



SOLICITUD DE INGRESO

☐ Ingreso

☐ Reingreso

Código Repartición:

Depto. Ahorros e Imponentes

Nº Imponente antiguo:

Al representante legal:

Cumpliendo con los requisitos exigidos por los Estatutos de la Caja de Ahorros de Empleados Públicos, los cuales declaro, conocer y aceptar en este acto, me permito solicitar se acepte mi ingreso como imponente de la Institución.

En este acto, autorizo expresamente a las autoridades de la repartición a que pertenezco y a las que perteneciere en el futuro para que, de conformidad al artículo No 164 de la ley No 14.171, deduzcan mensualmente de mi total de haberes los valores que esa Caja ordene a su favor, proveniente de obligaciones contraídas con la misma a cualquier título, ya sea en forma directa e indirecta.

Declaro que, si por cualquier causa, no se efectúan tales descuentos oportunamente por planilla, es de mi responsabilidad ingresar esos valores directamente en las oficinas de la Institución en los plazos fijados.

Asimismo, declaro saber y aceptar que es prerrogativa de la Caja otorgarme préstamos, la que puede establecer los requisitos y condiciones que estime pertinentes para acceder a ellos.

ANTECEDENTES PERSONALES (La solicitud debe ser llenada con letra imprenta).

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUT.			
DOMICILIO			NÚMERO		DEPTO.		COMUNA		
CIUDAD		REGIÓN		TELÉFONO		FECHA DE NACIMIENTO			
GÉNERO		M ☐ F ☐							
ESTADO CIVIL		SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CONV.CIVIL. ☐							
CARGAS FAMILIARES (seleccionar)		HIJOS Nº ☐ CONYUGE ☐ CARGA ESPECIAL (especificar parentesco)							

DATOS BANCARIOS

CHEQ. ELECTRONICA, CTA. VISTA ☐ ● CTA. CTE. ☐ ● CTA. AHORRO ☐ ● CTA. RUT ☐

BANCO		NÚMERO DE CUENTA	

ANTECEDENTES LABORALES

REPARTICIÓN		OFICINA, UNIDAD, ESTAB, ETC.			CARGO						
ANTIGÜEDAD			DOMICILIO								
NÚMERO		DEPTO.		COMUNA		CIUDAD		REGIÓN		TELÉFONO	

- Correo electrónico Personal:
- Correo electrónico Oficina:

- (1) Acompañar fotocopia de la Cédula Nacional de Identidad.
- (2) Acompañar fotocopia de última liquidación de Sueldo.

Firma del Solicitante



INFORME DEL HABILITADO

Certifico que don(ña): _____ es funcionario de la planta permanente ☐ o a contrata ☐ de esta repartición.
Número Institucional _____ desempeña el cargo de _____ con el grado _____ de la Escala Única y percibe un total de haberes \$ _____, con una antigüedad de _____ años como funcionario.

Declaro asimismo que, de acuerdo con la autorización precedente del solicitante, me comprometo a descontarle mensualmente en favor de la Caja de Ahorros de Empleados Públicos, los valores que esa Institución señale, de conformidad al **Artículo N° 164 de la ley N°14,171.**

NOMBRE DEL HABILITADO

REPARTICIÓN

DIRECCIÓN REPARTICIÓN

COMUNA CIUDAD TELÉFONO

E-MAIL

FECHA DE DE

FIRMA & TIMBRE HABILITADO

USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN

Firma y Timbre Funcionario
Responsable Tramitación

AUTORIZACIÓN INGRESO

Fecha de Autorización

Vº Bº Ingreso
Firma y Timbre

OBSERVACIÓN: _____

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO MUERTE ACCIDENTAL Y SEGURO POR DECESO DE FAMILIAR DIRECTO

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° 382794-00 / POLIZA N° 382795-00

1. IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE:		RUT:	
ASEGURADOS MUERTE ACCIDENTAL: Afiliados imponentes de la CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS, que se encuentren al día con sus aportes y obligaciones contraídas con la institución. ASEGURADOS GASTOS FUNERARIOS: Son las personas que forman parte de un grupo familiar del asegurado titular entendiéndose por tales, para efectos de este contrato de seguros a los hijos, padres, cónyuges y conviviente civil y que cumplan con las condiciones de asegurabilidad establecidas.			
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO: F ☐ M ☐	
NACIONALIDAD:		PAÍS RESIDENCIA:	
PROFESIÓN, OCUPACIÓN U OFICIO:			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:			
COMUNA:		CIUDAD:	
TELÉFONO/CELULAR:		E-MAIL:	
Autorizo que toda comunicación y notificación que siga relación con el presente seguro pueda ser enviada al correo electrónico indicado.			

2. CONTRATANTE

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS
RUT: 99.026.000-1

3. ASEGURADOR

BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
RUT: 96.656.410-5

- De acuerdo a lo dispuesto por el Consejo de Autorregulación de la Asociación de Aseguradores, **BICE Vida Compañía de Seguros 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 nuestras oficinas y 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 **BICE Vida Compañía de Seguros S.A.** o a través de la página web www.ddachile.cl.

4. INTERMEDIARIO Y COMISIONES

CONO SUR CORREDORES DE SEGUROS LTDA.	RUT: 76.213.750-K	5% más I.V.A. de la prima neta recaudada mensual y neta de devoluciones y anulaciones.
--------------------------------------	-------------------	--

5. COBERTURAS	CÓDIGO COBERTURA	TASA BRUTA MENSUAL (‰)	CAPITAL ASEGURADO
MUERTE ACCIDENTAL	POL 3 2013 0351 – ALTERNATIVA A	0,0123	UF 60
DECESO FAMILIAR DIRECTO	POL 2 2021 0132	0,1496	UF 25 (Máximo)

- Este seguro considera una cobertura las 24 horas del día y durante los 365 días del año.
- La prima mensual a pagar será el resultado de multiplicar la **Tasa Mensual**, por el **Capital Asegurado** y, **dividirlo por mil**.
- Los gastos generados por Deceso de familiar directo, se definen a través de las siguientes coberturas:
 - Servicios Iniciales: Corresponden a los servicios que presta una entidad funeraria y abarcan la compra del ataúd o la urna, disposición de carroza fúnebre para el traslado del cadáver o de los restos humanos del asegurado fallecido al cementerio, disposición de un vehículo de

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO MUERTE ACCIDENTAL Y SEGURO POR DECESO DE FAMILIAR DIRECTO

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° 382794-00 / POLIZA N° 382795-00

acompañamiento para el traslado de las personas acompañantes, trámites legales, velatorio. También incluye el servicio religioso en caso de que sea cobrado.

-Servicio de Inhumación o incineración del cadáver o de los restos humanos del asegurado fallecido

-En caso de inhumación, corresponde a los gastos asociados al proceso de inhumación y en caso de incineración corresponderá a los gastos asociados a la incineración del cadáver o los restos humanos del asegurado fallecido.

-Esta Cobertura está sujeta a un límite máximo de UF 25.

6. VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA

Vigencia Inicial: 01-06-2026 a las 00:00 hrs.

Vigencia Final: 31-05-2027 a las 24:00 hrs.

7. VIGENCIA DE LAS COBERTURAS DE CADA ASEGURADO

- La vigencia de la cobertura individual será desde la fecha de incorporación a esta póliza, siempre y cuando la edad del asegurado no supere la edad máxima de cobertura, en caso contrario el seguro cesará en forma automática, liberando a la Compañía de toda responsabilidad respecto a la persona que tuvo el seguro.

8. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Cobertura	Edad Mínima Ingreso	Edad Máxima Ingreso	Edad Máxima Permanencia
ALTERNATIVA A - MUERTE ACCIDENTAL	18 Años	69 Años	70 Años
DECESO FAMILIAR DIRECTO	18 Años	69 Años	70 Años

Para la cobertura la edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia es el día en que el Asegurado cumpla la edad estipulada anteriormente.

La Compañía Aseguradora no cubrirá actividades riesgosas (carreras de cualquier tipo o deportes profesionales o no profesionales), si se requiere esta cobertura deberá ser informada y evaluada por la Compañía.

Beneficiario Muerte Accidental: Para todos los efectos, el beneficiario de esta póliza serán los Beneficiarios Designados y a falta de estos lo serán sus Herederos Legales.

Beneficiario Deceso Familiar Directo: Para todos los efectos, el beneficiario de esta póliza será el Asegurado Titular.

9. EXCLUSIONES

Las exclusiones que se contemplan son las mismas que se establecen en las condiciones generales de este seguro bajo el código **POL320130351**, la que indica en su artículo 4° ("Exclusiones"), lo siguiente:

- Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- Suicidio, intento de suicidio, o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.
- Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- Intoxicación o encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
- Riesgos nucleares o atómicos.
- Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico del Departamento de Geofísica de la Universidad de Chile, o del servicio que en el futuro lo reemplace.
- Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO MUERTE ACCIDENTAL Y SEGURO POR DECESO DE FAMILIAR DIRECTO

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° 382794-00 / POLIZA N° 382795-00

- l) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- ll) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- m) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.
- n) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
- ñ) Exámenes médicos de rutina.
- o) Cirugía plástica o cosmética.
- p) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- q) Curas de reposo.
- r) 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: r.1) "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Copia de dicha definición está archivada en las oficinas principales de la Compañía en Santiago, Chile. r.2) Infección Oportunística incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por *Pneumocystis Carinii*, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada. r.3) 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. r.4) 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).
- s) Tratamiento o cirugía dental, excepto a dientes naturales sanos, ocasionados por una lesión accidental.

Las exclusiones que se contemplan son las mismas que se establecen en las condiciones generales de este seguro bajo el código **POL220210132**, la que indica en su artículo 5° ("Exclusiones"), lo siguiente:

Este seguro no cubre los gastos por servicios funerarios derivados del fallecimiento del asegurado, cuando éste se produzca a consecuencia de algunas de las siguientes situaciones:

- a. Suicidio o muerte producida a consecuencia de lesiones auto provocadas por el asegurado. No obstante lo anterior, el riesgo de muerte por suicidio del asegurado sólo quedará cubierto a partir de haber estado vigente el contrato de seguro por el plazo de 2 años, en virtud de sucesivas renovaciones.
- b. 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.
- c. Participación activa del asegurado en acto terrorista. Se entiende 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.
- d. Participación del asegurado en actos temerarios, notoriamente imprudentes 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.
- e. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- f. Movimientos sísmicos, inundaciones, erupciones volcánicas, aluviones u otros fenómenos de la naturaleza, siempre que ellos hayan dado lugar a la declaración de zona de catástrofe por la autoridad competente.

De ocurrir el fallecimiento del asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas implicará que no existirá cobertura de reembolso de gastos derivados del fallecimiento del asegurado en particular, y producirá el término del seguro para dicho asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía Aseguradora.

10. INTERES ASEGURABLE – CARENCIA – DEDUCIBLES

El interés asegurable es aquel que tiene el asegurado en la no ocurrencia del riesgo. El asegurado debe tener un interés asegurable, actual o futuro, respecto del bien asegurado. En todo caso es preciso que tal interés exista al momento de ocurrir el siniestro. Si el interés no llegare a existir, o cesare durante la vigencia del seguro, el contrato terminará a contar de la fecha de inicio de la inexistencia.

Este seguro **NO** considera período de carencia ni deducibles de ningún tipo.

11. INFORMACION ADICIONAL AL ASEGURADO Y CONTRATANTE

a) Término Anticipado del Contrato por parte de la Compañía

La compañía podrá poner término anticipado al seguro contratado en cualquiera de las siguientes circunstancias:

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO MUERTE ACCIDENTAL Y SEGURO POR DECESO DE FAMILIAR DIRECTO

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° 382794-00 / POLIZA N° 382795-00

1. En el caso de no pago de la prima estipulada en las Condiciones Particulares de las pólizas que ampara estos seguros y transcurridos 30 días impagos, se enviará carta certificada al último domicilio registrado en la compañía, produciéndose el término del seguro, dentro del plazo estipulado en la ley. Se entiende que una prima se encuentra impaga, si transcurre el plazo establecido en las Condiciones Generales de este seguro, denominado plazo de gracia.
2. Que la edad del asegurado haya sobrepasado la edad máxima de permanencia estipulada en las Condiciones de Asegurabilidad, que se detallan en el punto 8 de estas Condiciones Particulares.
3. En el caso de producirse un siniestro cubierto por las presentes pólizas, es decir, que la cobertura siniestrada corresponda a alguna de las detalladas en el punto 5 de estas Condiciones Particulares, y la cobertura siniestrada pertenezca a alguna de las coberturas definidas a continuación, las que determinan el término del seguro, la compañía pondrá término al mismo conjuntamente con la liquidación del siniestro correspondiente. Las coberturas que ponen término al seguro contratado son:
 - Fallecimiento accidental.
 - Deceso familiar directo.

b) Término Anticipado del Contrato por parte del Asegurado

Las pólizas comercializadas por la compañía son siempre emitidas con fechas de Vigencia Inicial o Inicio de Cobertura y Vigencia Final o Término de Cobertura específicas y limitadas. La duración de las pólizas emitidas por la compañía se encuentra limitada al período que media entre ambas fechas.

c) Procedimiento de Servicio al Cliente

La compañía pone a disposición de sus clientes, sean éstos Contratante y/o Asegurados, el número **800 20 20 22**, a través del cual un Ejecutivo de Ventas o un Ejecutivo de Atención al Cliente lo atenderá y tomará conocimiento de sus requerimientos. También podrá contactarnos a través de nuestra web www.bicevida.cl

En caso de que este requerimiento pueda ser solucionado o aclarado en forma directa y telefónica, procederá a responderlo. En caso contrario, deberá requerir los antecedentes del cliente de modo que el requerimiento pueda ser respondido en un plazo no mayor a 30 días hábiles.

d) Sello SERNAC

A la fecha, esta póliza NO cuenta con sello SERNAC vigente conforme a lo establecido en el artículo 55 de la ley N° 20.555.

12. DENUNCIA DE SINIESTROS

- Ocurrido un evento amparado en una de las coberturas de esta póliza el Contratante deberá presentar la respectiva denuncia de siniestro tan pronto como sea posible, con las limitaciones que establece la ley, para lo cual el Contratante deberá remitir a la Compañía Aseguradora una carta que incluya al menos los siguientes documentos:

Cobertura Fallecimiento Accidental

- Certificado de defunción, original, el cual indique la causa de fallecimiento.
- Parte Policial.
- Certificado Toxicológico y Alcoholemia.
- La Compañía se reserva el legítimo derecho de exigir antecedentes adicionales respecto al Fallecimiento del Asegurado para proceder a la liquidación del siniestro.

Cobertura Gastos Deceso Familiar Directo

- Certificado de defunción indicando causa de muerte.
- Certificado de Matrimonio al día.
- Libreta de familia, certificado de nacimiento u otro documento con el cual acredite su parentesco con el fallecido.
- Boletas, facturas emitido a nombre del asegurado, con que se acredite el gasto incurrido por los servicios funerarios del familiar asegurado.
- Si el gasto no fue cancelado por el beneficiario, éste deberá solicitar por escrito a la Caja de Ahorro de Empleados Públicos se gire el cheque a nombre de quien efectuó el pago de los servicios funerarios.
- La Compañía se reserva el legítimo derecho de exigir antecedentes adicionales respecto al Fallecimiento del Asegurado para proceder a la liquidación del siniestro.

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO MUERTE ACCIDENTAL Y SEGURO POR DECESO DE FAMILIAR DIRECTO

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° 382794-00 / POLIZA N° 382795-00

- Queda entendido que el plazo antes señalado para la denuncia de siniestros no rige para aquellos asegurados desaparecidos cuya muerte presunta haya sido declarada conforme a la Ley. En estos casos, el plazo indicado en el párrafo precedente se contará a partir de la fecha de la sentencia judicial que declare la muerte presunta.
- En caso de siniestro usted puede dar aviso de siniestro en las oficinas de **CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS** o en BICE Vida a través de su página web www.bicevida.cl, a través de su call center 800 20 20 22 o a través de sus sucursales a lo largo del país.

13. DIVERSIFICACIÓN DE RIESGO

- Se informa al asegurado que en cumplimiento de la Norma de Carácter General N° 50 y sus modificaciones, emanada de la Comisión del Mercado Financiero, la información sobre la diversificación de riesgos y de las garantías que se han constituido con entidades aseguradoras, se encuentra en www.conosursegueros.cl

14. INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 del 28 de noviembre de 2013, 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, surgidos con motivo de su relación con ellos.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en la casa matriz y en todas las agencias, oficinas o sucursales de las entidades en que se atienda público, personalmente, por correo postal o medios electrónicos, 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 en su respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1° o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

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 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 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 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 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 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 de denuncia;

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO MUERTE ACCIDENTAL Y SEGURO POR DECESO DE FAMILIAR DIRECTO

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS**POLIZA N° 382794-00 / POLIZA N° 382795-00**b) Sinistros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde la fecha de denuncia;**7. PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION**

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 CMF, 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 justifique 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 25 a 28 del Reglamento de Auxiliares de 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 o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

15. AUTORIZACIÓN AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Por este acto, y según lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada y sus modificaciones, doy consentimiento y autorización expresa para que **BICE Vida Compañía de Seguros S.A.** y sus representantes, sucesores y cesionarios puedan proceder a la transmisión de la información contenida en este instrumento a terceros prestadores de servicios que estuvieren ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de hacer efectivo el (los) beneficio(s) que pudieren estar asociados al seguro contratado, así como para efectos de almacenamiento de la información. Asimismo, por medio del presente instrumento, autorizo a **BICE Vida Compañía de Seguros S.A.** para solicitar a cualquier médico o institución de salud que me haya examinado, información respecto de mi historia médica y condición de salud, todo ello con el objeto de poder hacer efectivas las coberturas de que trata el presente seguro.

Asimismo, y en atención al carácter colectivo del presente seguro, autorizo a **BICE Vida Compañía de Seguros S.A.** para remitirme a través del contratante de la póliza a mí o aquellos interesados, correspondencia en la cual pueda contenerse información sobre mi estado de salud.

Se deja constancia que las primas de las pólizas suscritas a través de la presente solicitud de incorporación son 100% de cargo de CAEP, por tanto, tendrá un costo 0 para el Asegurado o Imponente.

FECHA DE DECLARACIÓN

**GERARDO LECAROS URZÚA**CAJA DE EMPLEADOS PUBLICOS
RUT: 99.026.000-1

FIRMA ASEGURADO

**P.P. BICE VIDA COMPAÑÍA DE
SEGUROS S.A.**

RUT: 96.656.410-5

**JUAN ALBERTO COVARRUBIAS F.**CONOSUR CORREDORES DE SEGUROS LIMITADA
RUT: 76.213.750-K