

**Póliza 340018351**

**Condiciones Particulares Seguro Oncológico**

**Sindicato Nacional N°2 De Empresa Bancoestado Centro De Servicios S.A.**



**VIGENCIA**

Desde las 00:00 hrs. del día 01 de Septiembre de 2020

Hasta las 24:00 hrs. del día 31 de Agosto de 2021

**Condiciones Generales**

**Código CMF**

Oncológico  
Reembolso Gastos Funerarios  
Servicio Oncológico (CELL-IRAM y Clínicas en convenio)

**POL 3 2018 0005**  
**CAD 2 2014 0205**

**ASEGURADOR**

<b>Razón Social</b>	<b>MetLife Chile Seguros de Vida S.A.</b>	<b>Rut</b>	99.289.000-2
Domicilio	Agustinas N° 640 Piso 1, Santiago		
Teléfono	56 2 2826 30 00		

**CONTRATANTE**

<b>Razón Social</b>	<b>Sindicato Nacional N°2 De Empresa Bancoestado Centro De Servicios S.A.</b>	<b>Rut</b>	65.150.263-2
Domicilio	Agustinas N° 972, Santiago.		
Teléfono	56 996093823/999987818		

**INTERMEDIARIO**

**Directo BCH**

<b>Coberturas Asegurado Titular-Cónyuge/Conviviente y Padres</b>	<b>Capital Asegurado</b>	<b>Edad máx. Ingreso - Permanencia</b>
Oncológico (Indemnización 1er diagnóstico Cáncer por Asegurado)	UF 50	79 años y cumpliendo 100 años
Prestaciones Médicas Oncológicas (CELL-IRAM y Clínicas en convenio)	-	79 años y cumpliendo 100 años
Reembolso Gastos Funerarios por Grupo Familiar	UF 20	79 años y cumpliendo 100 años
<b>Coberturas Asegurado Hijo(a)</b>	<b>Capital Asegurado</b>	<b>Edad máx. Ingreso - Permanencia</b>
Oncológico (Indemnización 1er diagnóstico Cáncer por Asegurado)	UF 50	Desde 14 días y cumpliendo 24 años
Prestaciones médicas oncológicas (CELL-IRAM y Clínicas en convenio)	-	Desde 14 días y cumpliendo 24 años
Reembolso Gastos Funerarios por Grupo Familiar	UF 20	Desde 14 días y cumpliendo 24 años

**Cargas Hijos:** Podrán incorporarse al seguro transcurridos 14 días desde la fecha del nacimiento, previa evaluación y aceptación de parte de la Compañía aseguradora. La edad de permanencia será hasta los 24 años, siempre y cuando, sean estudiantes y dependan económicamente del Asegurado Titular.

**Servicio Adicional:** Red Dental Metlife, Yoga Crecer, Bebelab, Mandu, Óptica Renovatio, Kellun, Equilibrio, Legal Chile, Accu Health, y Ópticas Place Vendome. \* (estos servicios adicionales no constituyen cobertura, siendo responsabilidad del prestador su otorgamiento)

**PAGO DE PRIMAS**

<b>Periodicidad</b>	Mensual Vencida	<b>Tipo Cobranza</b>	Tradicional
<b>Facturación</b>	Anticipada	<b>Fecha de Pago</b>	10 de cada mes
<b>Financiamiento Prima</b>	100% Asegurado Titular.	<b>Plazo de Gracia</b>	30 Días

**Asegurados:** Los asegurados son personas debidamente informados por la entidad contratante, que cumplen con las condiciones de Asegurabilidad descritas en estas condiciones particulares, formando parte integrante del presente contrato y que ambas partes mantendrán en su poder.

**Asegurados Dependientes:**

- Cónyuge o Conviviente Civil (uno u otro) del Asegurado Titular.
- Conviviente (Carga No Legal) del Asegurado Titular.
- Hijos del Asegurado Titular; asimismo, podrán ser asegurados dependientes los hijos del Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular, aun cuando no sean hijos de éste

**Nota:** el punto a y b son excluyentes, por lo tanto es posible ingresar sólo una opción.

## **Artículo N° 1.- Beneficiarios**

---

### **Cobertura Oncológica (Indemnización sólo por única vez para el 1er diagnóstico de Cáncer por Asegurado)**

Se entenderá como beneficiario el asegurado titular.

No obstante lo anterior, en caso de fallecer el asegurado antes del pago del siniestro, y en caso que ello corresponda, el monto asegurado será pagado a los herederos legales en partes iguales.

### **Cobertura Prestaciones Médicas Oncológicas (CELL-IRAM y Clínicas en convenio)**

Se otorgará el beneficio a cada Asegurado.

### **Reembolso Gastos Funerarios por Grupo Familiar**

Se reembolsará a quien acredite haberse hecho cargo de los gastos médicos funerarios cuyo reembolso se solicita en que se haya incurrido a consecuencia del fallecimiento del asegurado, siempre que éste haya ocurrido durante la vigencia de la póliza.

## **Artículo N° 2.- Obligaciones Legales del Contratante**

---

El contratante debe informar a los asegurados u otro legítimo interesado sobre la contratación del seguro, sus condiciones o modificaciones.

El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

## **Artículo N° 3.- Coberturas**

---

### **I. Cobertura Oncológica**

La Compañía Aseguradora pagará por única vez, la suma asegurada señalada en estas Condiciones Particulares, sí, durante la vigencia del seguro y una vez transcurrido el período de carencia señalado en la presente póliza, al asegurado se le diagnostica clínicamente por primera vez un cáncer, según las definiciones, términos y condiciones establecidos en las Condiciones Generales.

### **II. Cobertura Prestaciones Médicas Oncológicas (Cell -Iram)**

1. Todas las prestaciones que sean necesarias para el análisis de un diagnóstico histológico comprobado de cáncer (biopsia), que hayan presentado los asegurados con el objeto que **CELL** confirme dicho diagnóstico.
2. En caso de confirmarse un tumor maligno, se prestará el tratamiento médico multidisciplinario que estos requieran, el cual incluye, entre otros: cirugía, radioterapia y/o quimioterapia; además, las consultas y procedimientos clínicos necesarios para la ejecución de dicho tratamiento.
3. La observación de la evolución del tratamiento, incluyendo las consultas y procedimientos clínicos necesarios.
4. Todo nuevo tratamiento oncológico indicado por **CELL** en cualquier oportunidad después del tratamiento inicial, incluyendo las prestaciones y servicios indicados en los puntos 2 y 3 precedentes.

**Especificación de las Prestaciones Médicas Oncológicas Cubiertas:**

Procedimientos diagnósticos	Sin costo	Exámenes de Laboratorio, Radiología, Tomografía Computarizada, Medicina Nuclear.
Consultas y Procedimientos Clínicas	Sin costo	Destinados a la ejecución del tratamiento y la observación de su evolución hasta un período de 6 meses después de concluido el tratamiento.
Tratamiento	Sin costo	Radioterapia y/o Quimioterapia incluidos los honorarios profesionales de médicos y paramédicos. Los Honorarios Médicos y Paramédicos por cirugías y hospitalizaciones:
Hospitalización	Sin costo	Días cama, Cirugías, Uso de Pabellones Quirúrgicos, UTI, UCI, procedimientos diagnósticos intrahospitalarios. Cell Iram proveerá las instalaciones que dispone en convenio con terceros.
Consultas Médicas Especializadas	Sin costo	Destinadas a controlar la evolución a largo plazo del paciente.
Nuevos Tratamientos	Sin costo	Todo nuevo tratamiento oncológico indicado después del inicial, se efectuará en las mismas condiciones ya mencionadas para un primer tratamiento.
Exámenes de diagnóstico precoz de cáncer, realizados en IRAM	Sin costo	Para mujeres desde los 35 años: Mamografía cad a año. Para hombres desde los 45 años: Examen de Antígeno prostático específico (PSA) anual.

**III. Reembolso Gastos Funerarios**

La aseguradora bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar los gastos funerarios cuyo reembolso se solicita a quien acredite haberse hecho cargo de estos a consecuencia del fallecimiento del asegurado, siempre que éste haya ocurrido durante la vigencia de la póliza.

**Definiciones:**

- Este seguro no considera continuidad de Cobertura.
- No cubre preexistencias.
- Este seguro opera en exceso del sistema de salud previsional de los asegurados.
- Los asegurados deben estar afiliados al sistema de salud previsional Isapre o FONASA B, C o D. Queda excluido el tramo A de Fonasa.
- Será obligación de los asegurados transferir a Cell todos los beneficios de atención de su sistema previsional de salud, sean estos a través de Isapre o Fonasa, para todas aquellas prestaciones relacionadas con su tratamiento y seguimiento oncológico.
- Ningún asegurado podrá solicitar exámenes de diagnóstico precoz alguna ante terceros que presten servicios con CELL, sin que se encuentre emitida la correspondiente orden de atención por parte de CELL, sin la cual, cualquier costo que se produzca será de cargo del asegurado.
- Los servicios de atención oncológica, deberán ser efectuados en las Clínicas en Convenio con CELL S.A., responsable de derivar a una institución limitada a recintos ubicados en Santiago de Chile. Para información de clínicas en convenio el asegurado podrá contactar directamente a Cell S.A. (IRAM)
- **Carencia:** 30 días contados desde la fecha de inicio de vigencia en la póliza, no estarán cubiertos los cánceres que su estudio, análisis o diagnóstico, se inicien en el periodo de carencia o se hayan iniciado antes de este periodo de carencia y no se cobrará prima por este periodo.
- La Cobertura de Reembolso de Gastos Funerarios no tiene carencia.

#### **Artículo N° 4.- Primas Mensuales**

---

La prima mensual de este seguro detallada en el cuadro siguiente, se expresará en UF

	Hasta 65 años		Entre 66 y 80 años					
	Individual	Grupo Familiar	Individual	Grupo Familiar				
Prima Neta Mensual (UF)	0,2370	0,4320	0,9380	2,0700				
<b>La Cobertura oncológica se encuentra afecta a IVA.</b>								
<b>Incluye Cobertura Cuota Mortuoria</b>								

- Es responsabilidad del Contratante el pago de prima correspondiente, en los plazos establecidos en estas Condiciones Particulares y Generales del seguro.
- El seguro permanecerá vigente mientras se encuentre al día el pago de las primas, por lo tanto, la Compañía Aseguradora suspenderá los beneficios del seguro, por no pago de la prima.
- Este seguro contará con renovación automática anual, en caso de no variación de la prima y/o nómina de asegurados.
- Los Asegurados mantendrán vigente el mismo tramo de prima correspondiente al tramo de edad de ingreso.

#### **Artículo N° 5.- Fecha de Pago**

---

La prima mensual de este seguro se pagará dentro de los 10 primeros días del mes siguiente de cobertura.

La cobranza de esta Póliza será Mensual Vencida.

El contratante se compromete a efectuar el pago de las primas desde el inicio de la vigencia del seguro. El atraso por parte del contratante en más de 30 días de la fecha pactada, determinará el término de la cobertura del seguro, respecto de los asegurados cuyas primas no se hubieren pagado. Por lo tanto no se indemnizarán los siniestros que ocurran después de los 30 días de gracia.

La responsabilidad que el asegurador asume por el presente contrato, sólo comienza en la fecha indicada para la vigencia de la presente póliza en estas Condiciones Particulares.

#### **Artículo N° 6.- Requisitos de Asegurabilidad**

---

Para los nuevos y futuros ingresos, las condiciones de asegurabilidad serán las siguientes:

1. Serán asegurables todos los empleados con contrato de trabajo vigente en la entidad contratante y que desempeñen activamente las funciones propias de sus cargos.
2. Los dependientes hijos podrán mantener cobertura en el Seguro Oncológico hasta los 24 años, siempre y cuando sean solteros y estudiantes a tiempo completo.
3. Todos los asegurables deberán completar el formulario de "**Declaración Personal de Salud**", dentro de los 30 días siguientes a la fecha que califican para ingresar a la póliza.
4. Los asegurados deben estar afiliados al sistema de salud previsional de salud Isapre o FONASA B, C o D.
5. Cualquier solicitante que no cumpla con los requisitos de asegurabilidad, podrá ser evaluado facultativamente por la Compañía, reservándose ésta, el derecho de aceptación o rechazo de la contratación.
6. No podrán contratar este seguro y ni los servicios de atención oncológica aquellos asegurados cuya historia clínica indique un diagnóstico o tratamiento oncológico previo a la fecha de inicio de vigencia en la póliza.

### **Artículo N° 7.- Exclusiones de Cobertura**

- **Exclusiones Cobertura Oncológico:** Las exclusiones de la cobertura de Oncológico son aquellas descritas en el artículo N° 4 de las Condiciones Generales (POL 3 2018 0005).
- **Exclusiones Cobertura Prestaciones Médicas Oncológicas,** Las exclusiones de la cobertura de Oncológico son aquellas descritas en el artículo N° 4 de las Condiciones Generales (POL 3 2018 0005).
- **Exclusiones Cobertura Cuota Mortuoria:** No aplican exclusiones para esta Cláusula Adicional (CAD 2 2014 0205).

Quedan expresamente excluidos del concepto de servicios de atención oncológica:

- Los tratamientos psiquiátricos y psicológicos.
- Los gastos por concepto de tratamientos o intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, reparadora y/o cirugía plástica.
- Los gastos por concepto de medicamentos ambulatorios, kinésicos o de rehabilitación.
- Los trasplantes, las prótesis, órtesis, la rehabilitación de efectos secundarios a su cáncer y/o tratamiento.
- Los tratamientos de patologías benignas asociadas, atención y/o hospitalización médica domiciliaria.
- Los traslados de pacientes desde y hacia cualquier destino.
- No se cubrirán, aquellos gastos originados por complicaciones y sus consecuencias, relacionadas con todas las exclusiones mencionadas.
- Enfermedades Preexistentes
- Quedarán igualmente excluidos de Cobertura las personas que hayan sido diagnosticadas con el virus H.I.V. (SIDA), así como del virus de Hepatitis B o C.

### **Artículo N° 8.- Pago de Beneficios**

#### **I. Oncológico**

##### **Evaluación de Siniestro**

El Asegurado o el Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora en el plazo máximo de (60) sesenta días, contado desde la fecha en que se le haya diagnosticado un cáncer que pueda ser motivo de indemnización, salvo fuerza mayor o caso fortuito, presentando los siguientes antecedentes:

1. Formulario declaración de siniestros Seguro Oncológico.
2. Fotocopia del Carnet de Identidad del Asegurado por ambos lados.
3. Informe médico tratante, con fecha de diagnóstico y de primeros síntomas.
4. Informe de biopsia confirmatoria del cáncer.
5. Detalle de prestaciones médicas emitida por Isapre o Fonasa de los último 5 años.

Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago y acceso a los beneficios que correspondan, la Compañía Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios para acreditarlo y verificar por medio de sus médicos o representantes la efectividad del primer diagnóstico del cáncer, para lo cual se deberán proporcionar los antecedentes que sean necesarios para evaluar la cobertura así como dar las facilidades para someterse a los exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos para efectuar esta evaluación serán de costo de la Compañía Aseguradora.

Durante el período de evaluación y hasta que proceda el pago y otorgamiento de los beneficios correspondientes por parte de la Compañía, el Contratante o el Asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima para mantener vigente la póliza o cobertura individual, según corresponda.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la compañía aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

## **II. Prestaciones Médicas Oncológicas**

### **Evaluación de Siniestro**

Los antecedentes necesarios para proceder a evaluar el siniestro son los siguientes:

1. Fotocopia del Carnet de Identidad del Asegurado por ambos lados.
2. Informe del médico tratante, con fecha de diagnóstico y primeros síntomas.
3. Informe de Biopsia confirmatoria del cáncer.
4. Detalle de prestaciones médicas emitida por Isapre o Fonasa de los últimos 5 años.

## **III. Cobertura Reembolso Gastos Funerarios por Grupo Familiar**

### **Evaluación de Siniestro**

En caso de siniestro el contratante deberá dar aviso por escrito, mediante carta dirigida a la Compañía.

Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto por parte de la aseguradora:

1. Certificado de Defunción del asegurado
2. Facturas o documentos que acrediten los gastos del funeral

Sin el cumplimiento de estos requisitos, la compañía aseguradora no estará obligada a efectuar el pago por concepto de esta cláusula adicional.

**Nota: Se incluye Anexo relativo a Procedimientos de Liquidación de Siniestros.**

### **Artículo N° 9.- Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados**

---

Con el objeto de mantener actualizada la nómina de asegurados que se encuentran cubiertos por el seguro, el Contratante es responsable de enviar a la Compañía Aseguradora, directamente, una carta escrita (en original) vía e-mail, antes del día 20 de cada mes, indicando las inclusiones, exclusiones o modificaciones de la nómina que se encuentre vigente.

En el caso de inclusión al seguro, el Contratante deberá enviar directamente o a través del Corredor, el formulario de "**Declaración Personal de Salud**", esta nueva inclusión podrá comenzar a regir desde el primer día del mes siguiente a la recepción del formulario de incorporación, a contar de la fecha de ingreso al Servicio de Bienestar o en su defecto a contar de la fecha de contrato del asegurado. Los asegurados que no fueron incorporados durante la vigencia de la póliza podrán ser incorporados a contar de la nueva vigencia, previa evaluación y aceptación por parte de la Compañía Aseguradora. Estos movimientos serán reflejados en la Liquidación de Primas que mensualmente se envía al Contratante.

Nota: Toda solicitud de incorporación recibida hasta el último día hábil de cada mes, tendrá como fecha de inicio de vigencia en el seguro, el día primero del mes subsiguiente, toda vez que existe carencia de 30 días, período en el cual no se devengará prima.

Para la exclusión, el Contratante deberá indicar el nombre completo y RUT de la persona excluida del seguro. Dicha exclusión comenzará a regir desde el primer día del mes siguiente a la recepción de la carta vía mail por parte de la Compañía Aseguradora, a contar de la fecha de finiquito o en su defecto contar de la fecha del último gasto presentado a la Compañía. En caso de la exclusión del titular, se entenderá excluido todo el grupo familiar asociado. Estos movimientos serán reflejados en la Liquidación de Primas que mensualmente se envía al Contratante. Se deja establecido, que aquellos asegurados que solicitaron voluntariamente su exclusión del seguro, no podrán volver a ser incorporados durante la vigencia actual de la póliza. En caso de solicitar su inclusión en una nueva vigencia, estos deberán incorporarse de la forma descrita en el párrafo anterior perdiendo toda continuidad de cobertura.

Nota: En aquellos casos en que el Contratante solicite un movimiento retroactivo, es decir incluir o excluir un asegurado con fecha anterior al mes en curso, La Compañía Aseguradora hará los respectivos movimientos solicitados siempre y cuando estos sean evaluados y aceptados por la Compañía Aseguradora, no obstante el cobro de las primas o la devolución de estas será efectuado en la próxima facturación, a través de la Liquidación mensual de primas más una Reliquidación mensual de primas.

#### **Exclusión de Asegurados por edad de permanencia:**

- a) Los asegurados que excedan la edad límite de permanencia durante la vigencia de la póliza, serán excluidos a contar de la fecha de renovación. En caso de que la póliza sea prorrogada, la exclusión será a contar del inicio de la prórroga.
- b) Los hijos que excedan la edad límite de permanencia durante la vigencia de la póliza, serán excluidos a contar de la fecha de renovación. En caso de que la póliza sea prorrogada, la exclusión será a contar del inicio de la prórroga.

#### **Artículo N° 10.- Vigencia**

---

La vigencia de este seguro será anual renovable y comenzará a regir a partir de las **00:00 hrs. del día 01 de Septiembre de 2020 hasta las 24:00 Hrs. del día 31 de Agosto 2021**. Se entenderá renovada automáticamente la póliza por un nuevo período de igual duración, si ninguna de las partes avisase a la otra de su decisión de no renovar con una anticipación de a lo menos 30 días, a la fecha de término de cada período mediante una carta certificada a la dirección de la otra parte involucrada.

No obstante, la compañía aseguradora se reserva el derecho de poner término si observa que el volumen de asegurados vigentes en ese instante es inferior al 90% del volumen suscrito al inicio de vigencia de la póliza.

Sin perjuicio de lo anterior, cualquier asegurado que contribuya al pago de la prima podrá manifestar su intención de renunciar al seguro en cualquier momento, comunicando lo anterior al Contratante, quien deberá informar a la Compañía en los términos establecidos en el artículo referente a la Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados.

#### **Artículo N° 11.- Condiciones Generales**

---

El seguro se rige por las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión Para el Mercado Financiero (CMF) bajo los siguientes códigos:

<b>Coberturas</b>	<b>Código CMF</b>
Oncológico	<b>POL 3 2018 0005</b>
Prestaciones Médicas Oncológicas	<b>POL 3 2018 0005</b>
Reembolso Gastos Funerarios	<b>CAD 2 2014 0205</b>

**Artículo N° 12.- Código de Autorregulación y Compendio de Buenas Prácticas**

MetLife Chile 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 cualquiera de las oficinas de MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y en [www.aach.cl](http://www.aach.cl).

Asimismo, MetLife Chile Seguros de Vida S.A. 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 MetLife Chile Seguros de Vida S.A. o a través de la página web [www.ddachile.cl](http://www.ddachile.cl).

**Artículo N° 13.- Servicio**

Para consultas en relación al seguro, usted como asegurado puede contactarse con nuestra Unidad de Servicio al Cliente al teléfono 600 390 3000, o bien acercarse a cualquier de nuestras sucursales a lo largo del país. Ingrese a [www.metlife.cl](http://www.metlife.cl) para más detalle sobre sucursales.



Patricio Molina Lamilla  
**Director de Operaciones y Servicio al Cliente  
Seguros de Vida S.A.**



Representante Legal  
**Sindicato Nacional N°2 De Empresa  
Bancoestado Centro De Servicios S.A.**



Santiago, Septiembre de 2020.-



**Póliza 340018351**

**Condiciones Particulares Seguro Oncológico**

**Sindicato Nacional N°2 De Empresa Bancoestado Centro De Servicios S.A.**



**Condiciones Especiales:**

- **Cobertura**

Al dejar el trabajador la empresa, por cualquier causa, podrá solicitar en un plazo de 30 días corridos, mantener continuidad de su cobertura mediante un seguro individual con pago PAC, cumpliendo las siguientes condiciones:

- Debe tener a lo menos un año vigencia ininterrumpida en la póliza colectiva de la empresa.
- Debe firmar mandato de Cargo en Cuenta Corriente o tarjeta de Crédito.
- Debe firmar propuesta de Seguro individual.

**ANEXO**

**INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

En virtud de 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 le 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, 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 1º, Santiago, o a través del sitio web [www.cmfchile.cl](http://www.cmfchile.cl).

## **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 parte de 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 el liquidador dentro del 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, el correo electrónico (informado en la denuncia de siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia del 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) PRÓRROGA 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 fundamente e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación en los 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 al 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.