

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y CERTIFICADO DE COBERTURA SEGURO DE VIDA TRABAJADORES

Póliza Colectiva N°287

N° Certificado: _____

Fecha ____ / ____ / ____

Certificado de Cobertura – Vida Trabajadores					
Identificación del Asegurado Titular					
Nombre:		RUT:	Fecha Nacimiento:		
Dirección:		N°:	Depto/Block:		
Ciudad:	Comuna:	Teléfono:	Celular:		
Correo Electrónico:		Autorizo que toda comunicación y notificación que diga relación con el presente seguro me sea enviada al correo electrónico señalado en esta Solicitud de Incorporación. SI _____ NO _____			
Antecedentes de la Compañía Aseguradora					
Ohio National Seguros de Vida S.A.		RUT: 96.687.900-9			
Antecedentes del Contratante					
Caja de Compensación de Asignación Familiar los Héroes.		RUT: 70.016.330-K			
Asegurados					
Personas naturales, trabajadores afiliados a Los Héroes, su cónyuge e hijos.					
IMPORTANTE: Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por Caja de Compensación de Asignación Familiar los Héroes, directamente con la compañía de seguros.					
Detalle de Coberturas					
Cobertura	Registro CMF	Capital Asegurado	Prima Mensual Neta	IVA	Prima Mensual Bruta
Titular					
Fallecimiento	POL 220130289	UF 120	UF 0,0829	UF 0,000	UF 0,0829
Muerte Accidental	CAD 320130293	UF 240	UF 0,0145	UF 0,000	UF 0,0145
Cónyuge e Hijos					
Enfermedades Graves	CAD 320130290	UF 40	UF 0,0093	UF 0,0017	UF 0,0110
Prima Mensual en UF			UF 0,1066	UF 0,0017	UF 0,1084

Antecedentes de los Beneficiarios

Nombre	RUT	% Beneficio	Parentesco	Datos de Contacto

(*)Si el fallecimiento del asegurado titular es por causa de un accidente, se pagará la cobertura de Fallecimiento más la cobertura de Muerte Accidental. (**)La cobertura de Enfermedades Graves se hace extensiva a la Cónyuge y a los Hijos del asegurado

Declaraciones del proponente – Mandato – Descuento – Firma:

Declaraciones: por este acto declaro libre e informadamente lo siguiente:

- 1) Que libremente firmo y presento esta propuesta, contrato este seguro y tengo conocimiento que mi seguro solo podrá mantener su vigencia mientras yo sea afiliado a Los Héroes CCAF.
- 2) Que he sido debidamente informado que, una vez presentada esta propuesta, se entenderá aceptada, que estaré asegurado bajo los términos establecidos en este documento, según las coberturas contratadas; y que la copia de este documento que queda en mi poder constituye mi certificado de cobertura para todos los efectos pertinentes.
- 3) Que he tomado conocimiento de las coberturas comprendidas en este seguro y de los casos o circunstancias que se excluyen de las coberturas, señaladas en los artículos 2 y 3 de las condiciones generales y particulares de esta póliza; y que he tomado pleno conocimiento de las causas de terminación de este seguro que están señaladas en este documento en el párrafo de las Causales de Terminación Anticipada por parte de la Compañía Aseguradora.
- 4) Que he tomado conocimiento que para poder llegar a tener los beneficios de este seguro, será de mi responsabilidad o de mi familia dar el aviso oportuno de un siniestro y que acepto que será de mi responsabilidad o de mi familia cuando corresponda presentar en forma íntegra y oportuna los documentos solicitados por la compañía de seguros, eximiendo de responsabilidad en caso de incumplimiento al contratante e intermediario de esta póliza
- 5) Que tengo pleno conocimiento que Los Héroes CCAF no tendrá ninguna responsabilidad en caso que la compañía rechace un reclamo de siniestro y resuelva no pagar.
- 6) Que tengo conocimiento que yo puedo libremente, y en cualquier momento, renunciar a este seguro, dando el aviso correspondiente.
- 7) Que tengo conocimiento que esta propuesta resume de manera general las características del seguro contratado y para información más detallada, debo consultar la póliza disponible en todas las oficinas de Los Héroes CCAF.

Mandato a Los Héroes CCAF y Autorización: En este mismo acto, confiero mandato a Los Héroes CCAF para que en mi nombre y representación me incorpore en este seguro colectivo y renueve la póliza a que de origen la presente propuesta.

Autorización de descuento: Por este mismo acto, autorizo a mi empleador para que la prima de este seguro se descuenta de mi remuneración mensual y la entere en Los Héroes CCAF quien se encargará de su recaudación, Autorizo a Los Héroes CCAF para informar de esta autorización a mi empleador

Sucursal /RUT y Nombre Ejecutivo

Firma Asegurado

Ohio National Seguros de Vida S.A.



Voluntariedad de la Contratación

La contratación de estos seguros es de carácter voluntario. Usted puede retractarse si la contratación la efectuó por un medio a distancia. Además, usted puede terminar los seguros voluntarios anticipadamente en cualquier momento, independiente del medio utilizado para su contratación.

Ratificación de seguros contratados de manera conjunta con otra operación financiera

Estos seguros son de contratación voluntaria y no afectan la aprobación del producto o servicio financiero que usted ha solicitado. La decisión de contratar estos seguros, por ley, debe ser ratificada por usted. Para ello dispone de un plazo de 30 días contados desde su contratación. En caso de no ratificarlos en dicho plazo, se entenderá que no desea contratar los seguros que inicialmente señaló. La prima de estos seguros sólo se cobrará a contar de la fecha en que usted los ratifique. En caso de ratificarlos, usted puede retractarse si la contratación la efectuó por un medio a distancia. Además, puede terminarlos anticipadamente en cualquier momento independientemente del medio por el que los contrató.

Autorización Ley 19.628 Sobre Protección a la Vida Privada

Por medio de la aceptación del presente certificado de cobertura, usted autoriza expresamente a Ohio Seguros de Vida S.A. , a hacer uso de su información personal (nombre, dirección y rut), exclusivamente para el efecto de: i) emitir la póliza de seguros y certificado de cobertura que por medio de éste documento estas contratando; ii) responder sus consultas; iii) gestionar y procesar las denuncias de siniestros; iv) realizar las siguientes operaciones: contabilidad, administración, monitoreo de riesgo y técnico y auditorías; v) dar cumplimiento a las obligaciones legales de Ohio; y vi) comunicar sus datos personales a los proveedores y liquidadores de seguros, cuando ello sea necesario de acuerdo a los fines del presente contrato. Le hacemos presente que la información señalada no podrá ser utilizada por Ohio para realizar publicidad de ningún tipo, ni para obtener la renovación de los seguros o nuevas contrataciones, en forma directa como tampoco indirectamente a través de terceras personas, sean estas naturales o jurídicas. Ohio por su parte, se compromete a no divulgar esa información, ni total ni parcialmente, salvo que disposiciones legales, administrativas o judiciales así lo ordenen.

Descripción de Coberturas

Fallecimiento (POL 220130289, art. 2): La compañía pagará el capital asegurado de acuerdo con lo señalado en la descripción del plan, después de acreditado el fallecimiento del asegurado titular, si éste ocurre durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones Fallecimiento (POL 220130289,art. 4): No se pagará el monto asegurado para esta póliza por cada cobertura asociada a esta póliza cuando el fallecimiento sea consecuencia de:

- a) Suicidio. No obstante, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido un (1) año completo e ininterrumpido desde la fecha de incorporación del asegurado, desde su rehabilitación o desde el aumento de capital asegurado. En este último caso el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital asegurado.
- b) Pena de muerte o por participación del asegurado en cualquier acto delictivo.
- c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamarla cantidad asegurada o la indemnización.
- d) 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.
- e) 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.
- f) 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. Con excepción de la actividad propia del trabajo del asegurado titular.
- g) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva, sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, 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. Con excepción de la actividad propia del trabajo del asegurado titular.

- h) La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad. Dicha circunstancia deberá ser calificados por la autoridad competente en virtud de la ley vigente.
- i) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- j) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado, con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza.
- k) Una infección oportunistica, 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. Copia de dicha definición está archivada en las oficinas principales de la Compañía en Santiago, Chile.
 - Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Virica o Infección Micobacteriana 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.

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.

Muerte Accidental (CAD 320130293, art. 2°): Si el fallecimiento del asegurado titular se produjera como consecuencia directa e inmediata de un accidente, la compañía pagará, adicionalmente al capital de fallecimiento, el capital de muerte accidental según lo establecido en la descripción del plan. La muerte debe ser consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente.

Se entenderá por fallecimiento inmediato aquel que ocurra más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

Se considera accidente para el titular todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes aquellos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, infecciones virales o bacterianas, enfermedades de cualquier tipo, trastornos mentales, desvanecimiento o sonambulismo que sufra el asegurado.

Exclusiones Muerte Accidental (CAD 320130293, art. 4°): No se pagará el monto asegurado para esta póliza por cada cobertura asociada a esta póliza cuando la muerte sea consecuencia de:

- a) Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.
- b) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Con excepción de la actividad propia del trabajo del asegurado titular.
- c) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva, sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, 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. Con excepción de la actividad propia del trabajo del asegurado titular.
- d) La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad.
- e) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- f) Que el asegurado se encuentre bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- g) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

Asimismo, se entiende que rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal de la póliza.

Cobertura para Cónyuge e Hijos Dependientes

Enfermedades Graves (CAD 320130290 art. 2°): Si el cónyuge del asegurado titular y/o cualquiera de sus hijos asegurados, se ven afectados por alguna de las siguientes enfermedades o intervenciones, la Compañía de Seguros pagará el capital asegurado a los beneficiarios de acuerdo al plan contratado.

- **Enfermedades:** A) Infarto Cardíaco, B) Derrame cerebral, C) Cáncer, D) Insuficiencia Renal, E) Parálisis de dos o más extremidades, total e irreversible. De acuerdo con las definiciones establecidas para estas enfermedades en las condiciones generales y particulares.

- **Intervenciones Quirúrgicas:** A) Cirugía Arterio-Coronaria B) Trasplante. De acuerdo a las definiciones establecidas para estas enfermedades en las condiciones generales y particulares.

Exclusiones Enfermedades Graves (CAD 320130290, artículo 4°):

- a) Alcoholismo o drogadicción.
- b) Cánceres a la piel excepto melanomas malignos.
- c) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, SIDA.
- d) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado, con anterioridad a la fecha de la contratación de la cobertura de esta Cláusula Adicional.
- e) Se excluyen, además, la angioplastia, tratamientos por láser y todas las otras técnicas que no requieran la apertura quirúrgica del tórax, así como operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita.

Asimismo, se entiende que rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal de la póliza.

Los pagos de las coberturas de Fallecimiento o Muerte Accidental en el evento de un siniestro pondrán termino al presente contrato.

Condiciones de Asegurabilidad

Edad de Ingreso y edad máxima de permanencia en el seguro:

Edad mínima de ingreso 18 años.

Edad máxima de ingreso: 63 años y 364 días, para titular y cónyuge.

Edad máxima de permanencia: 64 años y 364 días, para titular y cónyuge; los hijos estarán cubiertos desde su nacimiento hasta máximo los 23 años y 364, mientras cumplan su condición de dependiente.

Prima: La prima mensual a cobrar será expresada en pesos (\$) equivalente a la U.F. del día de cargo o cobro de la prima del seguro.

Período de Gracia: Las coberturas contenidas en la presente póliza, cuentan con un período de gracia de 30 días contados desde el primer vencimiento no pagado. Además, se consideran 90 días de desfase en la recaudación de la primera prima.

Beneficiarios: En caso de algún siniestro, serán beneficiarios los designados en este certificado por el asegurado titular. El asegurado titular podrá cambiar de beneficiario cuando lo estime conveniente, enviando la comunicación, por escrito, a la compañía. En los casos que el asegurado no indique el RUT del beneficiario, la designación sólo será válida si los otros datos requeridos están completos y correctos en la propuesta de seguro. En aquellos casos que no existiera designación de beneficiarios o la individualización de éstos sea incompleta o se haya hecho por un porcentaje menor al 100%, queda establecido que la indemnización o el porcentaje no designado de ésta, se entenderá que se instituye como beneficiarios en porcentajes iguales, a los herederos del asegurado titular a la fecha de su fallecimiento. Si se designara a dos o más beneficiarios sin designación de porcentaje, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario. En el caso de asegurados dependientes, el beneficiario será el asegurado titular. Pagada la indemnización a los beneficiarios debidamente designados o a quien corresponda legalmente, la compañía aseguradora se liberará de toda obligación que para ella pudiese emanar en virtud de esta póliza.

Grupo Familiar Asegurable: El presente seguro cubre al Asegurado titular, su cónyuge e hijos de cualquiera de ellos, que vivan bajo el mismo techo y bajo dependencia económica del Asegurado titular, se considerará para dichos fines lo señalado en el artículo 815 del Código Civil.

Impuesto: Cualquier variación en la tasa de impuesto al valor agregado (IVA) será de cargo o beneficiará directamente al asegurado de esta propuesta.

Derecho de Retracción: En caso de que el asegurado desee retractarse de la contratación de este seguro, deberá manifestarlo de manera expresa a través de una carta dirigida a la Compañía de Seguros, dentro de los 35 días corridos siguientes a la fecha de suscripción de la propuesta e inicio de la vigencia del Seguro, sin expresión de causa ni penalización alguna. En caso de que se le haya efectuado el cargo de primas de dicho período, estas serán restituidas íntegramente al Asegurado mediante un abono a la remuneración del cliente.

Notificación de siniestro: La denuncia de un siniestro y de la presentación de la documentación, deberá ser a la brevedad posible desde la fecha de ocurrencia del siniestro. La documentación deberá ser presentada en cualquier sucursal de Los Héroes C.C.A.F. o en las oficinas de Ohio National, ubicadas en El Bosque Norte 0125, piso 11, Las Condes. Lo anterior sin perjuicio de los plazos de prescripción establecidos en la ley.

Documentación para presentar en el caso de siniestro:

Fallecimiento y Muerte accidental

- Certificado de defunción con causa de muerte.
- Parte Policial.
- Informe de Alcoholemia.
- Informe de autopsia.
- Examen toxicológico (Si existiera).

Enfermedades Graves

- Certificado de diagnóstico de la patología, emitida por el médico tratante, indicando la fecha en que se efectuó el diagnóstico.
- Certificado de nacimiento del asegurado
- Aquel examen que permita certificar el diagnóstico y la fecha del mismo

Documentación adicional a presentar según sea el asegurado afectado:

Titular: Fotocopia del carnet de identidad.

Cónyuge: Fotocopia del carnet de identidad.

Hijos: Certificado de nacimiento con inscripción de los padres.

Sin embargo, la compañía podría solicitar mayor información según sea el caso.

Plazo del Pago de Siniestros: El período de liquidación y pago de siniestro, a contar de la fecha de recepción conforme a todos los antecedentes indicados en la póliza, no podrá exceder de 10 días hábiles. Tratándose de siniestros que no vengán acompañados de la documentación pertinente o en que se requiera de un mayor análisis, la Compañía se reserva el derecho de contabilizar este plazo desde que se reciban tales antecedentes o los exigidos en forma excepcional.

Nota: Se adjunto Anexo relativo a procedimiento de liquidación de Siniestros, conforme a la Circular N°2106 de fecha 31 de mayo de 2013 de la Comisión para el Mercado Financiero.

Pago de Primas: El pago de la prima se efectuará mensualmente a través del descuento de la remuneración del trabajador afiliado Los Héroes C.C.A.F.

Vigencia de la cobertura individual: Anual, con renovación automática, desde la fecha de incorporación al seguro salvo que el Asegurado titular renuncie al seguro o que la Compañía manifieste su voluntad de no renovarlo mediante carta dirigida al domicilio del Asegurado titular con a lo menos 90 días de anticipación al vencimiento del periodo de cobertura en curso.

Consultas, Reclamos y/o Renuncia: En caso de consulta, reclamo, renuncia y/o poner término al presente seguro, el asegurado individualizado en el certificado de cobertura deberá llamar al número 800-646-225 del Centro de Atención Telefónica de Ohio National Seguros de Vida S.A., desde las 9:00 a 18:30 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 17:00 horas los viernes, donde se efectuará el registro del llamado correspondiente a fin de que sean transmitidas y gestionadas por la Compañía de Seguros.

En caso de desistimiento, la cobertura y vigencia del presente seguro se extinguirá a contar de la fecha en que realice la renuncia. A contar de esa misma fecha, los cargos de prima dejarán de efectuarse.

Información sobre atención de clientes y presentación de consultas y reclamos En virtud de la circular nro. 2.131 de 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 o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, 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.

Contacto Compañía de Seguros: svida@ohionational.cl

Certificado de Póliza: La aceptación del asegurador estampada en este documento lo convierte en Certificado de Cobertura para todos los efectos legales. La presente propuesta hará las veces de certificados de cobertura, en conformidad a lo dispuesto en la Circular N°2.123 de la Comisión para el Mercado Financiero.

La presente propuesta es un resumen con la descripción general de estas coberturas y el procedimiento a seguir en caso de siniestro. El resumen de los seguros es parcial y no reemplaza a las condiciones particulares ni generales de las respectivas pólizas y sólo tienen un carácter informativo. Para mayor claridad, extensión y profundidad de las características, condiciones y exclusiones de las coberturas.

Causales de Terminación Anticipada por parte de la Compañía Aseguradora: La cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales si las hubiere, terminarán anticipadamente en los siguientes casos:

1) Del asegurado: Encontrándose el presente contrato vigente, el seguro terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular, en los siguientes casos:

- a) A partir del día en que el asegurado titular deje de tener un vínculo con el contratante;
- b) A partir del día en que el asegurado titular cumpla la edad máxima de permanencia que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- c) Con el fallecimiento del asegurado titular también terminarán los asegurados dependientes de él.
- d) Cuando el contratante deje de tener la calidad de afiliado a Los Héroes C.C.A.F.
- e) Cuando el Asegurado, dentro de los plazos establecidos, no pague la prima correspondiente;
- f) Por término de la vigencia de la póliza o de cualquiera de los adicionales que eventualmente se hubieran contratado.
- h) Por omisión o reticencia, declaración falsa, errónea o inexacta relativa al estado de salud, edad, ocupación por parte del Asegurado, o de cualquier circunstancia que, conocida por la Aseguradora hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o de incorporar a dicho Asegurado a la póliza o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, según lo establecido en el artículo 6 de las Condiciones Generales

2) Del contratante: Encontrándose el presente contrato vigente, el seguro terminará anticipadamente respecto del contratante, cuando se verifiquen las situaciones señaladas en el Artículo 16 de las Condiciones Generales.

Para los efectos de los párrafos precedentes, la Compañía de Seguros, deberá dar aviso al asegurado a la dirección de correo electrónico que haya señalado en las Condiciones particulares o certificado de cobertura o, a falta de éste, mediante carta certificada por correo privado o público dirigida al domicilio del Asegurado, informado en el respectivo certificado de cobertura.

En todo caso, la terminación del contrato por alguna de las causales señaladas precedentemente, en que el Asegurador ponga término anticipado, distinta al no pago de la prima se producirá a la expiración del plazo de 30 días corridos contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Por el no pago de la prima, se producirá la terminación anticipada del contrato, a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la fecha de envío de la comunicación.

Modificación de las condiciones particulares del seguro: Las Condiciones Particulares del presente seguro, podrán ser modificadas por la Compañía Aseguradora o por mutuo acuerdo entre ésta y el Contratante colectivo. Sin embargo y en virtud del artículo 517 del Código de Comercio, tal modificación regirá a partir de la siguiente renovación del contrato y no afectará en manera alguna a los siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha del cambio, ni a aquellos Asegurados que tengan la prima totalmente pagada. Para estos últimos, la modificación de las Condiciones Particulares de la póliza producirá efecto a partir de la fecha en que venza el periodo cubierto por la prima pagada.

El asegurador, a través del Contratante de la póliza deberá dar oportuno aviso a cada una de las personas aseguradas por esta póliza y cuya variación de las Condiciones Particulares les afecte respecto de cualquier modificación a éstas. Las modificaciones no informadas serán inoponibles al asegurado. Asimismo, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación del cambio de condiciones., en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación.

La compañía de seguros Ohio National Seguros de Vida 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 las oficinas de Ohio National Seguros de Vida S.A. y en www.aach.cl

Asimismo, Ohio National Seguros de Vida S.A. se encuentra adherida voluntariamente a la institución del **Defensor del Asegurado** dependiente del Consejo de Autorregulación de las Compañías de Seguros, y cuya finalidad es velar por el desarrollo del mercado de seguros bajo el principio de buena fe, debiendo conforme a sus estatutos conocer y resolver los conflictos y/o reclamos que pudieran producirse entre las Compañías y sus clientes. Para mayor información, ésta se encuentra disponible en www.ddachile.cl Fono: 800 646232, desde celulares (02) 2343583 • Fax: (02) 234 05 68 o bien, en calle Augusto Leguía Sur N° 79, oficina 1210, Las Condes, Santiago.

INFORMACIÓN DE LAS COMISIONES CIRCULAR N°2123 (COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO)

De acuerdo a lo instruido en la circular N° 2123 de fecha de 22 de octubre de 2013 de la Comisión Para el Mercado Financiero, le informamos que las comisiones pagadas por Bci Seguros Vida S.A., respecto de la prima pagada por usted son las siguientes:

Comisión de Recaudación

Caja de Compensación de Asignación Familiar los Héroes.

RUT: 70.016.330-K

Comisión: 50% exenta de IVA, sobre la prima neta recaudada, neta de anulaciones y devoluciones.

Aporte por Promoción de Venta

Caja de Compensación de Asignación Familiar los Héroes.

RUT: 70.016.330-K

\$2.000 + IVA por certificado emitido y efectivamente recaudado.

Anexo

(Circular N° 2106 Comisión Para el Mercado Financiero) PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

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 LIQUIDACIÓN

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 OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN 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 notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN 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 LIQUIDACIÓN

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 LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha 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 denuncia;

b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia.

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

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 Comisión Para el Mercado Financiero, 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 justifiquen 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 LIQUIDACIÓN**

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 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9) **IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACIÓN**

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.