

Solicitud de Incorporación y Certificado de Cobertura de Seguro de Desgravamen

IMPORTANTE

Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por la Caja de Ahorros de Empleados Públicos, RUT: 99.026.000-1, directamente con la compañía de seguros.

Zurich Chile Seguros de Vida S.A., 99.185.000-7, domiciliada en Apoquindo 5550 piso 21, Las Condes, Santiago, certifica que la persona individualizada en este documento se encuentra asegurada según se detalla a continuación.

DATOS CONTRATANTE

Póliza Colectiva N°	Contratante	RUT	
341955-3	Caja de Ahorros de Empleados Públicos	99.026.000-1	
Dirección	Plan	Vigencia Póliza	Moneda
Avenida Presidente Bulnes 176, Santiago	Seguro Colectivo	Desde: 01/09/2022 / Hasta: 31/08/2023	U.F.

DATOS INTERMEDIACION

Intermediario	RUT
Volvek Corredores de Seguros S.A	76.726.150-0
Dirección	
San Pio X 2460 of. 808, Providencia	

DATOS DEL IMPONENTE (ASEGURADO)

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	RUT
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	
Dirección	Comuna	Ciudad	
Teléfono	Correo Electrónico		

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre	RUT
Caja de Ahorros de Empleados Públicos	99.026.000-1
Dirección	
Avenida Presidente Bulnes 176, Santiago	

DATOS DEL CRÉDITO

Crédito o N° de Operación	Vigencia		Monto solicitado	Plazo del crédito
	Desde	Hasta		

COBERTURAS CONTRATADAS Y PRIMAS

Cobertura (Riesgo Cubierto)	POL/CAD	Monto Asegurado	Tasa/000	Prima mensual (Exenta) se determina
Fallecimiento	POL 2 2014 0371	Saldo insoluto mensual del préstamo otorgado por el contratante	1,333	Monto asegurado *1,333/1.000

PAGO DE PRIMAS

Este seguro es no contributivo, esto es, el pago de la prima es soportada y pagada íntegramente por el Contratante de la póliza.

La prima es mensual para este seguro y se determinará según la tasa mensual de 1,333 o/oo que se aplica sobre el saldo insoluto de cada préstamo otorgado al imponente deudor de la Caja de Ahorros de Empleados Públicos incorporado a este seguro colectivo.

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.

INFORMACION DE COMISIONES

Esta póliza contempla comisión al corredor Volvek corredores de Seguros S.A de 15% +IVA sobre la prima neta recaudada, descontándose la obtenida en anulaciones y devoluciones.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

1. Edad mínima de ingreso: 18 años de edad cumplidos.
2. Edad máxima de ingreso: 75 años de edad cumplidos
3. Edad máxima de permanencia: 80 años de edad cumplidos

EXCLUSIONES

Este seguro contempla exclusiones, las cuales se encuentran detalladas en las Condiciones Generales que amparan la cobertura contratada en la POL 2 2014 0371.

PROCEDIMIENTO DE DENUNCIO DE SINIESTROS

En el caso de un siniestro, deberán reemitirse vía correo electrónico a denuncias.vida.colectivos@zurich.com o directamente en oficina de la CAEP como mínimo los siguientes documentos:

Fotocopia de cedula de identidad del asegurado fallecido

1. Certificado original de defunción con expresa causal de muerte

Además, en caso de un accidente

Parte policial, Protocolo Autopsia, Informe toxicológico y Alcoholemia, Informe SIAT Carabineros (accidentes de tránsito). 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.

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