

## **DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS**

### COMPAÑÍA DE SEGUROS VIDA LA CAMARA

#### **I. DECLARACIONES**

Declaro haber sido oportuna y completamente informado por Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A de las características del seguro cuya contratación solicito, especialmente las condiciones generales que detalla la cobertura, sus exclusiones, derecho de retracto, formas de término, formas de pago; las que he tenido a mi alcance y disposición en forma previa a esta declaración y que declaro haber leído y revisado, conjuntamente con los *Términos y Condiciones* de uso del sitio y la *Política de Privacidad*.

También declaro haber sido informado(o), acerca de que cualquier omisión, error, reticencia o inexactitud relativa a mi identidad, estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos, que pudiere influir en la apreciación del riesgo, faculta a Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. para proponer una modificación al contrato de seguros, para reducir proporcionalmente o rechazar el pago de la indemnización reclamada; todo lo cual acepto expresamente. Por lo mismo, autorizo a la Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. a solicitar todos aquellos antecedentes y exámenes médicos que consideren necesarios para la evaluación del riesgo propuesto.

Finalmente, declaro haber sido informado que la forma de pago de la prima escogida es mediante cargos mensuales automáticos a la tarjeta de crédito voluntariamente registrada en el sitio, siendo de mi responsabilidad contar con el cupo suficiente para que dichos pagos se realicen en forma íntegra en los plazos y montos informados y convenidos.

#### **II. AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.**

Autorizo expresamente a cualquier médico, profesional de la salud, institución de salud pública o privada, tribunales de justicia, juez árbitro y a cualquier otra persona natural o jurídica, pública o privada que cuente con datos, información o antecedentes relativos a mi estado de salud física o psíquica relevantes y atinentes a la reclamación de reembolso o pago de indemnización que hubiere presentado a la aseguradora, tales como fichas clínicas, antecedentes clínicos, informes médicos y análisis o exámenes de laboratorios clínicos, a entregarlos a Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. y/o al liquidador oficial de seguros que tuviere asignada la liquidación del caso, cuando alguno de estos así lo solicite, según corresponda, para la evaluación del riesgo y/o de la procedencia y/o monto de la indemnización reclamada, por lo cual otorgo mi expreso consentimiento conforme lo disponible el artículo 4 de la Ley N°19.628 y el Artículo 127 del Código Sanitario. Por otra parte, Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. se obliga a guardar absoluta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida, así como a utilizarla solo para los fines antes informados.

### **III. AUTORIZACION PARA CARGO AUTOMATICO EN TARJETA DE CREDITO**

Autorizo a Compañía de Seguros Vida La Cámara para que cargue o instruya el cargo mensual en la tarjeta de crédito registrada para el pago de la prima convenida, el monto equivalente en pesos a la cuota pactada en unidades de fomento conforme al valor de ésta a la fecha del pago.

### **IV. CONTRATACION ELECTRÓNICA Y COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.**

Declaro conocer y aceptar que el seguro se contrata en forma electrónica y que cualquier comunicación, declaración o notificación que deba remitir o enviar la Compañía de Seguros al Asegurado con motivo de la póliza se efectúe a la dirección de correo electrónico registrada en mis datos personales, el que será el canal formal de comunicación, razón por la cual me obligo a mantenerla debidamente actualizada y a revisar las comunicaciones que se me envíen. Igualmente, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros para que, directamente o, a través del contratante del seguro, me envíe y haga entrega de la póliza a la dirección de correo electrónico previamente indicada.

En caso de que no desee recibir por medio de correo electrónico las comunicaciones enviadas por la Compañía de Seguros lo comunicaré a ésta a través de su contact center (600 320 0700) informado en el sitio [www.vidacamara.cl](http://www.vidacamara.cl)

### **V. USO DE DATOS PERSONALES.**

Conforme a lo señalado en la Ley N°19.628, relativa a la Protección de la Vida Privada, por este acto vengo en facultar expresamente a la Compañía de Seguros a la que estoy solicitando el(los) presente(s) seguro(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal para los fines de evaluación de riesgo y/o de liquidación del o los siniestros que denuncie e indemnizaciones o reembolsos que reclame, autorización que cubre los datos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la Aseguradora para efectuar el tratamiento de los datos, es decir, cualquier operación o complejo de operaciones o procedimientos técnicos, de carácter automatizado o no, que permitan recolectar, almacenar, grabar, organizar, elaborar, seleccionar, extraer, confrontar, interconectar, disociar, comunicar, ceder, transferir, transmitir o cancelar datos de carácter personal, o utilizarlos en cualquier otra forma.

Dejo constancia que la autorización abarca el acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo expresa el artículo 127 del Código Sanitario, modificado por la Ley ya citada; y además aplica a su matriz, filiales, sociedades coligadas, empresas relacionadas, sociedades del Grupo Empresarial al que pertenece y terceros prestadores de servicios, estén ubicados dentro o fuera de Chile, con el propósito de que tanto Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. como dichas entidades: i) me contacten y pongan a mi disposición, en la forma que estimen pertinente, la más completa información y ofrecimiento de sus productos y servicios; ii) procedan al almacenamiento y tratamiento de mis datos personales y de mi información personal para los objetivos del cumplimiento de este Contrato de Seguro; y iii) hagan efectivos el o los convenios de beneficios o asistencias adicionales que pudieren estar asociados a los seguros que he contratado, enviando, cuando corresponda al caso según el tipo de reclamación o siniestro y/o modalidad de pago o indemnización, informaciones y/o antecedentes a I-MED, prestadores de los beneficios de asistencia que fueren pertinentes y farmacias.

## **VI. INFORMACION IMPORTANTE**

Con la emisión de la presente propuesta, no se obtiene cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento en que esta propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza. (Circular 1.390 CMF) en la fecha convenida e informada.

El presente documento forma parte del contrato de seguros.