

**SEGURO INCAPACIDAD TEMPORAL TARJETA RIPLEY
SOLICITUD DE INCORPORACION VOLUNTARIA DE SEGURO, PROPUESTA Y CERTIFICADO DE COBERTURA**

Para facilitar la comprensión del seguro y de sus principales características, le señalamos a continuación un resumen de los aspectos más relevantes del seguro que deberá tener en cuenta al contratarlo. El detalle completo del seguro se encuentra más adelante en el mismo documento.

Contratante y Beneficiario: CAR S.A, RUT: 83.187.800-2.

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE ESTE SEGURO? (PÓLIZA N° 123047548)	
Coberturas	Incapacidad Temporal Hospitalización por Accidente o Enfermedad
Monto Asegurado	Incapacidad Temporal: Una cuota de tu tarjeta por cada 30 días continuos que permanezcas en estado de incapacidad temporal (tope UF 6 por cuota) Hospitalización por Accidente o Enfermedad: Una cuota de tu tarjeta por cada 5 días continuos que permanezcas hospitalizado (tope UF 6 por cuota).
N° de Cuotas	Máximo 6 cuotas por evento. Sin límite de eventos.
Período Activo Mínimo	120 días
Carencia	60 días
Vigencia de la Póliza Individual	Este seguro tiene una duración mensual y comenzará una vez finalizado el periodo de carencia.
Requisitos para contratar el seguro	a) Personas naturales que sean trabajadores independientes b) Titulares de la tarjeta de crédito emitida por el Contratante c) Edad mínima de ingreso: 18 años d) Edad máxima de ingreso: Hasta 74 años y 364 días e) Edad máxima de permanencia: Hasta 75 años y 364 días.
¿CUÁNDO CUBRE ESTE SEGURO? (COBERTURA)	
1) Trabajador independiente: Persona que ejerce una actividad u oficio en forma independiente y obtiene de dicho ejercicio la totalidad o, a lo menos el 50% de sus ingresos mensuales. 2) Vendedores Comisionistas: Aquella persona que ejerce la actividad de ventas con ingresos variables de acuerdo a sus resultados, siempre que no mantenga un contrato de trabajo. 3) Pensionados y/o jubilados: esto es aquellas personas que reciben una pensión o jubilación siempre que no desempeñen una actividad remunerada, con vínculo de subordinación y dependencia en virtud de un contrato de trabajo indefinido. 4) Estudiantes: Aquella persona que mediante la documentación pertinente acredite estar cursando estudios y no perciba ingresos derivados de un contrato de trabajo o de prestación de servicios. 5) Dueñas de casa: Aquella persona que tiene como ocupación principal el trabajo en su hogar y no perciba ingresos derivados de un contrato de trabajo o de prestación de servicios o que acredite esta calidad con la documentación correspondiente. 6) Rentista	
¿CUÁNDO NO CUBRE? (EXCLUSIONES)	
Incapacidad Temporal: 1) Automutilación; 2) Hernias; 3) Tendinitis y Tenosinovitis; 4) Dolencia lumbar; 5) Intervenciones quirúrgicas electivas; 6) Reposo o licencia por embarazo; 7) Las incapacidades de origen nervioso y psiquiátrico (incluyendo depresión); 8) Cuando la indemnización corresponda al pago de cuotas mensuales que correspondan a una deuda, no se otorgará cobertura a los siniestros que ocurran durante un periodo de gracia o periodo en el cual no exista una cuota devengada de las deudas del asegurado cubiertas por la Póliza. Hospitalización por Accidente o Enfermedad: 1) Guerra; 2) Peleas; 3) Participación en delitos y/o terrorismo; 4) Suicidio; 5) Participación en carreras; 6) Estar bajo el efecto de drogas; 7) Terremoto; 8) Viaje aéreo; 9) Conducir en estado de ebriedad; 10) Hernias; 11) Hospitalización por embarazo; 12) Exámenes médicos de rutina; 13) Tratamientos estéticos; 14) Enfermedad mental o nerviosa; 15) Infección oportunistica o neoplasma maligno; 16) Hospitalizaciones para prestaciones dentales.	
¿CUÁNTO CUESTA ESTE SEGURO?	
Prima (precio) del seguro	UF 0,12564 mensuales, siempre cuando aplique cobro.



		Fecha		
Propuesta N°:	Tienda:	Código:		
ANTECEDENTES DEL ASEGURADO				
Nombres:		Apellido Paterno:		Apellido Materno:
RUT:		Fecha Nacimiento:		
Nacionalidad		Profesión o Actividad:		
Dirección:	Comuna:		Ciudad:	
Teléfono:	Celular:		E-Mail:	

Autorizo que toda comunicación y notificación que digan relación con el presente seguro pueda ser enviada al correo electrónico antes señalado.

AUTORIZACIÓN DE CONTRATACIÓN Y CARGO

Por medio de la presente firma autorizo a CAR S.A., a cargar en mi tarjeta Ripley la prima mensual Bruta equivalente a **UF 0,12564 (\$4.463)**. Este valor se aplicará mensualmente a aquellos clientes que tengan movimientos (cuotas o transacciones de cargo), por un monto igual o mayor a **UF 0,12 (\$4.262)**, exceptuando aquellos que sean derivados de Avances y/o Súper Avances, los que están excluidos. Valores correspondientes a la UF del día 01/03/2023 \$35.519,79. Además autorizo expresamente a CAR S.A. para que contrate en mi nombre el Seguro Incapacidad Temporal Tarjeta Ripley. **Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguros colectivos cuyas condiciones han sido convencidas por CAR S.A., directamente con BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A. Mandato Especial:** Por medio del presente instrumento, autorizo a corredora de seguros Ripley Limitada, intermediaria de este seguro que por este acto acepto, para que en mi nombre y representación le introduzca modificaciones al mismo, con el objeto de mantener y/o mejorar las condiciones de cobertura de asegurabilidad y protección que me brinda. Para tales efectos, Corredora de Seguros Ripley Limitada estará facultada expresamente para: aceptar y rechazar modificaciones en la o las coberturas, en las primas propuestas por la aseguradora, requerir modificaciones de prima, en lo que respecta a su monto, forma y modalidad de pago, en las edades de ingreso comisiones y en general la realización de todo acto destinado a cautelar los intereses protegidos por el seguro que intermedia y del que da cuenta la presente solicitud. Las modificaciones en las condiciones del seguro serán comunicadas en forma clara y precisa a través de medios electrónicos u otros análogos, quien podrá manifestar disconformidad con la o las modificaciones introducidas, para lo cual, tendrá un plazo de 30 días corridos contados desde la fecha en que le haya sido comunicada. Además autorizo a Corredora de Seguros Ripley Limitada para tratar mis datos personales y entregarlos a sus personas relacionadas. Asimismo, autorizo a Corredora de Seguros Ripley Limitada para entregar mis datos personales a terceros distintos de sus personas relacionadas, con el objeto de recibir información acerca de los seguros que tenga contratados así como ofertas, promociones y cualquier otro tipo de información relativa a productos o seguros ofrecidos por Corredora de Seguros Ripley Limitada o cualquiera de sus personas relacionadas.

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.


 Pablo Melys Parera
 Corredora de Seguros Ripley Ltda.
 Rut: 77.472.420-6

**SEGURO
VOLUNTARIO**

Firma Asegurado


 Sebastián Valle Lorenzini
 BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A.
 RUT: 96.837.640-3



AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. Autorización de tratamiento. Por medio de mi suscripción a esta Solicitud de Incorporación autorizo, como responsables de bases de datos, a las sociedades: BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A., BNP Paribas Cardif Seguros de Vida S.A. y BNP Paribas Cardif Servicios y Asistencia Ltda. (conjuntamente "BNP Paribas Cardif") a tratar mis datos personales de acuerdo a los fines y condiciones aquí descritos. Los datos que autorizo tratar son los contenidos en esta solicitud, y aquellos que más adelante resulten necesarios para el otorgamiento de los productos y/o servicios contratados de BNP Paribas Cardif.

2. Propósitos del tratamiento. Los propósitos para los cuales autorizo a BNP Paribas Cardif a tratar mis datos personales son todos o algunos de los siguientes propósitos: (i) evaluar esta solicitud y proporcionarme los productos y servicios que sean contratados; (ii) contactarme y responder a mis consultas; (iii) gestionar y procesar los denuncios de mis siniestros; (iv) enviar comunicaciones publicitarias; (v) evaluar y mejorar los productos y servicios de BNP Paribas Cardif, a través de desarrollos asociados a seguros, análisis de datos y estudios analíticos; (vi) realizar operaciones propias del negocio de BNP Paribas Cardif tales como: contabilidad, administración, monitoreo de riesgo y técnico, auditorías, facturación y, cobros; y (vii) dar cumplimiento a las obligaciones legales de BNP Paribas Cardif.

3. Datos personales de terceros. Sobre la información personal de terceros que yo entregue a BNP Paribas Cardif (ej. beneficiarios), declaro contar con las autorizaciones suficientes, para que BNP Paribas Cardif trate debidamente aquella información, según los propósitos indicados en el número anterior.

4. Comunicación de datos a terceros. Únicamente para los propósitos indicados, autorizo a BNP Paribas Cardif para que pueda comunicar mis datos personales a sus proveedores y terceros colaboradores como, por ejemplo, corredores de seguros, liquidadores, intermediadores y socios comerciales.

5. Mis derechos. Declaro conocer que mis derechos como titular de datos, los puedo hacer efectivos de manera gratuita comunicándome al 800362100 y desde celulares al 0224293507.

SEGURO VOLUNTARIO

Firma Asegurado

DERECHO A RETRACTO

Los asegurados podrán retractarse de la contratación del seguro, sin expresión de causa ni penalización alguna, para lo cual el asegurado deberá expresar su voluntad de retractarse a través de cualquier medio que permita la expresión fehaciente de la voluntad comunicándolo a la Compañía o a la Corredora que intermedie el seguro. El plazo para ejercer el derecho a retracto es de 35 días corridos contados desde la fecha de la entrega de la póliza. En caso de que usted se retracte, la Compañía le restituirá el total de la prima pagada, salvo en aquellos que se haya denunciado un siniestro, aun cuando no sea finalmente acogido, o si el seguro terminara antes del plazo señalado para el retracto.

¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

Incapacidad Temporal (POL 3 2023 0258):

En caso de que tenga lugar la Incapacidad Temporal, la Compañía cubrirá hasta 6 cuotas mensuales de la Tarjeta Ripley adeudada en virtud de un mismo evento con un tope máximo por cuota de UF 6, los cuales serán pagados uno a uno, por cada 30 días de reposo.

Para estos efectos la Incapacidad Temporal se entenderá como todo evento, a consecuencia de una enfermedad o accidente, por el cual al Asegurado se le haya otorgado una licencia médica por un período mínimo de 30 días. Se deja establecido que, para efectos del otorgamiento de la presente cobertura, la licencia médica debe ser expedida por un Médico.

El tope máximo cobertura: **UF 36 (6 cuotas de UF 6 cada una).**

Hospitalización por Accidente o Enfermedad (POL 3 2020 0057):

En caso de que tenga lugar la hospitalización del asegurado en un establecimiento hospitalario, ya sea por accidente o enfermedad del asegurado, la compañía cubrirá hasta 6 cuotas de la Tarjeta Ripley, las cuales se pagarán una a una de acuerdo a la siguiente modalidad:

- 5 días completados de hospitalización → 1ra Cuota
- 10 días completados de hospitalización → 2da Cuota
- 15 días completados de hospitalización → 3ra Cuota
- 20 días completados de hospitalización → 4ta Cuota
- 25 días completados de hospitalización → 5ta Cuota
- 30 días completados de hospitalización → 6ta Cuota

El tope máximo cobertura: **UF 36 (6 cuotas de UF 6 cada una).**

Condiciones de indemnización:

Carencia: Para poder hacer uso del seguro, deberán transcurrir 60 días continuos desde la fecha de contratación del seguro.



Período Activo Mínimo: 120 días. Lapso de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de expiración de la última licencia médica y el nuevo evento (sólo aplica para Incapacidad Temporal).

Nota: No se entenderá incorporada dentro de estas coberturas las cuotas correspondientes a las líneas de Avance o Súper Avance.

BENEFICIO DE ASISTENCIA LABORAL

La presente póliza considera la siguiente Asistencia a la que podrá optar el Asegurado:

Asistencia Laboral Telefónica: El Asegurado tendrá acceso a una asistencia telefónica orientado al apoyo en temas laborales como despido injustificado, Auto despido o despido indirecto, cobro de indemnizaciones y/o prestaciones, activación del seguro obligatorio de cesantía y cualquier causa relacionada con los derechos del trabajador. Sin límites por eventos, sin límites de eventos al año.

Asistencia Laboral Presencial: El Asegurado tendrá acceso a una Asesoría presencial (2 Horas), con la finalidad de recibir asesorías y apoyo para su reintegro al mundo laboral, recibiendo consejos y herramientas de búsqueda para volver a emplearse. Sesión de asesoría que contempla lo siguiente: Diseño y redacción de Curriculum Vitae, Planificación y visión de nuevas oportunidades laborales, Entrega de Manual de Auto Instrucción para la búsqueda de trabajo, Entrega de Información sobre Ofertas de Trabajo disponibles en páginas Web, medios especializados y datos informales, Membresía Premium de LinkedIn mientras este cesante. Límite de 2 eventos al año.

Beneficio de Alimentación: El Asegurado tendrá acceso a un Beneficio de alimentación en cheque de restaurant por \$15.000 mensuales, que puede ser utilizado en distintos establecimientos del rubro, ejemplo supermercados, restaurantes, almacenes u otros, este beneficio es mensual y podrá ser extendido hasta 3 meses, mientras acredite su cesantía. Límite mensual por \$15.000, límite de hasta por 3 meses.

Beneficio de Transporte y Locomoción: El Asegurado tendrá acceso a un Beneficio de transporte y locomoción que contempla tarjeta Bip con \$10.000 de carga mensual por 3 meses, para que pueda ser utilizado en viajes de entrevistas de trabajo. En regiones se generará Cheque o depósito bancario por el tope mensual indicado en esta propuesta. Podrá ser extendido hasta 3 meses, mientras acredite su cesantía. El ámbito territorial de las coberturas es todo el territorio nacional continental. Incluyendo isla de Chiloé y excluyendo los demás territorios insulares. Para consultas relacionadas con este beneficio, los Asegurados pueden utilizar el Servicio de Atención al Cliente llamando al:

2 2429 3544.

Para hacer uso del servicio, el asegurado deberá comunicarse con Multi Servicios OK. S.A al siguiente número telefónico: 600 6000 911 o desde celulares 2 2200 2936.

PROCEDIMIENTO DE DENUNCIA DE SINIESTROS

Plazo de presentación de los antecedentes: Producido un siniestro, el Asegurado deberá comunicarlo a la Compañía, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento que se haya producido el hecho, empleando para tal efecto un formulario de presentación de siniestros que proporcionará la Compañía.

Incapacidad Temporal: Se entenderá como fecha de ocurrencia del siniestro, la fecha indicada en el correspondiente certificado o licencia médica que ordena el reposo por un periodo mayor a 30 días.

Antecedentes a presentar para la liquidación de siniestro:

Cobertura Incapacidad Temporal

Primera Cuota

1. Formulario Denuncia de Siniestro firmado por el Asegurado.
2. Certificados o licencia médica que acredite la Incapacidad Temporal superior a 30 días, indicando claramente nombre de la patología. El Certificado debe indicar período de licencia, o bien, período (desde - hasta).
3. Tabla desarrollo de la deuda, emitido por la Entidad Contratante.
4. Documento que acredite la calidad de independiente, como por ejemplo: Certificado de ingresos o comprobante de pago de impuesto a la renta.
 - Para Dueñas de Casa: Declaración Jurada ante Notario que indique la calidad de Dueña de Casa.
 - En el caso de estudiantes, deberán presentar Certificado de alumno regular emitido por el respectivo establecimiento educacional.
 - En el caso de los Pensionados y/ o jubilados: Certificado de jubilación y copia del comprobante de pago de la última pensión.

Segunda Cuota en adelante

1. Continuidad de licencia por cada 30 días, firmada y timbrada por el médico tratante.

Cobertura Hospitalización por Accidente o Enfermedad

1. Formulario de denuncia de siniestro firmado por el Reclamante.
2. Autorización de hospitalización firmada por el médico tratante.
3. Certificado del Hospital que acredite los días de hospitalización del Asegurado en dicho recinto, o copia del Programa Médico o Factura emitida por el Hospital o Clínica en la cual se indiquen los días de hospitalización.

4. Certificado Médico indicando fecha y diagnóstico del accidente o enfermedad que requirió de la hospitalización.
5. Copia del Parte Policial en caso que corresponda.
6. Certificado de atención de urgencia.
7. Informe toxicológico y alcoholemia si éste fue realizado.
8. Fotocopia de cédula de identidad del Asegurado Titular, por ambos lados, según corresponda.

Nota: La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otro antecedente que estime necesario para poder realizar la liquidación del siniestro.

NOTIFICACIONES, AVISOS Y COMUNICACIONES

Cualquier comunicación, aviso, notificación o entrega de documentos expedidos por la Aseguradora serán enviados: 1. Mediante medios electrónicos, incluyendo pero no limitándose al correo electrónico que aparece en los expedientes del Contratante Colectivo o informado por el Asegurado en la solicitud de incorporación a la Póliza, o por medio de mensajes de texto al Número Móvil que pertenece al Asegurado (SMS); o 2. Al domicilio postal que aparece en los expedientes del Contratante Colectivo, a través de los medios que se utilizan para tales efectos (servicio postal, mensajería, correo certificado, entre otros). 3. Las comunicaciones, avisos, notificaciones o entregas de documentos expedidos por la Aseguradora serán enviados al Asegurado en base en la información que el Asegurado provee a través de la solicitud de incorporación y/o al Contratante Colectivo en conexión con la suscripción de los servicios de comunicación móvil del Contratante Colectivo. 4. El Asegurado está obligado a notificar al Contratante Colectivo, en su calidad de tomador de la Póliza, acerca de cualquier cambio de su dirección de notificación. En ausencia de esta notificación, las comunicaciones, avisos, notificaciones o documentos expedidos y enviados por la Aseguradora con base en la información proveída por el Asegurado a través de la solicitud de incorporación y/o al Contratante Colectivo en conexión con la suscripción de los servicios de telefonía móvil y/o de datos, se considerarán válidas y producirán efectos. 5. Las notificaciones dirigidas a la Aseguradora se harán al domicilio principal de la Aseguradora.

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de lo dispuesto en la Circular N° 2131 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 en 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. El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

En caso de surgir cualquier controversia, queja o reclamación respecto a este seguro, el Asegurado podrá acudir a los Tribunales de Justicia competentes, en conformidad con la Ley N° 19.496.

NOTAS IMPORTANTES

1. Este es un resumen de las principales condiciones, exclusiones y características de los seguros, el detalle lo encontrará en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza que están a su disposición en los Centros de Servicio de cualquier tienda Ripley.
2. Estos seguros son intermediados por Corredora de Seguros Ripley Ltda., los riesgos son cubiertos por **BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A.** Las coberturas del seguro se encuentran amparadas bajo la **POL 3 2023 0258 y POL 3 2020 0057** debidamente depositadas en el registro de pólizas de la C.M.F.
3. BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A. se encuentran adheridas 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 cualquiera de las oficinas de BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A. y en www.aach.cl. Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A o a través de la página web www.ddachile.cl.
4. Este contrato no cuenta con Sello Sernac.
5. Vigencia de la póliza colectiva N° 123047548: Tendrá vigencia desde las 00:00 horas del 01/04/2023 hasta las 23:59 horas del 31/03/2024 y se renovará automáticamente por periodos iguales y sucesivos de un año, salvo que alguna de las partes manifieste su intención de ponerle término mediante aviso previo enviado con al menos 60 (sesenta) días de anticipación a la fecha de término del período respectivo.
6. Vigencia de la cobertura individual: Para aquellas personas que cumplan con las Condiciones de Asegurabilidad y que se incorporen voluntariamente a este seguro, la cobertura individual es mensual y comenzará una vez transcurrido el periodo de carencia contemplado en la presente póliza y se mantendrá vigente mientras se encuentre el Asegurado al día en el pago mensual de su prima y en tanto el Asegurado o la Compañía no hayan puesto término a la cobertura.

7. Causales de terminación anticipada del seguro: El Asegurado podrá dar término al presente contrato en cualquier momento y sin expresión de causa, comunicándose con la Compañía de Seguros o la Corredora por medio de alguno de los canales antes señalados, salvo aquellos seguros que sean obligatorios por Ley. El asegurador podrá poner término anticipado a la póliza en los siguientes casos:

- a) si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia de la póliza. En este caso, la terminación se producirá a la expiración del plazo de 30 días, contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales del seguro;
- b) por falta de pago de la prima en los términos indicados en las condiciones generales del seguro;
- c) por la terminación anticipada de la póliza colectiva;
- d) por incumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza.

ADHESIÓN A GRUPO RETAIL SEGUROS

La corredora de Seguros Ripley, se encuentra adherida voluntariamente al Grupo Retail Seguros www.retailseguros.org y sujeta a su Acuerdo de Autorregulación publicado en dicha página web, cuyo propósito es mejorar el estándar de calidad en la promoción, venta y atención de seguros en el Retail.

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía y el contratante, los asegurados o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta, correo electrónico u otro medio fehaciente. En caso de carta, ésta debe ser dirigida al domicilio de la compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. En caso de correo electrónico, deberán realizarse a la dirección de correo electrónico señalado en las Condiciones Particulares, en la solicitud de seguro respectiva o en la grabación telefónica si correspondiese.

MANDATO ESPECIAL Y AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Por este acto el asegurado, también denominado en esta cláusula el "Mandante", otorga a CAR S.A, su sucesora o continuadora legal, y Corredora de Seguros Ripley Limitada, en adelante también denominados las "Mandatarias", un mandato especial y gratuito de acuerdo a las normas del Código de Comercio, a fin de que en su nombre y representación lo incorporen como asegurado en la póliza o contrato de seguro colectivo que reemplace al contrato de seguros descrito en la presente solicitud de incorporación. Asimismo, autoriza a las Mandatarias, en calidad de responsables de tratamiento de datos, para realizar tratamiento de sus datos personales necesarios para la finalidad antes descrita. Para tales efectos, las Mandatarias, actuando conjuntamente, estarán facultadas para, en caso de terminación del presente seguro colectivo, a comunicar sus datos personales y contratar una nueva póliza o contrato colectivo con la compañía de seguros que suscribe este instrumento o cualquier otra en términos sustancialmente similares a los pactados en este instrumento, procurando mantener y/o mejorar las condiciones de cobertura, asegurabilidad y protección que brinda.

Las Mandatarias rendirán cuenta del presente mandato a través mecanismos idóneos y efectivos de comunicación, enviado con 30 días corridos de anticipación al inicio de la vigencia de la nueva póliza o contrato colectivo. En tal evento, el Mandante podrá dejar sin efecto la autorización para el tratamiento de sus datos personales y renunciar a la nueva cobertura individual mediante comunicación escrita dirigida a la Mandataria, dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación.

El presente mandato y/o la autorización específica para tratar sus datos personales podrá ser revocado por el Mandante en cualquier momento, mediante comunicación escrita enviada a las Mandatarias mediante los canales de atención al cliente, revocación que producirá efectos a contar del décimo quinto día de recibida por esta la comunicación antes referida.

En el caso de revocar el mandato, y habiéndose terminado la vigente del contrato colectivo descrito en esta solicitud de incorporación, cesará la cobertura del Mandante y el tratamiento de sus datos personales asociados al contrato.

En todo caso, el cliente podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de sus datos personales mediante comunicación escrita enviada a mediante los canales de atención al cliente.

Finalmente, en caso de ejecución del presente mandato, el asegurado podrá igualmente dar término a la cobertura individual asociada al nuevo contrato de seguro y al tratamiento de sus datos personales en cualquier momento y sin expresión de causa, de conformidad a las condiciones establecidas en la nueva póliza colectiva.

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

Para la liquidación de siniestros la compañía se acoge a lo dispuesto en el nuevo reglamento de los auxiliares del comercio de seguros y procedimiento de liquidación de siniestros, número 1055, del 17 de agosto de 2012 y en lo dispuesto en la Circular 2.106 de la CMF.

1) OBJETIVO 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 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 UF 100: 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 DE 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) IMPUGNACIÓN 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.

DIVERSIFICACIÓN DE PRODUCCIÓN (Art. 57 y 58 del DF 251):

La información respecto de la diversificación de los negocios de Corredora de Seguros Ripley Ltda. De las compañías de seguros con que trabaja y sobre las pólizas de seguro contratada para responder del cumplimiento de sus obligaciones como intermediario, se encuentran publicados en www.segurosripley.cl

COMISIONES

-Comisión de Intermediación: 25% IVA incluido sobre prima bruta.
-Comisión de Recaudación: 41,64% IVA incluido sobre prima bruta.

¿QUÉ HACER EN CASO DE CONSULTA O RECLAMO?

En caso de cualquier consulta o reclamo, usted puede llamar a nuestro Servicio de Atención al cliente al 800 362 100 de Lunes a Viernes, de 9:00 hrs a 18:00 hrs o desde celulares al (56-2)-24293507. Un ejecutivo estará a su disposición para atender cualquier duda o inquietud relacionada al seguro contratado. Para Consultas a través de correo electrónico escribir a : servicio.cliente@cardif.cl