

SOLICITUD DE INCORPORACION Y CERTIFICADO DE COBERTURA
SEGURO DESGRAVAMEN
CONTRATANTE: SOCIEDAD EMISORA DE TARJETAS DE CRÉDITO CYD S.A.

FECHA	___ / ___ / 201__
PÓLIZA	000633-000

ANTECEDENTES DEL PROPONENTE ASEGURADO (SÓLO PERSONAS NATURALES).

APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:	
NOMBRES:		ACTIVIDAD:	
RUT:	FECHA DE NACIMIENTO: __ / __ / ____	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		COMUNA:	
E-MAIL:	SEXO:	FEMENINO	MASCULINO

COBERTURA, CAPITAL ASEGURADO Y PRIMA.

- 1. COBERTURA:** FALLECIMIENTO DEL TITULAR DE TARJETA DE CRÉDITO DE SOCIEDAD EMISORA DE TARJETAS DE CRÉDITO CYD S.A.
- 2. CAPITAL ASEGURADO** SALDO INSOLUTO TARJETA DE CRÉDITO DE SOCIEDAD EMISORA DE TARJETAS DE CRÉDITO CYD S.A. A LA FECHA DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO. LA SUMA DE LOS SALDOS INSOLUTOS MÁS TODAS LAS CUOTAS EN MORA QUE EL ASEGURADO PUDIERA TENER, NO PODRÁ SOBREPASAR COMO CAPITAL A INDEMNIZAR EL MONTO DE UF 35.
- 3. BENEFICIARIO:** SOCIEDAD EMISORA DE TARJETAS DE CRÉDITO CYD S.A.
- 4. VALOR DE LA PRIMA MENSUAL:** UF 0,0377 (IVA INCLUIDO).

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

- EDAD MÍNIMA DE INGRESO** : 18 AÑOS.
- EDAD MÁXIMA DE INGRESO Y PERMANENCIA** : 75 AÑOS Y 364 DÍAS.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

COBERTURA DE FALLECIMIENTO (POL 2 2013 0095): CONFORME A LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE PÓLIZA Y EN SUS CONDICIONES PARTICULARES, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA ASEGURA LA VIDA DE LOS DEUDORES DEL CONTRATANTE QUE SE HAYAN INCORPORADO A LA PÓLIZA, PAGADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE, RESPETANDO EL PERIODO DE CARENENCIA Y CUMPLIENDO CON LOS DEMÁS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD. DE ACUERDO A LO ANTERIOR, LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE AL CAPITAL ASEGURADO DE UN DEUDOR-ASEGURADO SEGÚN LO INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, 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 SEÑALADAS A CONTINUACIÓN. SI EL ASEGURADO SOBREVIVE A LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA, NO HABRÁ DERECHO A INDEMNIZACIÓN ALGUNA.

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

- A) SUICIDIO, AUTOMUTILACIÓN, O AUTOLESIÓN.** 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 SEÑALADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, EL QUE A FALTA DE ESTIPULACIÓN EN ELLAS, SERÁ DE UN (1) AÑO COMPLETO E ININTERRUMPIDO, CONTADO DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, DESDE SU REHABILITACIÓN, EN SU CASO, O DESDE EL AUMENTO DE CAPITAL ASEGURADO. EN ÉSTE ÚLTIMO CASO, EL PLAZO SE CONSIDERARÁ SÓLO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE AL INCREMENTO DEL CAPITAL ASEGURADO.
- B) PENA DE MUERTE O POR PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER ACTO DELICTIVO.**
- C) POR QUIEN PUDIERE VERSE BENEFICIADO POR EL PAGO DE LA CANTIDAD ASEGURADA, MEDIANTE SU PARTICIPACIÓN COMO AUTOR O CÓMPLICE EN UN ACTO QUE SEA CALIFICADO POR LA LEY COMO DELITO.**
- D) LA 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; O HECHOS QUE LAS LEYES CALIFICAN COMO DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD INTERIOR DEL ESTADO.**

E) LA 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) LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS TEMERARIOS O EN CUALQUIER MANIOBRA, EXPERIMENTO, EXHIBICIÓN, DESAFÍO O ACTIVIDAD NOTORIAMENTE PELIGROSA, ENTENDIENDO POR TALES AQUELLAS EN LAS CUALES SE PONE EN GRAVE PELIGRO LA VIDA E INTEGRIDAD FÍSICA DE LAS PERSONAS.

G) LA REALIZACIÓN O PARTICIPACIÓN EN UNA ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO, CONSIDERÁNDOSE COMO TALES AQUELLOS DECLARADAS POR EL ASEGURADO E INDICADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA Y QUE OBJETIVAMENTE CONSTITUYAN UNA FLAGRANTE AGRAVACIÓN DEL RIESGO O SE REQUIERA DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN O SEGURIDAD PARA REALIZARLOS, EN LA MEDIDA QUE SE INDIQUEN ÉSTOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA. A VÍA DE EJEMPLO Y SIN QUE LA ENUMERACIÓN SEA TAXATIVA O RESTRICTIVA SINO QUE MERAMENTE ENUNCIATIVA, SE CONSIDERARÁ ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO EL MANEJO DE EXPLOSIVOS, MINERÍA SUBTERRÁNEA, TRABAJOS EN ALTURA O LÍNEAS DE ALTA TENSIÓN, INMERSIÓN SUBMARINA, PILOTO CIVIL, PARACAJISMO, MONTAÑISMO, ALAS DELTA, BENJI, PARAPENTE, CARRERAS DE AUTO Y MOTO, ENTRE OTROS.

H) SITUACIONES O ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR TALES LAS DEFINIDAS EN EL ARTÍCULO 5° DE

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 LAS CONDICIONES PARTICULARES Y 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 O LA EXCLUSIÓN DE LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES DECLARADAS.

I) FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

J) UNA INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA, O UN NEOPLASMA MALIGNO, SI AL MOMENTO DE LA MUERTE O ENFERMEDAD EL ASEGURADO SUFRÍA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. CON TAL PROPÓSITO, SE ENTENDERÁ POR:

- I. "SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA", LO DEFINIDO PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- II. INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE A NEUMONÍA CAUSADA POR PNEUMOCYSTIS CARINII, ORGANISMO DE ENTERITIS CRÓNICA, INFECCIÓN VÍRICA O INFECCIÓN MICROBACTERIANA DISEMINADA.
- III. 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.
- IV. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA DEBE INCLUIR ENCEFALOPATÍA (DEMENCIA) DE V.I.H. (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO) Y SÍNDROME DE DESGASTE POR V.I.H. (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO).

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. CONFORME A LO ANTERIOR, Y POR SU NATURALEZA, LA PÓLIZA SEGUIRÁ VIGENTE PARA TODOS LOS EFECTOS CON RESPECTO A LOS DEMÁS ASEGURADOS.

PRIMA: EL VALOR DE LA PRIMA ESTÁ EXPRESADO EN UNIDAD DE FOMENTO (U.F.) DE ACUERDO AL EQUIVALENTE EN PESOS (\$) AL DÍA DE FACTURACIÓN DE SU TARJETA.

CARENCIAS Y DEDUCIBLES: ESTE SEGURO NO CONTEMPLA CARENCIAS NI DEDUCIBLES EN SUS COBERTURAS.

PROCEDIMIENTO DE DENUNCIA DE SINIESTRO: EN CASO DE SINIESTRO USTED PUEDE DAR AVISO EN LAS SUCURSALES SOCIEDAD EMISORA DE TARJETAS DE CRÉDITO CYD S.A. COMPLETANDO EL FORMULARIO DE "DENUNCIO DE SINIESTROS" O EN SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO (072) 2583000. EN CADA CASO SE DEBE ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- FORMULARIO DE DENUNCIO SINIESTRO.
- FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL SINIESTRADO.
- CERTIFICADO DE NACIMIENTO PARA ACREDITAR LA EDAD, SI NO HA SIDO INDICADA EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.
- CERTIFICADO DE DEUDA Y DESARROLLO EMITIDO POR EL CONTRATANTE.

CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS RECIBIDOS Y A ENTERA CONFORMIDAD DE LA COMPAÑÍA, ÉSTA DISPONDRÁ DE UN PLAZO MÁXIMO DE **10 DÍAS HÁBILES** PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE O BIEN EMITIR LA CORRESPONDIENTE RESOLUCIÓN DE RECHAZO DE LA MISMA.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA: LA PÓLIZA TENDRÁ VIGENCIA DESDE EL 01/08/2014 Y HASTA EL 31/07/2015 Y SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE POR UN NUEVO PERÍODO. SIN EMBARGO, CUALQUIERA DE LAS PARTES PODRÁ PONER TÉRMINO ANTICIPADO CON AVISO PREVIO DE 90 DÍAS. NO OBSTANTE A LO ANTERIOR, CUALQUIER HECHO QUE PUDIERE INFLUIR EN LA APRECIACIÓN DEL RIESGO, O CUALQUIERA CIRCUNSTANCIA QUE, CONOCIDA POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, HUBIERE PRODUCIDO ALGUNA MODIFICACIÓN SUSTANCIAL

EN LAS CONDICIONES DE LAS COBERTURAS, FACULTA A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PARA PONER TÉRMINO ANTICIPADO A LA PÓLIZA CON AVISO DE 30 DÍAS O MODIFICAR LAS CONDICIONES DE LAS COBERTURAS, SEGÚN PREFIERA EL CONTRATANTE.

VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO: PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD, LA COBERTURA ENTRARÁ EN VIGENCIA EN FORMA INMEDIATA DESDE LA FECHA DE FIRMA DE LA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN. ASÍ MISMO, LA PRESENTE SOLICITUD ACTUARÁ COMO CERTIFICADO DE COBERTURA.

PÓLIZA COLECTIVA: ESTE CERTIFICADO DE COBERTURA FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA COLECTIVA **000633-000** DE ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DESGRAVAMEN SE ENCUENTRAN REGISTRADAS EN LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS CÓDIGO **POL 2 2013 0095**.

IMPORTANTE

A) LA COMPAÑÍA QUE CUBRE EL RIESGO ES ITAÚ CHILE SEGUROS DE VIDA S.A., RUT: 76.034.737-K.

B) IMPORTANTE: USTED SE HA INCORPORADO COMO ASEGURADO A UNA PÓLIZA O CONTRATO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR SOCIEDAD EMISORA DE TARJETAS DE CRÉDITO CYD S.A. DIRECTAMENTE CON ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

C) ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE 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 ESTAS Y SUS CLIENTES. COPIA DEL COMPENDIO DE BUENAS PRÁCTICAS CORPORATIVAS DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SE ENCUENTRAN A DISPOSICIÓN DE LOS INTERESADOS EN 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 ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.DDACHILE.CL.

D) EL PRESENTE CONTRATO, A LA FECHA, NO CUENTA CON LA CERTIFICACIÓN VOLUNTARIA CONTEMPLADA EN EL ARTÍCULO 55 DE LA LEY 19.496.

E) SE PONDRÁ TÉRMINO AL SEGURO CONTRATADO POR EL ASEGURADO, BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES: 1) TÉRMINO DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO DE PRIMA: SI AL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE GRACIA (31 DÍAS) NO HA SIDO PAGADA LA PRIMA VENCIDA, LA PÓLIZA QUEDARÁ SIN EFECTO DE ACUERDO A LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 528 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y CUMPLIENDO LOS REQUISITOS ALLÍ SEÑALADOS 2) QUE LA EDAD DEL ASEGURADO HAYA SOBREPASADO LA EDAD DE PERMANENCIA ESTIPULADA EN LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD; 3) EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO.

F) DIVERSIFICACIÓN DE CORREDORA, MAYANES BROKER CORREDORA DE SEGUROS LTDA., RUT 76.002.878-9, EN SU CALIDAD DE CORREDOR DE SEGUROS, CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE DICTADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS, INFORMA QUE DURANTE EL AÑO 2013, DIVERSIFICÓ SUS NEGOCIOS EN LAS SIGUIENTES COMPAÑÍAS: EN SEGUROS DE VIDA EL 57,50% CON BCI SEGUROS DE VIDA S.A., EL 32,20% CON BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y EL 10,40% CON CHILENA CONSOLIDADA SEGUROS DE VIDA S.A. EN SEGUROS GENERALES, EL 94,10% CON BCI SEGUROS GENERALES S.A., Y EL 5,90% CON PENTASECURITY SEGUROS GENERALES S.A..

G) COMUNICACIONES: CUALQUIER COMUNICACIÓN, DECLARACIÓN O NOTIFICACIÓN QUE DEBA EFECTUAR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA AL CONTRATANTE O AL ASEGURADO CON MOTIVO DE ESTE SEGURO, SE EFECTUARÁ A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INDICADA EN LA PRESENTE SOLICITUD, SALVO QUE ÉSTE NO DISPUSIESE DE CORREO ELECTRÓNICO O SE OPUSIERE A ESA FORMA DE NOTIFICACIÓN. LA FORMA DE NOTIFICACIÓN, COMO LA POSIBILIDAD DE OPONERSE A LA COMUNICACIÓN VÍA CORREO ELECTRÓNICO, DEBERÁ SER COMUNICADA POR CUALQUIER MEDIO QUE GARANTICE SU DEBIDO Y EFECTIVO CONOCIMIENTO POR EL ASEGURADO, O ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA. EN CASO DE OPOSICIÓN, DE DESCONOCERSE SU CORREO ELECTRÓNICO O DE RECIBIR UNA CONSTANCIA DE QUE DICHO CORREO NO FUE ENVIADO O RECIBIDO EXITOSAMENTE, LAS COMUNICACIONES DEBERÁN EFECTUARSE MEDIANTE EL ENVÍO DE CARTA DIRIGIDA AL DOMICILIO SEÑALADO EN LA PRESENTE SOLICITUD.

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

INSTITUCIÓN	NOMBRE	R.U.T.	DIRECCIÓN
COMPAÑÍA	ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.	76.034.737-K	SAN ANTONIO 113, PISO 4, SANTIAGO.
CORREDOR	MAYANES BROKER CORREDORA DE SEGUROS LTDA.	76.309.044-2	NUEVA PROVIDENCIA N° 1881 OF. 414, SANTIAGO.
CONTRATANTE	SOCIEDAD EMISORA DE TARJETAS DE CRÉDITO CYD S.A.	76.350.729-7	RANCAGUA N° 592, SAN FERNANDO.

COMISIONES

RECAUDACIÓN	LA COMISIÓN DE COBRANZA Y RECAUDACIÓN PAGADA AL CONTRATANTE ES 70% DE LA PRIMA MENSUAL RECAUDADA, NO INCLUYE I.V.A.
INTERMEDIACIÓN	LA COMISIÓN DEL CORREDOR POR INTERMEDIACIÓN CORRESPONDE AL 8,4% DE LA PRIMA NETA RECAUDADA, NETA DE DEVOLUCIONES Y ANULACIONES, MÁS IVA.

AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO

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 ITAÚ CHILE SEGUROS DE VIDA S.A. A SU VEZ FACULTO A ESTA 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 CÍA. DE SEGUROS A LA QUE ESTOY SOLICITANDO EL(LOS) PRESENTE(S) SEGURO(S), O QUIEN SUS DERECHOS REPRESENTA, 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, LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD EXPRESAN FIELMENTE LA VERDAD SOBRE EL ASEGURADO.

MANDATO DE INCORPORACION Y CARGO EN TARJETA

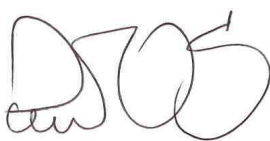
POR MEDIO DEL PRESENTE MANDATO FACULTO A SOCIEDAD EMISORA DE TARJETAS DE CRÉDITO CYD S.A. PARA INCORPORARME A LA PÓLIZA COLECTIVA **000633-000** PARA CARGAR MENSUALMENTE EN LA TARJETA DE CRÉDITO C Y D LA PRIMA MENSUAL DE ESTE SEGURO, CUYAS CONDICIONES DE COBERTURA, VIGENCIA, EXCLUSIONES, CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD CONOZCO A CABALIDAD Y LAS CUALES ACEPTO VOLUNTARIA E INFORMADAMENTE, HACIENDO EXTENSIVO ESTE MANDATO Y SUS RENOVACIONES. DECLARO HABER LEÍDO ÍNTEGRAMENTE ESTE DOCUMENTO Y HABER SIDO INFORMADO QUE EL ATRASO EN EL PAGO DE CUALQUIERA DE LAS PRIMAS GENERARÁ LA CADUCIDAD DEL SEGURO EN LA FORMA ESTABLECIDA EN LA PÓLIZA. EL TITULAR DE LA TARJETA C Y D AUTORIZA AL CONTRATANTE PARA RENOVAR ESTE SEGURO EN CUALQUIER TIEMPO Y EN LAS CONDICIONES DE COBERTURA QUE ESTIME CONVENIENTE. EL TITULAR DE LA TARJETA SE RESERVA EL DERECHO DE MANIFESTAR SU DISCONFORMIDAD RESPECTO DE LA RENOVACIÓN ANTES SEÑALADA PARA LO CUAL TENDRÁ UN PLAZO DE 10 DÍAS CORRIDOS, CONTADOS DESDE LA FECHA DE RENOVACIÓN. SE DEJA CONSTANCIA, QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES PARTE INTEGRANTE DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA. SIN PERJUCIO DE LO SEÑALADO ANTERIORMENTE, CUALQUIER MODIFICACIÓN EN EL SEGURO CONTRATADO, SERÁ PREVIAMENTE NOTIFICADA AL ASEGURADO, ANTES DE LA RENOVACIÓN QUE INCLUYE LA MODIFICACIÓN

DECLARACIÓN

HABIENDO TOMADO CONOCIMIENTO DEL DERECHO A DECIDIR LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS Y LA LIBRE ELECCIÓN DEL INTERMEDIARIO Y COMPAÑÍA ASEGURADORA, SOLICITO LA INCORPORACIÓN A LA COBERTURA DEL SEGURO COLECTIVO CONTRATADO POR SOCIEDAD EMISORA DE TARJETAS DE CRÉDITO CYD S.A.. Y DECLARO CONOCER LOS TÉRMINOS DEL SEGURO PROPUESTO, QUE CONSTAN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA N° 000633-000 Y EN LAS CONDICIONES GENERALES DEPOSITADAS EN LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS BAJO EL CÓDIGO POL 2 2013 0095. PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO SEGÚN LAS CONDICIONES DESCRITAS PRECEDENTEMENTE Y POR ESTE MEDIO, AUTORIZO A SOCIEDAD EMISORA DE TARJETAS DE CRÉDITO CYD S.A. PARA QUE PAGUE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

SEGURO VOLUNTARIO

FIRMA ASEGURADO



INTERMEDIARIO

MAYANES BROKER CORREDORA DE SEGUROS LTDA.



FIRMA COMPAÑÍA

ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

FECHA DE LA SOLICITUD

___ / ___ / 201__