

SOLICITUD DE SEGUROS Y CERTIFICADO DE COBERTURA* PARA CREDITO HIPOTECARIO

 SOLICITA SEGURO DE DESGRAVAMEN SI NO

FECHA	
FOLIO N°	

VERSIÓN N°	001
------------	-----

CCAF LOS HEROES

ANTECEDENTES DEL PROPONENTE ASEGURADO (SÓLO PERSONAS NATURALES)							
RUT	AP. PATERNO		AP. MATERNO		NOMBRES		
DIRECCIÓN COMPLETA						TELÉFONO	
FECHA NAC.	SEXO (M ó F)	AVAL (SI / NO)		% ASEGURADO			
ANTECEDENTES DEL TITULAR DEL CRÉDITO (LLENAR SÓLO SI ES DISTINTO AL ASEGURADO)							
RUT	AP. PATERNO, AP. MATERNO, NOMBRES						
DIRECCIÓN COMPLETA						TELÉFONO	
N° DE OPERACIÓN	MONTO DEL CRÉDITO (EN \$ o UF)	PLAZO (EN MESES)					
COBERTURAS SOLICITADAS (MARCAR CON UNA X)							
	DESGRAVAMEN + ITP 2/3 <input type="checkbox"/>	DESGRAVAMEN <input type="checkbox"/>	CESANTÍA <input type="checkbox"/>				
PRIMA (\$ o UF)							

LA VIGENCIA DE LOS SEGUROS DE DESGRAVAMEN, DESGRAVAMEN + ITP 2/3 Y CESANTÍA, SE INICIARÁ DESDE QUE EL CRÉDITO SEA EFECTIVAMENTE CURSADO Y POR TODO EL PERÍODO QUE SE ENCUENTRE VIGENTE. PARA EL SEGURO DE DESGRAVAMEN, LA PÓLIZA SERÁ LA N° 5001169. PARA EL SEGURO DE DESGRAVAMEN + ITP 2/3, LA PÓLIZA SERÁ LA N° 5001170 PARA EL SEGURO DE CESANTÍA INVOLUNTARIA, LA PÓLIZA SERÁ LA N° 5700000004. PARA EL SEGUROS DE CESANTÍA ESTA PROPUESTA SE TRANSFORMARÁ EN CERTIFICADO DE COBERTURA UNA VEZ QUE EL CRÉDITO SE CURSE EFECTIVAMENTE; EN TODO OTRO CASO, LA PRESENTE PROPUESTA ES SÓLO UNA SOLICITUD DE SEGURO Y LA COBERTURA REGIRÁ AL MOMENTO EN QUE EL RIESGO SEA ACEPTADO POR EL ASEGURADOR.

LA COBERTURA DE DESGRAVAMEN Y DESGRAVAMEN + ITP ES OTORGADA POR SANTANDER SEGUROS DE VIDA S.A. LA COBERTURA DE CESANTÍA ES OTORGADA POR SANTANDER SEGUROS GENERALES S.A.

"PARA EL EVENTO EN QUE LA PÓLIZA COLECTIVA A LA CUAL ESTOY SOLICITANDO INCORPORARME HUBIERE CAMBIADO DE COMPAÑÍA ASEGURADORA AL MOMENTO DEL OTORGAMIENTO DEL CRÉDITO RELACIONADO A LOS SEGUROS INDICADOS, FACULTO A LA CCAF LOS HEROES Y LA PRODUCTORA DE SEGUROS Y PROYECTADOS LTDA., SEGÚN CORRESPONDA PARA QUE SUSCRIBA(N) ESTE(OS) SEGURO(S) EN LA COMPAÑÍA EN QUE ESTE VIGENTE DICHA POLIZA COLECTIVA, CONFORME A LA VOLUNTAD DE LA CCAF LOS HEROES, CONTRATANTE DE ELLA".

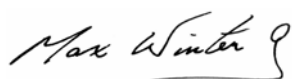
HABIENDO TOMADO CONOCIMIENTO DEL DERECHO A DECIDIR LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS Y LA LIBRE ELECCIÓN DEL INTERMEDIARIO Y COMPAÑÍA ASEGURADORA, SOLICITO LA INCORPORACIÓN A LA COBERTURA DE LOS SEGUROS COLECTIVOS CONTRATADOS POR LA CCAF LOS HEROES Y DECLARO CONOCER LOS TÉRMINOS DE LOS SEGUROS PROPUESTOS, QUE CONSTAN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA Y EN LAS CONDICIONES GENERALES DEPOSITADAS EN LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS BAJO LOS CÓDIGOS POL 2 88 013 EN CASO DE DESGRAVAMEN Y CAD 2 97 002 PARA LA COBERTURA ADICIONAL DE ITP 2/3 Y EL SEGURO DE CESANTÍA POR LA POL 1 07 023 LETRA A. POR ESTE MEDIO, AUTORIZO ADEMÁS A LA CCAF LOS HEROES PARA QUE PAGUE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, CON CARGO AL CRÉDITO QUE ESTOY SOLICITANDO Y/O SUS RENOVACIONES O PRORROGAS.

DECLARO RECIBIR CONFORME EN ESTE MISMO ACTO EL DOCUMENTO QUE CONTIENE LAS CARACTERÍSTICAS, NOTAS Y ANEXOS IMPORTANTES DE EL O LOS SEGUROS SOLICITADOS Y QUE FORMAN PARTE DE ESTA SOLICITUD.

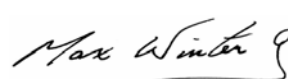
FIRMA
PROPONENTE ASEGURADO
SEGURO DE DESGRAVAMEN
+ ITP 2/3

FIRMA
PROPONENTE ASEGURADO
SEGURO DE DESGRAVAMEN

FIRMA
ASEGURADO
SEGURO CESANTÍA



SANTANDER SEGUROS
DE VIDA S.A.



SANTANDER SEGUROS
GENERALES S.A.

AUTORIZACIÓN

CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 61 DEL DFL N° 251 DE 1931, SOBRE ACTIVIDAD ASEGURADORA, AUTORIZO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA REQUERIR ANTECEDENTES ADICIONALES SOBRE MI ESTADO DE SALUD Y AUTORIZO A INSTITUCIONES HOSPITALARIAS, LABORATORIOS, MEDICOS Y DEMAS PERSONAS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A PROPORCIONAR -A SOLICITUD DE LA COMPAÑÍA-, TODOS LOS DATOS O ANTECEDENTES CLINICOS QUE TENGAN O HAYAN CONOCIDO CON MOTIVO DE HABERME PRESTADO ATENCION O SERVICIOS DE SALUD. LO ANTERIOR, CON EL OBJETO QUE LA ASEGURADORA PUEDA EVALUAR ESTA SOLICITUD O LA PROCEDENCIA DEL PAGO DE UN SINIESTRO, Y EN CUALQUIER MOMENTO QUE LA COMPAÑÍA LO CONSIDERE NECESARIO. PARA TAL EFECTO, RELEVO A LAS PERSONAS MENCIONADAS DEL SECRETO PROFESIONAL, ACEPTANDO QUE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN QUE SE LES SOLICITE. ASIMISMO, CONFORME A LO SEÑALADO EN LA LEY N° 19.628, RELATIVA A LA PROTECCIÓN DE LA VIDA PRIVADA, POR ESTE ACTO VENGO EN FACULTAR EXPRESAMENTE A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, O QUIEN SUS DERECHOS REPRESENTA, PARA HACER USO DE MIS DATOS DE CARACTER PERSONAL ASÍ COMO TAMBIÉN AQUELLOS DENOMINADOS COMO SENSIBLES. ESTA AUTORIZACIÓN FACULTA A LA ASEGURADORA PARA EFECTUAR EL TRATAMIENTO DE DICHS DATOS CONFORME LO EXPRESA LA NORMA LEGAL SEÑALADA. DE LA MISMA FORMA, 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 ANALISIS DEL OTORGAMIENTO DE SEGUROS, MODIFICACIONES DE COBERTURAS, ANALISIS DE RECLAMOS, INVESTIGACIONES DE SINIESTROS Y, EN GENERAL TODO AQUELLO QUE DIGA RELACION CON LOS CONTRATOS QUE CELEBRE CON LA ASEGURADORA, PUDIENDO ESTOS DATOS SER COMUNICADOS A TERCEROS, CON ESTOS MISMOS FINES.

DECLARACIONES

PESO _____ KGS.

ESTATURA _____ CMS.

LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE DESGRAVAMEN (POL 2 88 013) O DESGRAVAMEN + ITP 2/3 (CAD 2 97 002), BAJO LA CUAL SE SOLICITA COBERTURA, NO CUBREN EL RIESGO DE MUERTE SI EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA CAUSADO POR LA REALIZACIÓN O PARTICIPACIÓN EN UNA ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO, CONSIDERANDOSE COMO TALES AQUELLOS QUE OBJETIVAMENTE CONSTITUYAN UNA FLAGRANTE AGRAVACION DEL RIESGO Y/O SE REQUIERA DE MEDIDAS DE PROTECCION Y/O SEGURIDAD PARA REALIZARLOS.

FIRMA PROPONENTE ASEGURADO

FECHA DECLARACIÓN

DATOS DEL EJECUTIVO

RUT	NOMBRES , AP. PATERNO, AP MATERNO	ANEXO	COD. SUCURSAL	SUCURSAL