

## POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS

### DATOS DE LA PÓLIZA

Número de Póliza : **10025**  
RUT Contratante : 65.118.035-K  
Nombre Contratante : Asociación de Municipalidades para la Seguridad Ciudadana de la  
: Zona Oriente.  
Fecha De Vigencia : Desde 01 de Octubre 2022 hasta 30 de Septiembre 2023.

En consideración a las Condiciones Generales que se indican en este contrato y las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, todo lo cual se considera parte integrante de este contrato y es aceptado por ambas partes, se extiende la presente póliza.

En caso de no existir reparo alguno a los términos contenidos dentro de los 30 días hábiles siguientes a la fecha de recibido, queda entendido que su contenido es aceptado y conocido por ambas partes.



Gerente Operaciones  
Compañía de Seguros de Vida  
Consortio Nacional de Seguros S.A.



Asociación de Municipalidades para  
la Seguridad Ciudadana de la Zona  
Oriente  
(Firma Contratante)

Santiago, 12 de octubre de 2022.

**POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS  
CONDICIONES PARTICULARES**

Compañía de Seguros Vida Consorcio Nacional De Seguros, considerando los antecedentes entregados por la Empresa Contratante emite las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales se consideran parte integrante del presente contrato.

**Datos generales de la Póliza**

<b>Contratante</b>	:	Asociación de Municipalidades para la Seguridad Ciudadana de la Zona Oriente
<b>Rut</b>	:	65.118.035-K
<b>Dirección Contratante</b>	:	Las Condes N°14891, Lo Barnechea, Santiago
<b>Filial 1</b>	:	Asociación de Municipalidades para la Seguridad Ciudadana de la Zona Oriente.
<b>Rut</b>	:	65.118.035-K
<b>Dirección</b>	:	Las Condes N°14891, Lo Barnechea, Santiago
<b>Grupo Empresarial</b>	:	Proseguridad
<b>Vigencia</b>	:	Desde 01 de Octubre 2022 Hasta 30 de Septiembre 2023
<b>Modalidad pago de prima</b>	:	Mensual
<b>Tipo de Facturación</b>	:	Por Cobrar
<b>Tipo de Cobranza</b>	:	Vencida
<b>Ámbito Territorial</b>	:	República de Chile
<b>Intermediario</b>	:	Corredora de Seguros y Asesorías Rondanelli SPA
<b>Rut Intermediario</b>	:	76.182.563-1
<b>Comisión</b>	:	10,00% de la prima neta
<b>Dirección de la Compañía</b>	:	El Bosque Sur N° 180, Las Condes, Santiago.
<b>Financiamiento de la Prima</b>	:	100% Empresa Contratante

**Cobertura(s) Contratada(s) por Asegurado:**
**Grupo 1 Plan General**

Cobertura	Condiciones Generales que Rigen la Cobertura	Asegurados con Cobertura
Fallecimiento	: POL220130974	Titular- Cónyuge
Muerte Accidental	: CAD220131587	Titular
Invalidez Accidental	: CAD220131581	Titular –Hijo
Invalidez Total y Permanente 2/3	: CAD220131583	Titular

**Grupo 2 Plan Especial Mayores de 65 años**

Cobertura	Condiciones Generales que Rigen la Cobertura	Asegurados con Cobertura
Fallecimiento	: POL220130974	Titular -Cónyuge
Invalidez Accidental	: CAD220131581	Hijo

**I. CONDICIONES ESPECIALES CONTEMPLADAS EN LA POLIZA**

Descripciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se cubren Preexistencias relacionadas, consecuencias y/o derivaciones de las mismas por enfermedades conocidas con anterioridad a la vigencia del asegurado en el seguro, se cubren entonces, patologías desarrolladas durante la permanencia del asegurado en el seguro.</li> <li>• Cualquier cambio en la actividad de los asegurados, capitales o condiciones vigentes, se evaluará nuevamente el riesgo.</li> <li>• Cualquier incremento de Capital, debe suscribirse de acuerdo a tabla de exigencias médicas.</li> <li>• Los nuevos asegurados deben suscribirse según tabla de exigencias médicas</li> <li>• Los asegurados y/o cargas que cumplan la edad máxima de permanencia serán excluidas en cada renovación.</li> <li>• Se otorga los siguientes beneficios y/o convenios               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clave Asegurados</li> <li>✓ Convenio Afinidad Clínica Odontológica Padre Mariano</li> <li>✓ Convenio Afinidad Clínica Uno Salud Dental</li> <li>✓ Convenio Afinidad Centro de Especialidades Odontológicas del Inca – CEOI</li> <li>✓ Convenio Afinidad Ópticas GMO y ECONOPTICAS</li> <li>✓ Convenio Afinidad Clínica Odontológica Andes (Concepción)</li> <li>✓ Convenio Afinidad Clínica Ortodontik</li> </ul> </li> </ul>

## II. MODIFICA CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO COBERTURAS DE VIDA

Se deja constancia, que se aplicarán las siguientes modificaciones al Condicionado General POL220130974 Seguro Vida Colectivo Temporal.

### ARTÍCULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

En virtud de este seguro de vida, la Compañía de Seguros Consorcio Nacional de Seguros de Vida pagará a los Beneficiarios la indemnización que corresponda si el fallecimiento del Asegurado ocurre durante la vigencia de la póliza y por causa no excluida. Si el Asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de la póliza no tendrá derecho a indemnización alguna, de acuerdo a las coberturas detalladas a continuación:

#### Capital por Cobertura:

##### Grupo 1 Plan General

Coberturas Vida	Capital Fijo en UF	Requisito de Asegurabilidad Edades máximas (*)	
		Ingreso	Permanencia
Fallecimiento Titular	750	64 años y 364 días	Al cumplir 70 años
Fallecimiento Cónyuge	250	64 años y 364 días	Al cumplir 70 años
Muerte Accidental Titular	750	63 años y 364 días	Al cumplir 70 años
Invalidez Accidental Titular	750	63 años y 364 días	Al cumplir 70 años
Invalidez Accidental Hijo	125	0 años	Al cumplir 24 años
Invalidez Total y Permanente 2/3	750	63 años y 364 días	Al cumplir 65 años

(\*) Las edades máximas de ingreso y permanencia de los asegurados en la póliza para estar protegidos por esta (s) cobertura (s)

##### Grupo 2 Plan Especial Mayores de 65 años

Coberturas Vida	Capital Fijo en UF	Requisito de Asegurabilidad Edades máximas (*)	
		Ingreso	Permanencia
Fallecimiento Titular	100	65 años y 364 días	Evaluado en cada renovación
Fallecimiento Cónyuge	80	65 años y 364 días	Evaluado en cada renovación
Invalidez Accidental Hijo	40	0 años	Al cumplir 24 años

(\*) Las edades máximas de ingreso y permanencia de los asegurados en la póliza para estar protegidos por esta (s) cobertura (s)

Los asegurados y cargas que cumplan la edad límite de permanencia en las coberturas contratadas, serán excluidos al término de vigencia de esta póliza, a excepción de asegurados indicados en las Condiciones Especiales de la póliza según acuerdo comercial.

**Tasa por Cobertura:**

**Grupo 1 Plan General**

<b>Detalle Coberturas</b>	<b>Tasa Anual Neta</b>	<b>Afecta IVA Anual</b>	<b>Tasa Bruta Anual</b>
Fallecimiento Con Protec Familiar	2.0024	-	2.0024
Muerte Accidental	0.3912	-	0.3912
Invalidez Accidental con Protec Familiar	0.2277	0.0433	0.2710
Invalidez Total y Permanente 2/3	0.4635	0.0881	0.5516

(\*) La prima será calculada como el resultado del capital asegurado por la tasa y redondeada a cuatro decimales

**Grupo 2 Plan Especial**

<b>Detalle Coberturas</b>	<b>Tasa Anual Neta</b>	<b>Afecta IVA Anual</b>	<b>Tasa Bruta Anual</b>
Fallecimiento Con Protec Familiar	2.0024	-	2.0024
Invalidez Accidental con Protec Familiar	0.2277	0.0433	0.2710

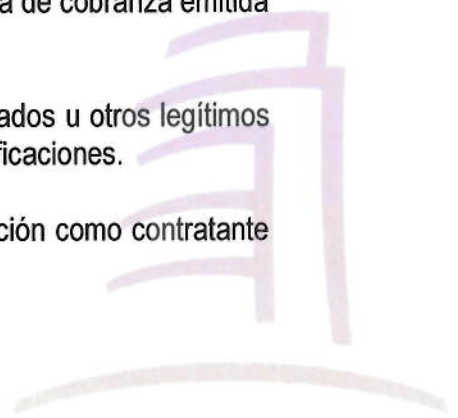
(\*) La prima será calculada como el resultado del capital asegurado por la tasa y redondeada a cuatro decimales

**ARTÍCULO 3: ASEGURADOS**

Son asegurados de esta póliza los colaboradores de la empresa contratante individualizada anteriormente y que hayan sido debidamente incorporados en la nómina de cobranza emitida por la Compañía.

Será deber del Contratante del seguro colectivo informar a los asegurados u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

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



**Capital asegurado**

El Capital Asegurado y el monto de la Prima se expresarán en unidades de fomento.

**ARTÍCULO 4: INCORPORACIÓN Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL****Inclusión y exclusión de asegurados:**

Podrán incorporarse a la póliza hasta el día 10 de cada mes, los nuevos trabajadores, durante la vigencia de la misma, suscribiendo el formulario de Incorporación Seguro Colectivo y con notificación expresa del contratante, en cuyo caso la vigencia corresponderá a la indicada por el Contratante siempre y cuando esta no sea superior a 60 días; en caso de que no se indique fecha inicio esta será la fecha de timbre de recepción en la Compañía.

Podrán excluirse asegurados hasta el día 10 de cada mes, con notificación expresa del contratante (carta), en cuyo caso la vigencia corresponderá a la indicada por el Contratante siempre y cuando esta no sea superior a 60 días; en caso de que no se indique fecha inicio esta será la fecha de timbre de recepción en la Compañía

Las incorporaciones y exclusiones informadas posteriores al día 10 de cada mes, serán efectivas en la siguiente cobranza.

Los Formularios de Incorporación (Sic) deberán ser enviados a la siguiente dirección Av. Américo Vespucio N° 100, Piso 6, Las Condes.

Los Documentos SISC y DPS, tienen una validez de 30 días a contar de la fecha de emisión, transcurrido este periodo, deberá presentar nuevamente los documentos solicitados.

Las Exclusiones y Actualizaciones de asegurados (capitales, etc.) enviarlos por correo electrónico al mail [colectivos@consorcio.cl](mailto:colectivos@consorcio.cl), los cuales serán procesados de acuerdo a lo indicado en los párrafos anteriores. Para las actualizaciones de capitales se solicita indicar en el asunto lo siguientes: "SOLICITA ACTUALIZACIÓN DE CAPITALS, "NOMBRE CONTRATANTE y N° de POLIZA".



La siguiente tabla indica las exigencias médicas que deben ser presentadas al momento de la incorporación de un asegurable. Las exigencias médicas serán solicitadas según edad del asegurable y capital solicitado a través de correo electrónico, en donde se detallará el laboratorio en convenio que ofrece la Compañía para realizarse los exámenes médicos.

Rango de Capital	Rango de Edad	
	18 – 57 años y 364 días	58 – 64 años y 364 días
Hasta UF 3,000	SISC	SISC
UF 3,001 – 8,000	DPS + SISC	DPS + OC + PB + SISC
UF 8,001 – 13,000	CEM + OC + HIV + PB + SISC	CEM + OC + HIV + PB + ECG + SISC
UF 13,001 – 30,000	CEM + OC + ECG + HIV + PB + PL + SISC	CEM + OC + ECG + HIV + PB + PL + SISC
UF 30,001 Y MÁS	REASEGURO FACULTATIVO <sup>1</sup> + SISC	REASEGURO FACULTATIVO <sup>1</sup> + SISC



Descripción de los Exámenes Médicos:

DPS: Declaración Personal de Salud

OC: Orina Completa

PB: Perfil Bioquímico

ECG: Electrocardiograma

CEM: Examen Médico

PL: Perfil Lipídico

SISC: Solicitud de Incorporación Seguros Colectivos

HIV: Virus Inmunodeficiencia Humana

En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo sobre sus vidas desde la vigencia señalada en los párrafos anteriores.

### **ARTÍCULO 5: CARENCIA**

Está póliza no considera carencias.

### **ARTÍCULO 6: MODIFICACION DEL CAPITAL ASEGURADO**

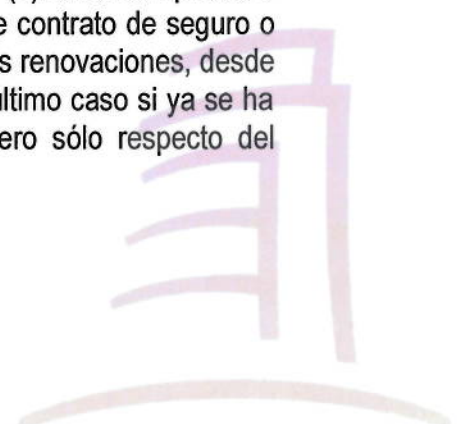
Las exigencias médicas que deben ser presentadas al momento de solicitar aumento de capital independiente si los asegurados son o no con continuidad de cobertura, son las que se detallan en el séptimo párrafo del artículo 4.

Las fechas de vigencias de solicitudes de actualización de capital son ídem a las descritas en el **ARTÍCULO 4** (Inclusión y exclusión de asegurado).

En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo el aumento sobre sus vidas desde el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la compañía de seguros.

### **ARTÍCULO 7: EXCLUSIONES**

Se modifica letra a) Suicidio o muerte producida a consecuencia de lesiones auto inferidas. No obstante, respecto de la cobertura que otorga este contrato de seguro, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido un (1) años completos e ininterrumpidos desde: la fecha de incorporación del asegurado a este contrato de seguro o de haber estado vigente este contrato de seguro producto de sucesivas renovaciones, desde su rehabilitación, o desde el aumento del capital asegurado. En este último caso si ya se ha cumplido el plazo antes referido, el plazo volverá a computarse pero sólo respecto del incremento del capital asegurado.





**ARTÍCULO 8: RIESGO CUBIERTO BAJO ESTIPULACION EXPRESA**

La Compañía Consorcio Nacional de Seguro no otorgará cobertura al riesgo de muerte por fallecimiento del asegurado que se produzca a consecuencia de las exclusiones indicadas en el Artículo 7, letras h) e i) del presente contrato de seguro, con un pago de prima adicional.

**ARTÍCULO 10: DECLARACION DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO**

Consorcio Nacional de Seguro dispone del formulario Solicitud de Incorporación de Seguros Colectivo en los sitios web de la Compañía.

**ARTÍCULO 12: PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA**

Periodicidad mensual, y forma de pago anticipada, y el pago de la prima se debe realizar en las sucursales de la Compañía.

La prima será calculada como el resultado del capital asegurado por la tasa y redondeada a cuatro decimales.

El envío de cobranza y correspondencia de suscripción deberá realizarse a:

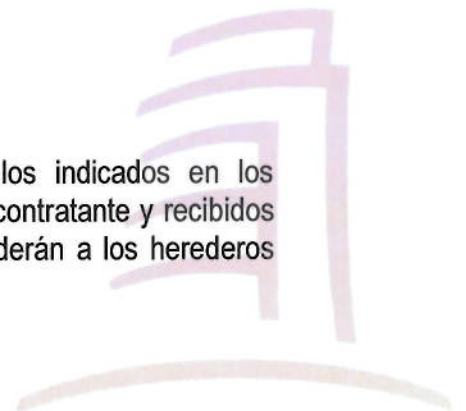
Nombre del contacto	: Alfonso Rondenelli / Rene Monsalve Jara
Empresa	: Asoc. De Munic. Para La Seg. Ciudadana De La Zona Oriente
Dirección	: Avda. Las Condes 14891 Lo Barnechea
Envío Nómina En Excel	: 30 de Cada Mes
Correo Electrónico	: alfonso@segurosrondanelli.cl
Con Copia	: rmonsalves@lobarnecheaseguridad.cl
Tipo De Despacho	: Correo Electrónico

Se concede un plazo de gracia de 30 días para el pago de las primas, contados a partir del primer día del mes de cobertura no pagado de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante el período de gracia, el seguro permanecerá vigente.

Esta Póliza tiene modalidad No Contributoria

**ARTÍCULO 14: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS**

Se deja constancia que los beneficiarios de este seguro serán los indicados en los formularios "Designación de Beneficiarios" que sean enviados por el contratante y recibidos en la compañía. A falta de la designación de beneficiario corresponderán a los herederos Legales.



**ARTÍCULO 15: DENUNCIA DE SINIESTROS:**

Las denuncias de Siniestros deberán realizarse a través de las oficinas que dispones en todo territorio nacional Consorcio Nacional de Seguros o sitio Web de la Compañía.

Para obtener información sobre las condiciones del seguro y procedimiento de liquidación de siniestros, dirijase a su Intermediario o Ejecutivo Consorcio de Seguros Colectivos.

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

**ARTÍCULO 16: VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO**

Inicio vigencia desde 01 de Octubre 2022.

**ARTÍCULO 17: TERMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO**

Termino vigencia hasta 30 de Septiembre 2023

**ARTÍCULO 18: TERMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES**

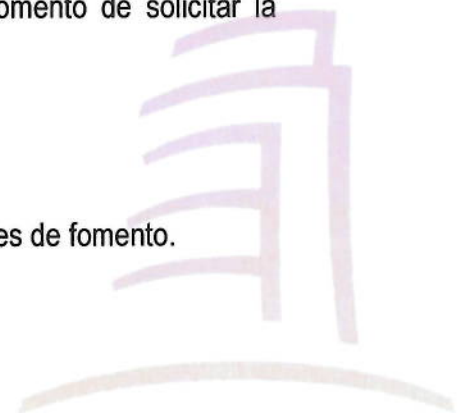
Se modifica letra d) de este artículo por lo siguiente para asegurado titular y dependiente; "Los asegurados que cumplan la edad límite de permanencia, serán excluidos al término de la vigencia de esta póliza".

**ARTÍCULO 21: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES**

Consorcio Nacional de Seguros enviará sus comunicaciones al contratante al correo electrónico indicado en el artículo N°12 de estas condiciones particulares y al asegurado al correo electrónico indicado en la Solicitud de Incorporación de Seguros Colectivo o el informado por el contratante en las nóminas de carga inicial al momento de solicitar la emisión de la Póliza.

**ARTÍCULO 23: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO**

El Capital Asegurado y el monto de la Prima se expresarán en unidades de fomento.



**ARTÍCULO 25: DOMICILIO**

Para todos los efectos legales, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.

**ARTÍCULO 24: CONDICIONES GENERALES Y CLAUSULAS ADICIONALES**

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

Coberturas	Código SVS
Fallecimiento	<b>POL220130974</b>
Muerte Accidental	<b>CAD220131587</b>
Invalidez Accidental	<b>CAD220131581</b>
Invalidez Total y Permanente 2/3	<b>CAD220131583</b>

Los clientes pueden revisar sus Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales en la siguiente página web:

[http://www.cmfchile.cl/institucional/legislacion\\_normativa/normativa.php?mercado=S](http://www.cmfchile.cl/institucional/legislacion_normativa/normativa.php?mercado=S)



## CLAVE INTERNET PARA ASEGURADOS

Se hará entrega de una clave de acceso a Consorcio en línea, a cada trabajador asegurado, donde podrá acceder por medio de la página Web: [www.consorcio.cl](http://www.consorcio.cl)



En este sitio el asegurado podrá acceder a las siguientes actividades y documentos:

- ✓ Visualización de los productos adquiridos en Consorcio.
- ✓ Realizar consultas por solicitudes, beneficiarios, pólizas y certificados de cobertura.
- ✓ Acceso directo a formularios.
- ✓ Actualización de Beneficiarios.
- ✓ Descarga de voucher de descuento



**ANEXO**  
**(Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)**

**PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO**

**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**

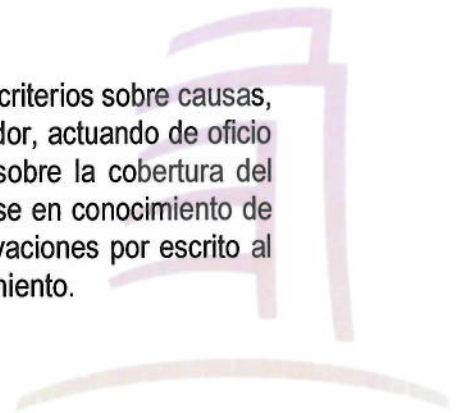
En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguro, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador 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 a o la Compañía deberá informa 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 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 los 45 días corridos desde fecha de 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 afectan a los cascos en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha de denuncia:

## 7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la 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 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial del 29 de diciembre del 2012).

## 9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

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 impugnación.

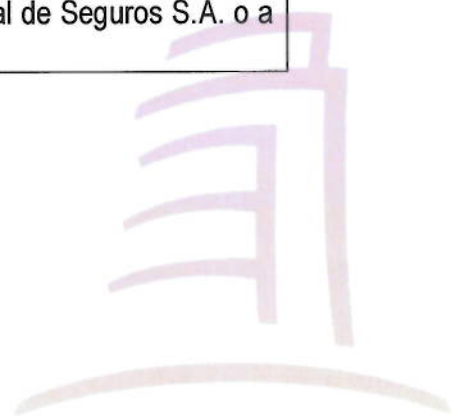




Gerente Operaciones  
**Compañía de Seguros de Vida**  
**Consorcio Nacional de Seguros S.A.**

La Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página [web www.aach.cl](http://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 la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. o a través de la página [web www.ddachile.cl](http://www.ddachile.cl).



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 les presenten directamente por el contratante, asegurado o beneficiarios, u otros 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 Superintendencia de Valores y Seguros, 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.svs.cl](http://www.svs.cl)

