

## SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y CERTIFICADO DE COBERTURA SEGURO ONCOLÓGICO

Póliza Colectiva N°290

N° Certificado:

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Certificado de Cobertura – Oncológico					
<b>Identificación del Asegurado Titular</b>					
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 _____			
<b>Antecedentes de la Compañía Aseguradora</b>					
Ohio National Seguros de Vida S.A.			RUT: 96.687.900-9		
<b>Antecedentes del Contratante</b>					
Caja de Compensación de Asignación Familiar los Héroes.			RUT: 70.016.330-K		
<b>Asegurados</b>					
Personas naturales, trabajador y/o pensionados afiliados a Los Héroes.					
<b>IMPORTANTE:</b> 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.					
<b>Detalle de Coberturas</b>					
Cobertura	Registro CMF	Capital Asegurado	Prima Mensual Neta	IVA	Prima Mensual Bruta
Oncológica	POL 220131334	UF 50	UF 0,0880	UF 0,0167	UF 0,1047
<b>Prima Bruta Mensual UF</b>			<b>UF 0,0880</b>	<b>UF 0,0167</b>	<b>UF 0,1047</b>

**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 entidad empleadora (trabajador) o mi pagadora de pensión (pensionado), según corresponda, para que la prima mensual de este seguro, se descuenta de mi remuneración o de mi pensión, respectivamente, cada mes, y se entere a Los Héroes CCAF, quien se encargará de su recaudación conforme a las normas del régimen de prestaciones adicionales, Los Héroes queda expresamente facultada para notificar a mi entidad empleadora o mi entidad pagadora de pensión, según corresponda, el mandato de descuento precedente y para realizar la recaudación mensual de la prima. “El mandatario deberá rendir cuenta de su gestión informando monto y fecha de cargo de la prima en el respectivo estado de cuenta”. “El presente mandato podrá ser dejado sin efecto por el asegurado/mandante en cualquier tiempo, sin más formalidades que las que haya debido cumplir para su otorgamiento”

\_\_\_\_\_  
Sucursal /RUT y Nombre Ejecutivo

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado

  
\_\_\_\_\_  
Ohio National Seguros de Vida S.A

## Descripción de Coberturas

**Cobertura Oncológica, POL 220131334, Art. 2:** Si al asegurado le es diagnosticado un cáncer indemnizable bajo esta póliza, el pago al asegurado quedará sujeto a la siguiente condición:

- Que el diagnóstico de cáncer sea el primer diagnóstico de cáncer que se haya hecho al asegurado.

La Compañía Aseguradora se obliga a pagar la suma asegurada señalada en este certificado de cobertura, en el evento que el Asegurado durante la vigencia del seguro fuese diagnosticado clínicamente, por primera vez, de una Enfermedad Neoplásica Maligna, Cáncer Primario, fundamentado en la historia clínica y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer.

Se entiende como "Enfermedad Neoplásica, Cáncer Primario", aquella que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y que no hubiese recibido ningún tipo de tratamiento con antelación a la contratación del seguro.

**Exclusiones Cobertura Oncológica (POL 220131334):** La cobertura que otorga esta póliza sólo contempla las siguientes exclusiones que no darán derecho a indemnización alguna:

- Cáncer cérvico uterino in situ, cualquier clase de cáncer sin invasión e in-situ y cáncer a la piel que no sea melanoma maligno.
- Enfermedades, Dolencias o Situaciones de Salud Preexistentes, es decir, cualquiera enfermedad, incapacidad, lesión o situación de salud que afecte al Asegurado y que haya sido diagnosticada o conocida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del seguro.

## 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:** Para la cobertura Oncológica 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:** Cuando se produzca el diagnóstico de cáncer (entendiéndose por este una enfermedad neoplásica maligna, cáncer primario), el asegurado deberá poner en conocimiento del asegurador por escrito a la brevedad posible, dentro del plazo de Sesenta (60) días contado desde su ocurrencia, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por solo 60 días más desde la fecha de notificación de la prórroga. 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.

**El asegurado deberá presentar a la compañía los siguientes documentos:**

- Formulario Denuncio de Siniestros

- Informe del médico tratante con la indicación del diagnóstico, tratamiento y fecha del diagnóstico. Diagnóstico clínico debe incluir el tipo de cáncer, la localización, el tipo histológico, el grado de diferenciación celular y la etapa clínica.

- Informe de anatomía patológica (biopsia)

- Fotocopia de la Cédula de Identidad por ambos lados  
Otros antecedentes que se estimen convenientes y necesario para la evaluación del siniestro.

La obligación de comunicar al asegurador la ocurrencia de un siniestro, podrá cumplirse también mediante un sistema de conexión directa, por medios electrónicos o informáticos (e-mail u otro análogo), sin perjuicio de hacer llegar a la compañía los antecedentes que correspondan

**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 remuneración (trabajador) o de la pensión (pensionado) del afiliado de Los Héroes CCAF según corresponda.

**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 atienda 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](mailto: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) Dejar 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.

g) 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 7 de las Condiciones Generales

**2) Del contratante:** Encontrándose el presente contrato vigente, el seguro terminará anticipadamente respecto del contratante, cuando se verifique cualquiera 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 registrará 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](http://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](http://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 Héroes.

RUT: 70.016.330-K

Comisión: 65% 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 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.