

Solicitud de Incorporación a Seguro Gastos por Deceso Familiar Directo

DATOS DEL CONTRATANTE

RUT Empresa (*)	Nombre Contratante (*)
99.026.000-1	Caja de Ahorros de Empleados Públicos

DATOS DEL IMPONENTE

Nombres (*)		Apellidos (*)		RUT (*)
Sexo (*)	Fecha de Nacimiento (*)	Estado Civil		
		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Civil		
Dirección de Contacto (*)			Comuna (*)	Ciudad (*)
Teléfono de Contacto		Correo Electrónico (*)		

(*) Campos obligatorios

IMPORTANTE: USTED ESTÁ SOLICITANDO SU INCORPORACION COMO ASEGURADO A UNA PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR CAJA DE AHORROS DE EMPLEADOS PÚBLICOS DIRECTAMENTE CON ZURICH CHILE SEGUROS DE VIDA S. A.

Las condiciones generales de la póliza colectiva de Deceso familiar directo se encuentran depositadas en el registro de póliza que mantiene la Comisión del mercado financiero (CMF) bajo el registro POL 2 2021 0132. Este seguro es contratado y pagado íntegramente por la Caja de Ahorros de Empleados Públicos, por lo que no tiene costo alguno para los imponentes a quienes se les entrega como beneficio.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
18 años de edad cumplidos	69 años cumplidos	70 años cumplidos

COBERTURA, VIGENCIA Y PRIMAS

N° Póliza colectiva: 341984-3

Cobertura	Monto Asegurado	Prima a pagar (IVA incluido)	Periodicidad	Vigencia póliza colectiva	Vigencia hasta
Reembolso gastos funerarios	Hasta UF 25	0,0082 UF	Anual	01/09/2022	31/08/2023
Intermediación			Comisión de intermediación		
Volvek Corredores de Seguros S.A.			11,9% más IVA sobre prima neta recaudada.		

EXCLUSIONES DEL SEGURO

Este seguro contempla exclusiones, las cuales se encuentran detalladas en las Condiciones Generales que amparan la cobertura contratada en la POL 2 2021 0132.

PROCEDIMIENTO DE DENUNCIO DE SINIESTROS

En el caso de un siniestro, deberán reemitirse los documentos vía correo electrónico a denuncios.vida.colectivos@zurich.com o directamente en dependencias de la CAEP.

El beneficiario (imponente) deberá acreditar el fallecimiento, parentesco y gastos efectuados presentando los siguientes antecedentes:

- 1) Certificado de defunción indicando la causa de muerte.
- 2) Certificado Matrimonio al día.
- 3) Libreta de familia, certificado de nacimiento u otro documento con el cual acredite su parentesco con el fallecido.
- 4) Boletas, facturas, u otro documento emitido a nombre del imponente, con que se acredite el gasto incurrido por los servicios funerarios del familiar asegurado.
- 5) Si el gasto no fue cancelado por el beneficiario, este deberá solicitar por escrito a la Caja de Ahorros de Empleados Públicos se gire el cheque a nombre de quien efectuó el pago de los servicios funerarios.

No obstante, lo anterior, en base a los antecedentes aportados, la Compañía pudiese requerir antecedentes adicionales, para una adecuada apreciación del siniestro.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y USO DE DATOS PERSONALES

Por este acto, usted autoriza expresamente a Zurich Chile Seguros de Vida S.A. a procesar ciertos datos relativos a su persona, como lo son su nombre, apellidos, sexo, dirección, número telefónico, correo electrónico, y otros que pudieran estar comprendidos en este formulario/documento o que obren en poder de esta compañía (en adelante los “**Datos Personales**”), para efectos de ser utilizados, tanto para los fines de otorgamiento de las coberturas del o los seguro(s) por parte de Zurich Chile Seguros de Vida S.A, como para ser utilizados para el envío de comunicaciones con fines de contactabilidad, publicitarias, oferta de productos, o de marketing por parte de ésta última.

Usted además consiente en que sus Datos Personales puedan ser además transferidos a nuestras empresas relacionadas Zurich Chile Seguros Generales S.A. y Zurich Chile Asset Management Administradora General de Fondos S.A con el objetivo de ofrecerle en el futuro, otros productos comercializados por estas Compañías.

Los Datos Personales que serán procesados por Zurich Chile Seguros de Vida S.A, y/o eventualmente por Zurich Chile Seguros Generales S.A. y Zurich Chile Asset Management Administradora General de Fondos S.A, serán objeto de un tratamiento de datos que puede o no ser automatizado. Tales datos serán almacenados en registros o bancos de datos que no son accesibles al público. Con todo, las Compañías antes mencionadas están facultadas para contratar servicios de tratamiento o análisis de datos a terceros proveedores nacionales o extranjeros para las mismas finalidades que aquí se informan, así como para verificar los datos por usted proporcionados (sea de fuentes de información tanto públicas como privadas), los que actuarán en calidad de mandatarios de conformidad a la ley.

Zurich Chile Seguros de Vida S.A., Zurich Chile Seguros Generales S.A. y Zurich Chile Asset Management Administradora General de Fondos S.A, se comprometen a tratar sus Datos Personales con absoluta confidencialidad, de acuerdo con lo dispuesto en esta autorización.

Usted autoriza a que sus Datos Personales puedan ser almacenados no obstante no contrate ninguno de los productos ofrecidos, a fin de poder ofrecer dichos productos en el futuro. En cualquier caso, usted podrá revocar en cualquier tiempo la autorización para el tratamiento de sus Datos Personales, sin efecto retroactivo.

Solicitud de Incorporación a Seguro Gastos por Deceso Familiar Directo



CERTIFICADO DE COBERTURA

Zurich Chile Seguros de Vida S.A otorga cobertura inmediata, desde la fecha de esta solicitud, adquiriendo el presente instrumento el carácter de certificado de cobertura.

ACEPTACIÓN

El seguro usted está manifestando contratar, se encuentran intermediados por Volvek Corredores de Seguros S.A. y asegurado por Zurich Chile Seguros de Vida S.A.

Por medio de la suscripción de esta propuesta, el asegurable imponente de la Caja de Ahorros de Empleados Públicos declara conocer y consentir los términos de este contrato de seguro al que está solicitando su incorporación, así como también declara que la información relativa al riesgo es real y verídica y ha sido proporcionada en forma veraz, sin omisiones ni reticencias. El asegurable acepta que la Compañía aseguradora pueda tomar contacto con él a través de los medios de comunicación aquí señalados.

Enrique Giménez
Gerente División Personas
Zurich

María Antonieta Villagra
Representante Legal
CAEP

Fernando Mir
Gerente General
Volvek

Fecha Solicitud		

Firma Imponente