 2 2013 1111.

Sello Sernac: Este documento no cuenta con sello Sernac, conforme al artículo 55 de la ley N°19.496.

Servicio de Atención al Cliente: Banchile Seguros de Vida cuenta con un departamento de servicio al cliente, con atención telefónica llamando al 600 843 2000 o escribiendo al e-mail asegurado@banchilevida.cl, en el siguiente horario de atención: lunes a jueves 8:45 a 18:00 horas, viernes de 8:45 a 17:00 horas.

Nota 1: Se incluye anexo relativo a procedimiento de liquidación de siniestros.

Nota 2: Se incluye anexo de consultas y reclamos.

Anexo de comisiones:

Comisión de cobranza y recaudación pagada al Contratante: corresponde al 57.22% + IVA sobre la prima recaudada mensual.

Comisión Intermediación: corresponde al 10% + IVA sobre la prima recaudada mensual.

Procedimiento de Liquidación de Siniestros

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 45 días corridos desde fecha del 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 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 y 27 del reglamento de auxiliares del comercio de seguros (d.s. De hacienda nº 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 o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

Información Sobre Atención de Clientes y Presentación de Consultas y Reclamos

En virtud de la circular Nº 2131 de 28 de noviembre de 2013 y sus posteriores modificaciones, 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 atienda 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.svs.cl.



Firma Electrónica

N° Documento: SA80559ABF3Seg

Págs: 7

Tipo Documento: SeguroVidaBanChile-Nombre:GERALDINE
CARRILLO F FIGUEROA-Direccion:PASAJE
MAYHUEN NRO 3373-Comuna:COR



Rut: 19297920-K - CARRILLO FIGUEROA GERALDINE ALICER

Fecha Firma: 04-09-2016 12:29:48

Auditoría Autentia: FMLY-P7BV-RGGD-J45M Operador: 17000421-3

Nombre: GERALDINE CARRILLO F FIGUEROA

Direccion: PASAJE MAYHUEN NRO 3373

Comuna: CORONEL

Telefono: SIN DATOS

Celular: 86916323

Fecha_Nacimiento: 24-08-1984

Sexo: FEMENINO

Estado_Civil: SIN DATOS

Fecha_Solicitud: 04-09-2016



IDENTIDAD VERIFICADA POR AUTENTIA Y SELLADO DEL DOCUMENTO REALIZADO POR ACEPTA.COM
USTED PUEDE VALIDAR ESTE DOCUMENTO EN WWW.DEC.CL