

Condiciones de asegurabilidad:

- Edad de ingreso; mínimo 18 y máximo 64 años y 364 días.
- Edad máxima de permanencia es de 75 años y 364 días.
- Trabajadores dependientes antigüedad mínima de 180 días.
- Trabajadores independientes incapacidad por 30 o más días.

Coberturas:

- Cesantía involuntaria para trabajadores dependientes
 - i. **Art. 159 N°1 Mutuo acuerdo de las partes, con indemnización por años de servicio.**
 - ii. **Art. 161 N°1 Necesidad de la empresa.**
- Incapacidad laboral temporal
 - i. Para trabajadores independientes, que le impida al asegurado ejercer sus actividades profesionales en caso de accidente o enfermedad, **por un periodo igual o superior a 30 días consecutivos.**

Carencias:

- **60 días de carencia**, desde la contratación del crédito.

Monto máximo asegurado y número máximo de dividendos a cubrir:

- De acuerdo a lo indicado en la Póliza que se encuentra incorporado el cliente.

Deducible:

- **El cliente se deberá hacer cargo del primer dividendo siguiente al mes del siniestro**, siempre y cuando cumpla al 100% de las condiciones mínimas establecidas en cada Póliza.
- **Ante cualquier requisito no cumplido, duda o apelación del seguro, el cliente deberá seguir cancelando sus dividendos en forma normal, hasta que la Cía. de seguros emita el informe final de liquidación, donde finalmente apruebe o rechace el siniestro.**

Plazo del denuncia:

- En caso de siniestro el cliente debe comunicar y entregar a Concreces toda la documentación necesaria en un **plazo no superior a 60 días.**

Nota: El presente corresponde a un resumen de las características y condiciones del seguro.

El detalle de las condiciones particulares y generales lo encontrará en la Póliza correspondiente.

Importante: Para que el seguro cubra realmente el “Monto Máximo a Cubrir por Dividendo”, según estipulado en cada Póliza, el cliente deberá demostrar mes a mes la Cesantía, con el correspondiente Certificado de cotizaciones de la AFP, emitido entre el día 12 y 15 de cada mes, las cuales NO deben figurar pagadas o declaradas. -

Fecha ____ de ____ año ____

ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

Nombre: _____
RUT: _____
Celular: _____
Email: _____
Fecha finiquito: _____
Causal de despido: _____

ANTECEDENTES ADJUNTOS:

Marque con una cruz los antecedentes que se adjuntan en la solicitud:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Fotocopia de la cédula de identidad del asegurado |
| <input type="checkbox"/> | Certificado de cotizaciones |
| <input type="checkbox"/> | Finiquito |
| <input type="checkbox"/> | Otros (indicar) _____ |

FIRMA DEL ASEGURADO