

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y CERTIFICADO DE COBERTURA SEGURO DE VIDA PENSIONADO

Póliza Colectiva N°288

N° Certificado: _____

Fecha ____/____/____

Certificado de Cobertura – Vida Pensionado					
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, pensionados afiliados a Los Héroes.					
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 Neta Mensual	IVA	Prima Bruta Mensual
Muerte Accidental	POL 320130357 (Letra A)	UF 60	UF 0,0372	UF 0,0000	UF 0,0372
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	POL 320130357 (Letra D)	UF 3 por evento	UF 0,0064	UF 0,0012	UF 0,0076
Prima Bruta Mensual UF			UF 0,0436	UF 0,0012	UF 0,0448

Antecedentes de los Beneficiarios

Nombre	RUT	% Beneficio	Parentesco	Datos de Contacto

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 3 y 4 de las condiciones generales y particulares de la 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, faculto y autorizo a mi entidad pagadora de pensión para descontar mensualmente de mi pensión la prima mensual de este seguro. La rendición de cuentas de lo cobrado por Los Héroes CCAF, en virtud de este mandato, constará conforme al requerimiento que realizará CCAF Lo Héroes, valor que deberá ser enterado en esta última entidad dentro de los primeros 10 días del mes siguiente al descuento mediante la inclusión de cobro de la prima, especificando su monto y fecha de cargo, en las correspondientes liquidaciones de pago de pensión.

Sucursal /RUT y Nombre Ejecutivo

Firma Asegurado


 Ohio National Seguros de Vida S.A

IMPORTANTE Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por Los Héroes CCAF directamente con la Compañía de Seguros.

"Las Cajas de Compensación son fiscalizadas por la Superintendencia de Seguridad Social (www.suseso.cl)"

Descripción de Coberturas

Muerte Accidental (POL 320130357, Art. 3°, letra A): Acreditado el fallecimiento del Asegurado Titular como consecuencia directa e inmediata de un accidente, es decir, un suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos que afecte el organismo del Asegurado durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía de Seguros pagará al beneficiario el capital asegurado definido para esta cobertura, de acuerdo al plan contratado, cualquiera sea la época y lugar donde ocurra, siempre que la póliza se encuentre vigente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquél que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (POL 320130357, Art. 3°, letra D): En virtud de esta cobertura, la Compañía reembolsará al Asegurado los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un accidente, hasta el monto anual definido para esta cobertura, de acuerdo al plan contratado, siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él, y con un tope de 3 eventos por año.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado, de las boletas o facturas originales que comprueben los gastos efectuados.

En caso de que el Asegurado tuviese beneficios de alguna institución de salud estatal, privada o bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En este evento, sólo será exigible la presentación de los documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el Asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del Asegurado.

El pago de la cobertura de Muerte Accidental en el evento de un siniestro pondrá término al presente contrato de seguro.

El presente seguro no cuenta con declaración de salud, debido a que no aplica la exclusión de enfermedades preexistentes en su cobertura.

Exclusiones Muerte Accidental y Reembolso de Gastos Médico por Accidente (POL 320130357): No se efectuará el pago de las coberturas antes mencionadas, cuando el fallecimiento o las lesiones del Asegurado se produzcan a consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

- a) Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- c) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- d) Suicidio, intento de suicidio, o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- e) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.
- f) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.
- g) Intoxicación o encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- h) Desempeñarse el Asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el Asegurador.
- i) Riesgos nucleares o atómicos.
- j) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico del Departamento de Geofísica de la Universidad de Chile, o del servicio que en el futuro lo reemplace.
- k) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- l) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- ll) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- m) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones cubiertas por esta póliza.
- n) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
- n) Exámenes médicos de rutina.
- o) Cirugía plástica o cosmética.
- p) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- q) Curas de reposo.
- r) 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 Vírica 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.
 - 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).
- s) Tratamiento o cirugía dental, excepto a dientes naturales sanos, ocasionados por una lesión accidental.

Condiciones de Asegurabilidad

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

Edad mínima de ingreso: 18 años.

Edad máxima de ingreso: 75 años y 364 días.

Edad máxima de cobertura: 80 años y 364 días.

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 Muerte Accidental: 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.

Beneficiario Reembolso de Gastos Médicos: Para la cobertura Reembolso de Gastos Médico por Accidente el beneficiario es el asegurado.

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.

Documentación para presentar en el caso de siniestro:

Muerte accidental

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

Cobertura Reembolso de Gastos Médico por Accidente

- Fotocopia de la Célula de Identidad por ambos lados.
- Las boletas o facturas originales que comprueben los gastos efectuados o de los documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el Asegurado.

De acuerdo con lo instruido por la Circular N°1935 emitida por la Comisión del Mercado Financiero, se informa que, para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, el plazo de aviso del siniestro se contará desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del Asegurado cuyo reembolso se requiera, independiente de la fecha de la prestación que lo origina. No obstante lo anterior, la Compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes si fuera necesario para la liquidación del siniestro.

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 vengan 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 pensión del afiliado Pensionado de 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, ésa 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) Cuando el Asegurado, dentro de los plazos establecidos, no pague la prima correspondiente;
- d) Por término de la vigencia de la póliza o de cualquiera de los adicionales que eventualmente se hubieran contratado.

2) Del contratante: Encontrándose el presente contrato vigente, el seguro terminará anticipadamente respecto del contratante, cuando se verifique alguna de las situaciones señaladas en el Artículo 12 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.

Anexo N°1
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 Héroeos.

RUT: 70.016.330-K

Comisión: 52% 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 Héroeos.

RUT: 70.016.330-K

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

Anexo N°2
(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.