



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 Ahorro 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 DESGRAVAMEN E ITP 2/3

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° DEG-324-0

1. IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE:		RUT:	
ASEGURADOS: Imponentes deudores de préstamos otorgados por CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS.			
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. ANTECEDENTES DEL CRÉDITO

N° DE OPERACIÓN	FECHA DE INICIO:	FECHA DE TERMINO:
MONTO DEL CRÉDITO (\$):	PLAZO (MESES):	

3. CONTRATANTE

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS
RUT: 99.026.000-1

4. 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.

5. 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.
---	-------------------	--

6. COBERTURA	CÓDIGO COBERTURA	TASA BRUTA MENSUAL (%)	CAPITAL ASEGURADO
DESGRAVAMEN	POL 2 2013 0095	0,1482	Saldo Insoluto
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3	CAD 2 2013 0151	0,1083	

- 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 **Saldo Insoluto** y, **dividirlo por mil**.

7. 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.
---	---

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO DESGRAVAMEN E ITP 2/3

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° DEG-324-0

8. VIGENCIA DE LAS COBERTURAS DE CADA ASEGURADO

- La operación indicada en este documento tendrá vigencia desde la fecha en que la Compañía aceptó el riesgo, 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.
- La cobertura individual de esta póliza terminará inmediatamente respecto de un asegurado, en el instante que éste deje de ser deudor del acreedor y en caso de término de la cobertura individual.

9. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Cobertura	Edad Mínima Ingreso	Edad Máxima Ingreso	Edad Máxima Permanencia
DESGRAVAMEN	18 Años	76 Años	81 Años
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3	18 años	64 Años	65 Años

Para cada una de las coberturas la edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia es el día en que el Asegurado cumpla la edad estipulada anteriormente.

Beneficiario: Para todos los efectos, el beneficiario de esta póliza será el **Contratante**.

10. CAPITAL ASEGURADO

Bajo los términos del presente Contrato de Seguro, el Capital Asegurado (Saldo Insoluto del crédito que mantenga el asegurado a la fecha de fallecimiento del asegurado, considerando un servicio regular del Crédito), será pagado por la Compañía aseguradora al beneficiario, una vez acreditado el fallecimiento del asegurado si éste ocurre durante la vigencia del contrato de seguro y por causa no excluida en este contrato de seguro.

11. EXCLUSIONES

Las exclusiones que se contemplan son las mismas que se establecen en las condiciones generales de este seguro bajo el código **POL220130095**, la que indica en su artículo 3° ("Exclusiones"), lo siguiente:

- 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, correspondiendo, en todo caso, a la Compañía Aseguradora acreditar el hecho del suicidio. 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.
- Pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo.
- 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.
- 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.
- 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.
- La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- 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,

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO DESGRAVAMEN E ITP 2/3

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° DEG-324-0

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.

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: "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Infección Oportunística 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. 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.

Además de las exclusiones señaladas en el artículo 3° de las Condiciones Generales de la póliza principal, la presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la invalidez permanente dos tercios de un 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.

12. 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.

13. INFORMACIÓN 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:

1. En el caso de no pago de la prima estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza que ampara este seguro 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 9 de estas Condiciones Particulares.
3. En el caso de producirse un siniestro cubierto por la presente póliza, es decir, que la cobertura siniestrada corresponda a alguna de las detalladas en el punto 6 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, sea éste natural o accidental.
 - Invalidez Total y Permanente 2/3 por enfermedad o accidente.

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

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO DESGRAVAMEN E ITP 2/3

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° DEG-324-0

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.

14. 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

- Certificado de defunción, original, el cual indique la causa de fallecimiento.
- Parte Policial, si fuese necesario.
- Certificado de Alcoholemia, si fuese necesario.
- Certificado de liquidación de deuda o de saldo adeudado emitido por el contratante.
- La Compañía se reserva el legítimo derecho de exigir antecedentes adicionales respecto al Fallecimiento del Asegurado para proceder a la liquidación del siniestro.

Cobertura de Invalidez Total y Permanente 2/3

- Fotocopia Cédula de Identidad del Asegurado o Certificado de Nacimiento.
- Dictamen ejecutoriado en conformidad a las "normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones".
- Para las personas afiliadas al antiguo sistema previsional deberá presentar el dictamen definitivo de invalidez otorgado por el Compín. En caso de trabajadores independientes no cotizantes se deberá acreditar la invalidez a través de informes y antecedentes médicos emitidos por el o los profesionales que dictaminaron su incapacidad.
- Certificado de liquidación de la deuda o del saldo adeudado, emitido por el contratante.
- La Compañía se reserva el legítimo derecho de exigir antecedentes adicionales respecto a la Invalidez Total y Permanente 2/3 del Asegurado para proceder a evaluación.

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.

15. 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.conosurseguros.cl.

16. 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 atiende 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

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO DESGRAVAMEN E ITP 2/3

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° DEG-324-0

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 LIQUIDACION 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:

- 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;
- Siniestros 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.

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO DESGRAVAMEN E ITP 2/3

CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS

POLIZA N° DEG-324-0

17. 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 la prima de la póliza suscrita a través de la presente solicitud de incorporación es 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