

TÉRMINOS Y CONDICIONES

A. CONDICIONES PARTICULARES

Seguro Colectivo de Vida Digital Modular TENPO

PÓLIZA N° 33-0079025

CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE S. A. Considerando las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares descritas a continuación, todo lo cual se considera parte integrante de esta póliza y aceptada por ambas partes, se extiende la presente póliza de Seguro de Vida.

El presente seguro será comercializado a través de una plataforma digital, accediendo para ello con las claves identificatorias que TENPO le asignó para su correcta autenticación. La aceptación del asegurado deberá constar en TENPO y ésta se considerará parte integrante de la póliza.

Artículo N°01

Contratante

- TENPO TECHNOLOGIES SPA
Av. Apoquindo N°5950, piso 19, oficina 1901, Las Condes, Santiago
Rut: 77.005.409-5

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

Por la gestión de recaudación y cobranza, la compañía aseguradora pagará al contratante una comisión equivalente al 22,5% + IVA de la prima neta recaudada mensual.

Artículo N°02

Asegurador

- CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE S.A.
Av. Presidente Riesco 5435, Piso 7, Las Condes, Santiago
Rut: 99.588.060-1

Artículo N°03

Intermediario

- 123 CORREDORES DE SEGUROS SPA
Rut: 76.815.712-K

Por la gestión de intermediación, la compañía aseguradora pagará al corredor una comisión equivalente al 2,5% más IVA de la prima neta recaudada mensual.

Artículo N°04

Asegurados

- Personas naturales, clientes de TENPO TECHNOLOGIES SPA, que cumplan con los “requisitos de asegurabilidad” descritos en el artículo N°10 de estas condiciones particulares, que voluntariamente soliciten la contratación de este seguro y cuya nómina vigente ambas partes mantendrán en su poder.
 - **Aviso de Aplicabilidad de las normas de sanciones de los EE. UU.**

Chubb es una subsidiaria de una compañía estadounidense. Como resultado, Chubb está sujeto a ciertas leyes y regulaciones de los EE. UU., además de las restricciones de sanciones nacionales, de la UE y de la ONU, que pueden prohibirle proporcionar cobertura o pagar reclamaciones de siniestros a ciertas personas o entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con ciertos países como Irán, Siria, Corea del Norte, Región de Crimea y Cuba.

Artículo N°05

Beneficiarios

- Para la cobertura de Vida se entenderá por beneficiarios a todas aquellas personas naturales que el asegurado designe explícitamente en el formulario “Propuesta de Seguro Colectivo”. A falta de designación expresa, corresponderá a los herederos legales de acuerdo con lo señalado en el artículo N°11 de las Condiciones Generales depositadas en la CMF bajo el código POL220210069, Seguro Colectivo de Vida Temporal.

Artículo N°06

Coberturas

- **VIDA:** Esta póliza cubre el riesgo de fallecimiento de un asegurado, según lo señalado en el artículo N°2 de las Condiciones Generales depositadas en la CMF bajo el código POL220210069, Seguro Colectivo de Vida Temporal.
- **BENEFICIO ADICIONAL DE ASISTENCIA DE TELEMEDICINA: Para acceder al beneficio de Telemedicina pincha en este link <https://chubb.doctorasistencia.com/login>. Correo de consultas clientes tenpo@doctorasistencia.com**
Incluye
 1. Videoconsulta 24/7 Medicina General y Pediatría.
 2. Orientación sobre medicación.
 3. Envío de recetas no retenidas.
 4. Solicitud de exámenes complementarios.
 5. Acceso a historial clínico.
- **MUERTE ACCIDENTAL:** Esta póliza cubre el riesgo de fallecimiento de un asegurado a causa de un accidente, según lo señalado en el artículo N°2 de las Condiciones Generales depositadas en la CMF bajo el código CAD320210071, Cláusula de Muerte Accidental.
- **ENFERMEDADES GRAVES:** Esta póliza sobre el riesgo de enfermedad grave de un asegurado, en el evento de diagnosticársele al asegurado, por primera vez, que padece alguna de las enfermedades indicadas en el artículo N°1 de las Condiciones Generales depositadas en la CMF bajo el código CAD320210073, Cláusula de Enfermedades Graves.
- **RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:** Esta póliza paga un monto único en caso de que el asegurado esté hospitalizado por más de tres días, a consecuencia de enfermedad o accidente. Cubre una hospitalización por año de vigencia de la póliza, para cada asegurado. Este seguro se rige por lo señalado en el artículo N°2 de las Condiciones Generales depositadas en la CMF bajo el código POL320200057, Seguro de Hospitalización por accidente o enfermedad, alternativa c).
- **Al momento de la contratación del seguro, el asegurado deberá elegir como mínimo la cobertura de Vida y el beneficio adicional de Asistencia de Telemedicina, y deberá optar por**

uno de los tres planes de suma asegurada para dicha cobertura: UF 400, UF 800, UF 1200; denominaremos “plan base” al plan escogido. El resto de las coberturas será de elección opcional del asegurado al momento de la contratación y podrá elegir las o no, pero no cambiar la suma asegurada de las mismas, ya que guardan relación con las sumas aseguradas del plan base.

Por Errores y Omisiones: La Compañía cubrirá aquellos casos en que no se haya informado la incorporación de un asegurado, ya sea por inadvertencia o error por parte del Contratante, siempre que el asegurable cumpla con los requisitos médicos establecidos en la póliza respectiva.

Artículo N°07

Exclusiones

- **VIDA:** Rigen plenamente las exclusiones contempladas en el artículo N°4 del Condicionado General POL220210069.

“Este seguro no cubre el riesgo de muerte cuando el fallecimiento del asegurado sea efecto directo, ya sea total o parcialmente, de algunas de las siguientes situaciones:

- a) Suicidio. No obstante, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido un (1) año completo e ininterrumpido desde la fecha de incorporación del asegurado, desde su rehabilitación o desde el aumento de capital asegurado. En este último caso el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital asegurado.
- b) Pena de muerte o por participación del asegurado en cualquier acto delictivo.
- c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- d) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- e) Participación activa del Asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
- f) Participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- g) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.
- h) La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad. Dicha circunstancia deberá ser calificada por la autoridad competente en virtud de la ley vigente.
- i) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- j) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado, con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En el certificado de cobertura se establecerán las

restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.

Con todo, la declaración especial del asegurable no será necesaria en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por éstos.

k) Una infección oportunistica, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:

i. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de VIH, (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por VIH.

ii. Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por *Pneumocystis Carinii*, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Microbacteriana Diseminada.

iii. Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

De ocurrir el fallecimiento del Asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura para el caso en particular, y producirá el término del seguro para dicho Asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía Aseguradora. Conforme a lo anterior, y por su naturaleza, la póliza seguirá vigente para todos los efectos con respecto a los demás Asegurados.

l) Asimismo, la Compañía no proporcionará cobertura y no será responsable del pago de ninguna reclamación u otorgamiento de ningún beneficio, en la medida que el otorgamiento de dicha cobertura, el pago de dicha reclamación o la disposición de dicho beneficio exponga al asegurador a cualquier tipo de sanción o restricción que provenga de cualquier legislación o normativa sobre sanciones comerciales o económicas que le sean aplicables, incluidas sanciones o restricciones extraterritoriales que le sean aplicables.”

- **MUERTE ACCIDENTAL:** Rigen plenamente las exclusiones contempladas en el artículo N°4 del Condicionado General CAD320210071.

“La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura y no cubre el fallecimiento del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

a) Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por si mismo o por terceros con su consentimiento.

b) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

c) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.

d) La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad. Dicha circunstancia deberá ser calificada por la autoridad competente en virtud de la ley vigente.

e) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

f) Que el asegurado se encuentre bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

g) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

Asimismo, se entiende que rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las

Condiciones Generales del seguro principal de la póliza.”

- **ENFERMEDADES GRAVES:** Rigen plenamente las exclusiones contempladas en el artículo N°2 del Condicionado General CAD320210073.

“Esta cláusula adicional no cubre, en cada una de las siguientes enfermedades:

1. Cáncer
 - a) La leucemia crónica linfocítica.
 - b) Los cánceres no invasores in-situ.
 - c) Los cánceres a la piel, con excepción del melanoma maligno.
 - d) Los tumores en presencia de un virus de inmunodeficiencia adquirida, SIDA.

2. Enfermedad de las coronarias que requieren cirugía

- a) La aglioplastia de globo
- b) Otras técnicas que no requieren cirugía

3. Apoplejía cerebral

Los accidentes cerebro vasculares post traumáticos.

4. Además de lo anterior, la compañía aseguradora no pagará el monto contratado bajo esta cláusula adicional, si la enfermedad cubierta ha sido causa directa o indirecta de:

- 1) Lesión o padecimiento infringido a sí mismo intencionalmente
- 2) Uso o abuso intencional de drogas o alcohol
- 3) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA
- 4) Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva
- 5) Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos

- 6) Asimismo, la Compañía no proporcionará cobertura y no será responsable del pago de ninguna reclamación u otorgamiento de ningún beneficio, en la medida que el otorgamiento de dicha cobertura, el pago de dicha reclamación o la disposición de dicho beneficio exponga al asegurador a cualquier tipo de sanción o restricción que provenga de cualquier legislación o normativa sobre sanciones comerciales o económicas que le sean aplicables, incluidas sanciones o restricciones extraterritoriales que le sean aplicables.”

- **RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:** Rigen plenamente las exclusiones contempladas en el artículo N°4 del Condicionado General POL320200057.

“No habrá cobertura cuando la hospitalización se haya originado, sea consecuencia de:

- 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, así como tampoco ningún ejercicio o práctica 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 que puedan ser 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 auto infringidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente. Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que el asegurado haya estado privado totalmente de la razón lo cual deberá ser acreditado por los medios legales correspondientes.
- e) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- f) Intoxicación o encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
- g) Riesgos nucleares o atómicos.
- h) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive en la escala de Mercalli, determinado por el Servicio

Sismológico del Centro Sismológico Nacional o del servicio que en el futuro lo reemplace.

- i) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.
- j) La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad, conforme a los límites establecidos en la normativa vigente a la fecha del siniestro. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
- k) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- l) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, parto, aborto o la pérdida que resulte del mismo.
- m) Exámenes médicos de rutina. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente o necesario para el diagnóstico de una enfermedad.
- n) Tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos o cirugías que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por accidentes o enfermedades anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza. Tampoco se cubrirá la hospitalización a causa de cirugía plástica, estética, cosmética o reparadora y tratamientos secundarios a dichas cirugías.
- o) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- p) Una infección oportunística, o un neoplasma maligno, si al momento de la enfermedad el asegurado sufre del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:
 - i. "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H.
 - ii. Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.
 - iii. 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.
- q) Hospitalizaciones para prestaciones dentales, exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento o cirugía dental en general, como también todo tipo de cirugía maxilofacial.
- r) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes.”

Artículo N°08

Capital asegurado

- El capital asegurado se expresará en Unidades de Fomento (UF), de acuerdo con el plan base contratado y las coberturas opcionales escogidas por el asegurado:

Cobertura base	Plan base		
	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Vida + Asistencia Telemedicina	UF 400	UF 800	UF 1200
Coberturas opcionales			
Muerte Accidental	UF 400	UF 800	UF 1200
Enfermedades Graves	UF 120	UF 240	UF 360
Renta Diaria por Hospitalización*	UF 1	UF 1,5	UF 2

* capital asegurado diario por hasta 30 días de hospitalización por año de vigencia

Artículo N°09

Prima mensual

- La prima bruta mensual de este seguro dependerá de la edad que tenga el asegurado al momento del inicio de la póliza acorde al plan contratado, según la siguiente tabla. Además, la prima será ajustada de acuerdo con la edad del asegurado en cada renovación según la misma tabla.

Cobertura base (Vida)

	Prima Neta mensual (UF)		
Plan base	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Edad alcanzada	Capital asegurado: UF 400	Capital asegurado: UF 800	Capital asegurado: UF 1200
18 años a 40 años y 364 días	UF 0.17	UF 0.34	UF 0.51
41 años a 55 años y 364 días	UF 0.27	UF 0.54	UF 0.81
56 años a 69 años y 364 días	UF 0.61	UF 1.22	UF 1.83

	IVA Mensual (UF)		
Plan base	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Edad alcanzada	Capital asegurado: UF 400	Capital asegurado: UF 800	Capital asegurado: UF 1200
18 años a 40 años y 364 días	UF 0	UF 0	UF 0
41 años a 55 años y 364 días	UF 0	UF 0	UF 0
56 años a 69 años y 364 días	UF 0	UF 0	UF 0

	Prima bruta mensual (UF)		
Plan base	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Edad alcanzada	Capital asegurado: UF 400	Capital asegurado: UF 800	Capital asegurado: UF 1200
18 años a 40 años y 364 días	UF 0.17	UF 0.34	UF 0.51
41 años a 55 años y 364 días	UF 0.27	UF 0.54	UF 0.81
56 años a 69 años y 364 días	UF 0.61	UF 1.22	UF 1.83

Coberturas opcionales

Muerte Accidental

	Prima Neta Mensual (UF)		
Plan base	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Edad alcanzada	Capital asegurado: UF 400	Capital asegurado: UF 800	Capital asegurado: UF 1200
18 años a 40 años y 364 días	UF 0.03	UF 0.06	UF 0.09
41 años a 55 años y 364 días	UF 0.03	UF 0.06	UF 0.09
56 años a 69 años y 364 días	UF 0.03	UF 0.06	UF 0.09

	IVA Mensual (UF)		
Plan base	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Edad alcanzada	Capital asegurado: UF 400	Capital asegurado: UF 800	Capital asegurado: UF 1200
18 años a 40 años y 364 días	UF 0	UF 0	UF 0
41 años a 55 años y 364 días	UF 0	UF 0	UF 0
56 años a 69 años y 364 días	UF 0	UF 0	UF 0

	Prima bruta mensual (UF)		
Plan base	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Edad alcanzada	Capital asegurado: UF 400	Capital asegurado: UF 800	Capital asegurado: UF 1200
18 años a 40 años y 364 días	UF 0.03	UF 0.06	UF 0.09
41 años a 55 años y 364 días	UF 0.03	UF 0.06	UF 0.09
56 años a 69 años y 364 días	UF 0.03	UF 0.06	UF 0.09

Enfermedades Graves

	Prima Neta Mensual (UF)		
Plan base	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Edad alcanzada	Capital asegurado: UF 400	Capital asegurado: UF 800	Capital asegurado: UF 1200
18 años a 40 años y 364 días	UF 0.02	UF 0.04	UF 0.06
41 años a 55 años y 364 días	UF 0.04	UF 0.08	UF 0.11
56 años a 69 años y 364 días	UF 0.15	UF 0.29	UF 0.44

	IVA Mensual (UF)		
Plan base	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Edad alcanzada	Capital asegurado: UF 400	Capital asegurado: UF 800	Capital asegurado: UF 1200
18 años a 40 años y 364 días	UF 0.00	UF 0.01	UF 0.01
41 años a 55 años y 364 días	UF 0.01	UF 0.02	UF 0.03
56 años a 69 años y 364 días	UF 0.03	UF 0.07	UF 0.10

	Prima bruta mensual (UF)		
Plan base	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Edad alcanzada	Capital asegurado: UF 120	Capital asegurado: UF 240	Capital asegurado: UF 360
18 años a 40 años y 364 días	UF 0.02	UF 0.05	UF 0.07
41 años a 55 años y 364 días	UF 0.05	UF 0.10	UF 0.14
56 años a 69 años y 364 días	UF 0.18	UF 0.36	UF 0.54

Renta Diaria por Hospitalización

	Prima Neta Mensual (UF)		
Plan base	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Edad alcanzada	Capital asegurado: UF 400	Capital asegurado: UF 800	Capital asegurado: UF 1200
18 años a 40 años y 364 días	UF 0.03	UF 0.06	UF 0.09
41 años a 55 años y 364 días	UF 0.03	UF 0.06	UF 0.09
56 años a 69 años y 364 días	UF 0.03	UF 0.06	UF 0.09

	IVA Mensual(UF)		
Plan base	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Edad alcanzada	Capital asegurado: UF 400	Capital asegurado: UF 800	Capital asegurado: UF 1200
18 años a 40 años y 364 días	UF 0.01	UF 0.01	UF 0.02
41 años a 55 años y 364 días	UF 0.01	UF 0.01	UF 0.02
56 años a 69 años y 364 días	UF 0.01	UF 0.01	UF 0.02

	Prima bruta mensual (UF)		
Plan base	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Edad alcanzada	Capital asegurado: UF 1	Capital asegurado: UF 1,5	Capital asegurado: UF 2
18 años a 40 años y 364 días	UF 0.04	UF 0.07	UF 0.11
41 años a 55 años y 364 días	UF 0.04	UF 0.07	UF 0.11
56 años a 69 años y 364 días	UF 0.04	UF 0.07	UF 0.11

Las primas mensuales por las coberturas de Enfermedades Graves y Renta Diaria por Hospitalización tienen IVA.

El medio de pago serán las tarjetas emitidas por Tenpo Prepago S.A., según haya elegido el Asegurado como medio de pago. Para estos efectos, el Asegurado deberá suscribir el correspondiente mandato de cargo, en favor de Tenpo, en calidad de Mandatario, al momento de la contratación.

La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante el cargo o descuento convenido.

Si el Asegurado incurre en mora en el pago de la prima por más de 90 días, la Compañía tendrá la facultad de terminar la cobertura individual del Asegurado moroso por no pago de prima, según lo indicado en el condicionado general.

Antes de cada renovación anual de esta póliza, la compañía aseguradora podrá establecer nuevas primas para el siguiente periodo. Para tal efecto, la compañía aseguradora comunicará al asegurado con anticipación a la fecha de renovación, las nuevas condiciones de cobertura y el nuevo monto de las primas que deberán ser pagadas hasta el vencimiento del nuevo periodo anual, lo que deberá ser aceptado por el contratante.

Pago de Facturas

El pago de las facturas debe ser efectuado vía transferencia electrónica y enviar a la compañía el comprobante de depósito a la casilla pagos.bau.chile@chubb.com

El depósito deberá ser realizado a la siguiente cuenta:

CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE S.A.
99.588.060-1
CTA CTE 52906-00
BANCO CHILE

Artículo N°10

Requisitos de asegurabilidad

- Edad mínima de ingreso: 18 años.
Edad máxima de ingreso: 65 años y 364 días.
Edad máxima de permanencia: 69 años y 364 días.

Planes	Requisitos
1, 2 y 3	Declaración Personal de Salud (DPS) simple

Los asegurados que deseen incorporarse a la póliza deben completar una Declaración Personal de Salud Simple y una vez aceptada por la Compañía se dará inicio a la póliza. El Asegurador se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes en aquellos casos que estime necesario y conveniente.

Artículo N°11

Resolución de contrato por no pago de prima

- La Compañía podrá en el evento de mora o simple retardo en el pago de todo o parte de la prima, terminar el contrato, previo envío de comunicación al Asegurado y al Contratante. El envío de la comunicación se realizará a la dirección de correo electrónico (debiendo contar para ello con la autorización del asegurado para efectuar notificaciones por esta vía) o mediante carta dirigida a la dirección del asegurado.

La resolución del contrato operará al vencimiento del plazo de quince días corridos, contados desde la fecha de envío de la comunicación, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo, sea pagada toda la parte de la prima, que estén atrasadas, para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de quince días recién señalado recayera en día sábado, domingo o festivo, se entenderá para el primer día hábil inmediatamente siguiente.

Producida la terminación, la responsabilidad de la Compañía por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Artículo N°12

Siniestro

- Para la cobertura de **Vida**, se considerará siniestro el fallecimiento del asegurado, según Condiciones Generales depositadas en la CMF bajo el código POL220210069, Seguro Colectivo de Vida Temporal.

Para la presentación de un siniestro la compañía requerirá la presentación de los siguientes documentos:

- Certificado de defunción con causa de fallecimiento.
- Parte Policial en caso de muerte accidental.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes cuando estime necesario y conveniente.

El plazo para dar aviso de un siniestro por parte de los beneficiarios queda definido por el artículo 822 del Código de Comercio (cuatro años), el cual se contará desde que conocen la existencia de su derecho. Sin perjuicio de lo anterior, los beneficiarios deberán dar aviso de la ocurrencia de un siniestro tan pronto sea posible.

- Para la cobertura de **Muerte Accidental**, se considerará siniestro si el fallecimiento del asegurado se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura, según Condiciones Generales depositadas en la CMF bajo el código CAD320210071, Cláusula de Muerte Accidental.

Para la presentación de un siniestro la compañía requerirá la presentación de los siguientes documentos:

- Certificado de defunción con causa de fallecimiento.
- Parte Policial.
- Protocolo de Autopsia.
- Resultado de Alcoholemia.
- Resultado Toxicológico.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes cuando estime necesario y conveniente.

El plazo para dar aviso de un siniestro por parte de los beneficiarios queda definido por el artículo 822 del Código de Comercio (cuatro años), el cual se contará desde que conocen la existencia de su derecho. Sin perjuicio de lo anterior, los beneficiarios deberán dar aviso de la ocurrencia de un siniestro tan pronto sea posible.

- Para la cobertura de **Enfermedades Graves**, se considerará siniestro en el evento de diagnosticársele al asegurado, por primera vez, que padece alguna de las enfermedades indicadas en el artículo N°1 de las Condiciones Generales depositadas en la CMF bajo el código CAD320210073, Cláusula de Enfermedades Graves.

Para la presentación de un siniestro la compañía requerirá la presentación de los siguientes documentos:

- Certificado Médico con historial de la enfermedad con timbre del centro hospitalario, que indique a lo menos el diagnóstico, la fecha en que se le diagnosticó la enfermedad y detalle de la historia médica que le causó la enfermedad.
- Exámenes médicos realizados.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes cuando estime necesario y conveniente.

El plazo para dar aviso de un siniestro es de 180 días a contar de la fecha en que se le haya sometido a intervención quirúrgica o diagnosticado alguna enfermedad de aquellas cubiertas y que puedan ser motivo de indemnización.

- Para la cobertura de **Renta Diaria por Hospitalización**, se considerará siniestro cuando el asegurado por accidente o enfermedad ingrese a un centro hospitalario, y el ingreso es determinado por un programa médico y todos los antecedentes que la Compañía solicite, según Condiciones Generales depositadas en la CMF bajo el código POL320200057, Seguro de Hospitalización por accidente o enfermedad, alternativa c).

Para la presentación de un siniestro la compañía requerirá la presentación de los siguientes documentos:

- Certificado de egreso hospitalario, que certifique el número de días efectivos, continuos e ininterrumpidos que el asegurado estuvo hospitalizado.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes cuando estime necesario y conveniente.

El plazo para dar aviso de un siniestro es de 60 días a contar del día del alta médica.

- El interesado o reclamante deberá denunciar el siniestro en el siguiente link: <https://www.chubb.com/cl-es/siniestros/reporta-un-siniestro.html>, o comunicarse con la compañía, a través del correo electrónico chile.siniestros@chubb.com. Para comunicarse con la corredora 123 Seguro deberá realizarlo al número de contacto 800 914 106 o a través del correo electrónico clientes.chile@123seguro.com.

La Compañía, una vez recibidos los antecedentes del siniestro, en un plazo de 10 días hábiles formulará las observaciones o solicitará antecedentes adicionales si corresponde.

El beneficio se pagará dentro de los 6 (seis) días hábiles siguientes, después de haber recibido, a su entera satisfacción, los antecedentes requeridos, en las oficinas del Asegurador.

Si con posterioridad al fallecimiento alguien siguiere pagando las primas del seguro, la compañía deberá restituir al beneficiario lo pagado en exceso, en la misma unidad de valor en que está denominado el capital asegurado.

Tanto las indemnizaciones como las devoluciones se expresarán en la misma unidad de valor en que está denominado el capital asegurado en la póliza.

Artículo N°13

Inclusión, exclusión y modificación de asegurados

- Para mantener actualizada la nómina de asegurados cubiertos, el Contratante enviará al Asegurador mediante medio magnético, las solicitudes de inclusión, exclusión de asegurados o modificación de las características de los asegurados, en una fecha de común acuerdo.

Para la inclusión de nuevos asegurados se debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad. Para estos nuevos asegurados el Contratante deberá enviar en medio magnético información de los asegurados a definir entre las partes.

Para la exclusión de asegurados, el Contratante deberá enviar en medio magnético la información de los asegurados a definir entre las partes.

Para la modificación de las características de un asegurado, el Contratante deberá enviar en medio magnético la siguiente información:

- Rut del Asegurable (persona natural)
- Dígito verificador (persona natural)
- Nombre completo
- Año de nacimiento
- Mes de nacimiento
- Día de nacimiento
- Sexo
- Correo electrónico (opcional)
- Dirección particular
- Comuna
- Ciudad
- Tasa mensual según edad y plan
- N° del contrato

Artículo N°14

Vigencia de la póliza colectiva

- El presente contrato regirá a partir de las 0:00 horas del día 01 de octubre de 2023 y durará hasta las 24 horas del día 30 de septiembre de 2024.

Al término de este periodo, este será renovado en forma automática por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno, si ninguna de las partes notifica por escrito a la otra, su decisión contraria al término de la vigencia de la Póliza. En caso de un término anticipado del contrato, la compañía o el contratante deberán informar por escrito a la otra parte a menos con 60 días antes de hacer efectivo su término.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, la Compañía Aseguradora cubrirá los riesgos de los seguros vigentes hasta la fecha de término de vigencia de esta póliza y esta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con fecha posterior a esta póliza.

Artículo N°15

Vigencia de la póliza individual

- Para aquellas personas que cumplan con las Condiciones de Asegurabilidad, y que se incorporen a este seguro, el periodo de cobertura al Asegurado es mensual y comenzará en forma automática desde la suscripción del seguro, manteniéndose vigente mientras se cumpla con los requisitos de asegurabilidad, se pague la prima, y se encuentre vigente la póliza colectiva.

Artículo N°16

Terminación anticipada

- El Asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato, en los términos dispuestos en el artículo 537 del Código de Comercio. La Compañía deberá expresar en la respectiva comunicación enviada al Contratante o Tomador y a los asegurados, según el caso, las causas que motiven o justifiquen el término del seguro. Además de las causales legales de término anticipado, y sólo a modo ejemplar, y sin que la siguiente enunciación sea considerada como taxativa o excluyente de otras causales, la compañía podrá poner término anticipado a este seguro en razón de cambios en las políticas de suscripción de la compañía respecto del riesgo cubierto. La terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación al Contratante o Tomador.

Producida la terminación del contrato, la prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, y el Asegurador deberá poner el importe de prima no devengada, a disposición del quien corresponda, de inmediato. No se procederá a la restitución de prima, en caso de haber ocurrido un siniestro.

Artículo N°17

Designación y cambio de beneficiario

- Los beneficiarios podrán ser designados por el Contratante en las Condiciones Particulares de esta póliza, a falta de designación los beneficiarios serán sus herederos legales en partes iguales según posesión efectiva, y con derecho a acrecer entre ellos. El Contratante podrá modificar su designación de beneficiario cuando lo estime conveniente, debiendo dar aviso escrito a la Compañía.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer entre ellos, salvo mención en contrario.

El Contratante podrá modificar su designación de beneficiario por escrito cuando lo estime conveniente, lo que siempre deberá verificarse mediante la emisión del respectivo endoso.

Artículo N°18

Reajustabilidad

- El valor de las primas como el de las indemnizaciones se expresará en Unidad de Fomento (UF) de acuerdo con el equivalente en pesos (\$) que tenga dicha unidad monetaria al día de pago efectivo de cada obligación.

Artículo N°19

Domicilio

- Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.

Artículo N°20

Condiciones generales

- El presente contrato se encuentra regulado por las Condiciones Generales depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo los códigos:
 - **VIDA:** POL220210069, Seguro Colectivo de Vida Temporal.
 - **MUERTE ACCIDENTAL:** CAD320210071, Cláusula de Muerte Accidental.
 - **ENFERMEDADES GRAVES:** CAD320210073, Cláusula de Enfermedades Graves.
 - **RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:** POL320200057, Seguro de Hospitalización por accidente o enfermedad, alternativa c).

Artículo N°21

Comunicaciones

- Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar el asegurador al asegurado con motivo de la póliza, deberá efectuarse enviando la comunicación a la dirección de correo electrónico que haya indicado el asegurado al momento de la contratación del seguro, habiendo otorgado expresa autorización al efecto

En caso de desconocerse su correo electrónico o de no contar con la autorización requerida, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta dirigida al domicilio del contratante o el asegurado según sea el caso.

Será obligación del asegurado el notificar a la compañía de seguros cualquier cambio en la información respecto al medio de comunicación acordado.

Notas

Chubb Seguros de Vida Chile 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 asegurados. 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 Chubb Seguros de Vida Chile S.A. y en www.aach.cl. Asimismo, ha aceptado la intervención del defensor del asegurado cuando los asegurados le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los asegurados pueden presentar sus reclamos ante el defensor del asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de la compañía Chubb Seguros de Vida Chile S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.

Artículo N°22
Sello Sernac

- Este documento no cuenta con sello Sernac, conforme al artículo 55 de la ley N°19.496.

Artículo N°23
Servicio de atención al cliente

- En caso de consultas o reclamos, el asegurado podrá comunicarse al teléfono de Atención al Cliente de Chubb Seguros Chile al 800 800 068 en horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 18:30 horas o escribiendo al e-mail clientes.chile@chubb.com

Artículo N°24
Interés asegurable

- Es aquel que tiene el asegurado en la no ocurrencia del siniestro.

Artículo N°25
Retracto

- El asegurado podrá retractarse de la contratación del presente seguro sin necesidad de expresión de causa, dentro del plazo de treinta y cinco (35) días corridos contados desde la fecha en que el asegurado firme la solicitud de incorporación al seguro. Para estos efectos, deberá expresar su voluntad de retractarse a través de comunicación escrita dirigida a la compañía aseguradora o a través del mismo medio en que contrató el seguro. Si el asegurado se retracta dentro de los 10 primeros días, se le devolverá el 100% de la prima pagada; luego de estos 10 días, el monto a devolver será proporcional al tiempo de cobertura que queda por transcurrir.

Artículo N°26
Información sobre presentación de consultas y reclamos

- En virtud de la Circular N°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 atiendan 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.

NOTA: Se incluye anexo relativo a liquidación de siniestros.

ANEXO N°1

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS CIRCULAR 2106

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 DEL DENUNCIO, 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 DENUNCIO; B) SINIESTROS MARÍTIMOS QUE AFECTEN A LOS CASCOS O EN CASO DE AVERÍA GRUESA: 180 DÍAS CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO;

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 FUNDAMENTEN E INDICANDO LAS GESTIONES CONCRETAS Y ESPECÍFICAS QUE SE REALIZARÁN, LO QUE DEBERÁ COMUNICARSE AL ASEGURADO Y A LA SUPERINTENDENCIA, 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 A 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.

B. Mandato para Pago

Confiero mandato a Tenpo Payments S.A., y/o a Tenpo Technologies SpA., para que, por intermedio de sus representantes, y actuando individual e indistintamente, realice en mi nombre todos los cargos y retiros de fondos que sean necesarios al efecto, sea desde mi tarjeta de crédito y/o cuenta de pago con provisión de fondos (si es que existiera) de las que soy titular en Tenpo Payments S.A., para efectuar el pago de la prima del seguro contratado con Chubb Seguros Chile S.A. ("Compañía") y sus respectivas renovaciones, de conformidad a lo establecido en estas condiciones particulares. En cumplimiento de lo anterior, Tenpo Payments S.A. y/o Tenpo Technologies SpA podrá transferir dichos fondos a, y recibirlos en, sus propias cuentas, para luego pagarlos a la Compañía. Sin perjuicio de lo anterior, Tenpo Payments S.A. y/o Tenpo Technologies SpA deberá transferir efectivamente los fondos a la Compañía, de modo de pagar la correspondiente prima en mi representación, según los plazos acordados entre las partes. El mandato detallado previamente será ejecutado, primariamente, en el medio de pago que yo hubiere escogido al momento de la contratación del seguro contratado. En el evento que por cualquier causa, los mandantes no pudieren efectuar los cargos correspondientes en dicho medio de pago, autorizo a estos para que se encuentren facultado a proceder al cobro en cualquier otro producto en el que se encuentren fondos o cupos disponibles para efectuar dicho pago.

La Compañía enviará periódicamente la información de cobro correspondiente. El presente mandato será gratuito y tendrá duración indefinida. Además, el mandato otorgado en este instrumento se entenderá revocado por haberse producido el término de la póliza contratada.

C. Autorización de Tratamiento de Datos

Autorizo a TENPO PAYMENTS S.A., TENPO TECHNOLOGIES SPA., 123 CORREDORES DE SEGUROS SPA Y A CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE S.A (LAS SOCIEDADES), por sí o través de terceros, a recopilar y tratar los datos personales que he ingresado voluntariamente en esta plataforma, facultad que se extiende expresamente a sus sociedades relacionadas y a los proveedores contratados para la prestación de los servicios de asistencia establecidos en la póliza (en caso que fuere aplicable). las sociedades mencionadas serán siempre responsables del debido cuidado de la información. por este acto y según lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada y sus modificaciones, doy mi consentimiento y autorización expresa para que las sociedades puedan proceder a la transmisión o transferencia de todos o parte de los datos personales e información que declaro haber entregado voluntariamente a su disposición, a cualesquiera terceros prestadores de servicios que estuvieren ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de poder hacer efectivo el (los) beneficio (s) que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efectos de almacenamiento de la información. la información podrá ser usada para: (i) Evaluar esta solicitud de incorporación 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 y reclamos; (iv) Enviar comunicaciones publicitarias, ofertas y promociones, ya sea a través de correo electrónico o teléfono que dispuse; (v) Evaluar y mejorar los productos y servicios de Chubb Seguros, a través de desarrollos asociados a seguros, análisis de datos y estudios analíticos; (vi) Realizar operaciones propias del negocio de Chubb Seguros, tales como: contabilidad, administración, cumplimiento, monitoreo de riesgo y técnico, auditorías, facturación, cobros o para el otorgamiento de los servicios de asistencia señalados en la póliza; y (vii) Dar cumplimiento a las obligaciones legales de Chubb Seguros. únicamente para los propósitos indicados, autorizo a Chubb Seguros para que pueda comunicar mis datos personales a sus proveedores y terceros colaboradores, dentro o fuera del país, como, por ejemplo: corredores de seguros, liquidadores, intermediadores, proveedores de asistencias y socios comerciales. mis derechos: declaro conocer que mis derechos como titular de datos los puedo hacer efectivos de manera gratuita comunicándome al número telefónico de atención de clientes de Chubb Seguros indicado en esta solicitud de incorporación.