

**CONDICIONADO PARTICULAR
SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD AMBULATORIO**

Estimado(a) Señor(a):

Presente.

Bienvenido a Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A.

Usted cuenta con el respaldo y solidez de Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A., una empresa perteneciente al grupo internacional Bupa, presente en más de 191 países y con más de 14 millones de clientes.

A través del presente Certificado de Cobertura, **Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A.** le comunica a usted que se encuentra Asegurado en la póliza de **Seguro complementario de salud Ambulatorio**, cuyas Condiciones Generales se encuentran incorporadas al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 3 2015 0835, sin perjuicio de las estipulaciones contenidas en las Condiciones Particulares de la póliza, las que forman parte integrante del contrato de Seguro Individual.

Copia de las Condiciones Generales depositadas en la Superintendencia de Seguros se encuentran a su disposición en el sitio web www.svs.cl.



Felipe Reyes Urrutia
Gerente Comercial.
Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A.

**CONDICIONADO PARTICULAR
SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD AMBULATORIO**

CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA

POL320150835

PÓLIZA N°

CONTRATENTE

Rut

ASEGURADO

Rut

BENEFICIARIO

Rut

TIPO DE RIESGO ASEGURADO

- Póliza Con Cobertura General De Gastos Médicos
 Póliza Con Cobertura De Gastos Médicos Para Enfermedades Específicas
 Póliza Con Cobertura Complementaria De Gastos Médicos
 Póliza Con Cobertura Catastrófica

PÓLIZA

- Individual
 Colectiva

VIGENCIA

Inicio
 Término

RENOVACIÓN

- Póliza De Plazo Indefinido Sin Condiciones
 Póliza De Plazo Indefinido Condicionada
 Póliza De Plazo Indefinido (Condicionada O No) Con Término Anticipado Y Renovación No Garantizada
 Póliza De Plazo Limitado Renovable Con Condiciones
 Póliza De Plazo Limitado Simple

PRIMA Monto

0,3456

MONEDA

- UF
 Peso
 Otra

PERIODO DE PAGO

- Anual
 Mensual
 Otro

CONDICIONES

- Fija
 Ajustable Según Contrato

COMISIÓN TOTAL CORREDOR

MONTO

No Hay Comisión

PERIODO DE CARENCIA

No Aplica

ART.

REGLAS SOBRE PREEXISTENCIAS

- Póliza sin exclusión de enfermedades preexistentes
 Póliza con exclusión específica de enfermedades preexistente
 Póliza con exclusión general de enfermedades preexistentes

ART.

CP 7/ CG4

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD

- Si
 No

ART.

CP 4

EXCLUSIONES

- SI
 No

ART.

CP 7/ CG4

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

El asegurado ha autorizado a la compañía para efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:

- E-mail al correo electrónico
 Carta a la siguiente dirección
 otro

La presente carátula es un resumen de la información más relevante de la póliza y los conceptos fundamentales se encuentran definidos al reverso.

CONDICIONADO PARTICULAR SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD AMBULATORIO

Para una comprensión integral, se debe consultar las condiciones generales y particulares de la póliza. En cada punto se señala el artículo del condicionado general donde puede revisarse el detalle respectivo.

Nota 1: El asegurado tiene la obligación de entregar la información que la compañía requiera acerca de su estado de riesgo, en los casos y en forma que determinala normativa vigente. La infracción a esta obligación puede acarrear la terminación del contrato o que no sea pagado el siniestro.

IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
3.1 Duración de este Seguro. **3.2** Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro. **3.3** De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro en caso de renovación.

3.4 En qué casos NO SE PAGARA ESTE SEGURO. **3.5** Los requisitos para cobrar el seguro.

4. En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro (*): Este seguro:

No contempla renovación garantizada

Sí podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de póliza.

No considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.

No cubre preexistencias. (si cubre sólo algunas preexistencias indicar cuáles o las condiciones en que se cubren).

5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código [POL320150835](#) en la Superintendencia de Valores y Seguros. Usted puede revisar este texto en [www.svs.cl](#).

(*)Este cuadro deberá ser completado por el Asegurador sobre la línea punteada con las palabras "SÍ" o "NO".

DEFINICIONES

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA: Es el Código con que la póliza fue depositada en la Superintendencia de Valores y Seguros, conocido también como "código Pol". Si la póliza incluye más de uno, se incluye sólo el de la cobertura principal.

CONTRATANTE: La persona que celebra el seguro con la compañía aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Puede ser una persona diferente al asegurado.

ASEGURADO: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiera a la compañía aseguradora.

BENEFICIARIO: El que, aún sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnizaciones caso de siniestro.

TIPO DE RIESGO ASEGURADO: Según el tipo de riesgo, las pólizas pueden ser de los siguientes tipos:

Es de *cobertura general de gastos médicos* cuando cubre todo o parte de los gastos médicos efectuado por el asegurado, sin que estén limitados a ciertas enfermedades específicas, o enfermedades calificadas como catastróficas o a cubrir el saldo no cubierto por otros seguros de salud, públicos o privados. Es de *cobertura de gastos médicos para enfermedades específicas*, cuando cubre los gastos médicos efectuados por el asegurado respecto de ciertas enfermedades o patologías que se especifican en la póliza.

Es de *cobertura complementaria de gastos médicos*, cuando cubre todo o parte de los gastos médicos, efectuados por el asegurado, en aquella parte que no son cubiertos por el sistema de salud privado o público al que está afiliado.

Es de *cobertura catastrófica*, cuando cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, limitados a enfermedades identificadas genérica o específicamente y siempre que el costo de atención supere un cierto monto mínimo que se especifica, esto es, un deducible o franquicia, según sea el caso, señalado en la póliza.

VIGENCIA: Período de tiempo durante el cual dura la cobertura de riesgo de la póliza contratada.

RENOVACIÓN: Se refiere a si la póliza se extingue al vencimiento de su plazo o si se puede renovar.

Es de *plazo indefinido sin condiciones*, cuando la cobertura no está sujeta a plazo ni a ningún requisito diferente de los cumplidos a la fecha de suscripción, salvo el pago de la prima, en las condiciones de cobertura señaladas en la póliza.

Es de *plazo indefinido condicionada* cuando la cobertura no está sujeta a plazo determinado sino al cumplimiento de alguna de las condiciones objetivas definidas en la póliza, tales como siniestralidad máxima en ciertos períodos de tiempo, límites de edad u otras semejantes.

Es de *plazo indefinido (condicionada no) con término anticipado y renovación no garantizada* cuando la vigencia no está sujeta a un plazo determinado, pero en que cualquiera de las partes le puede poner término conforme a las estipulaciones del contrato.

Es de *plazo limitado y renovable con condiciones*, cuando su vigencia está sujeta a un plazo determinado, pero que se entiende renovada en caso de cumplirse con ciertas condiciones que se determinan objetivamente. Se entiende incluidas aquellas pólizas en que la renovación está condicionada a la aceptación por parte del asegurado de cambios en las primas, o en las coberturas, siempre que estos cambios se encuentren dentro de marcos objetivos que ese establezca en la póliza original. No están incluidas aquellas en que una de las partes le puede poner término en cualquier momento en cualquier momento sin expresión de causa.

Es *plazo limitado simple* cuando su vigencia está sujeta a un plazo determinado, sin cláusula de renovación y que no puede ser terminada antes de ese plazo sino por las causas señaladas en la propia póliza, entre las que no podrá estar la sola voluntad de una de las partes.

PRIMA: El precio que se cobra por el seguro.

CONDICIONES DE PRIMA: La prima puede ser fija, el monto es el mismo durante toda la vigencia de la póliza, o puede ser ajustable, si ese precio puede ser modificado conforme a las normas incluidas en la póliza.

COMISION CORREDOR: El monto pagado a un tercero, normalmente corredor de seguros, que ha vendido el seguro por cuenta de la compañía. Puede expresarse como un monto fijo o un porcentaje de la prima.

PERIODO DE PAGO: La periodicidad con la que el contratante debe pagar la prima.

COBERTURA: El tipo de riesgo que está incluido en la protección otorgada por la póliza.

CARENCIA: Período establecido en la póliza durante el cual no rige la protección del seguro.

EXCLUSIONES: Aquellos riesgos especificados en la póliza que no son cubiertos por el seguro.

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD: Son los requisitos especiales que debe cumplir el asegurado para que en caso de siniestro la compañía cubra el riesgo y pague el seguro.

SISTEMA DE NOTIFICACION: Sistema de comunicación que el cliente autoriza para que la compañía le efectúe todas las notificaciones requeridas conforme a la póliza o que la compañía requiera realizar. Es responsabilidad del cliente actualizar los datos cuando existe un cambio en ellos.

**CONDICIONADO PARTICULAR
SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD AMBULATORIO**

I. IDENTIFICACIÓN

Empresa : **CRUZ BLANCA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A**
 Dirección : CERRO EL PLOMO 6000
 RUT : 76.282.191-5
 Teléfono : (+56 2) 2391 3310
 Email : contactoseguros@cruzblancaseguros.cl

Asegurado Titular :
 Dirección :
 RUT :
 Email :

Beneficiarios				
RUT	Nombre	Sexo	Relación	Fecha Nacimiento

II. DESCRIPCION DE LA COBERTURA

Reembolso al asegurado o pago directo al prestador de salud de una parte de los gastos médicos razonables y acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado asociados a la prestación de servicios de consultas médicas general y de especialidad (salvo psiquiatría), exámenes de laboratorio, resonancia magnética fonoaudiología e imagenología ambulatorio que se detallan en el Anexo 1 de las presentes Condiciones Particulares, el que se entiende formar parte de las mismas para todos los efectos legales.

La cobertura de que da cuenta la presente póliza se hará efectiva una vez aplicados los beneficios y coberturas del sistema de salud previsional respectivo, así como los de cualquier otro seguro que se encuentre vigente a favor del asegurado.

III. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

La cobertura de los gastos incluidos en el presente seguro se hará efectiva sólo respecto de aquellas prestaciones de servicios descritos en el artículo 2 precedente que se hubieren ejecutado en alguno de los Establecimientos de Salud pertenecientes a la red Integramédica y que ésta mantenga operativos.

IV. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Para poder suscribir la presente póliza, el asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos, sin perjuicio de la facultad de la Compañía de aceptar o no la solicitud de incorporación en base a la información entregada:

- a) Haber completado el Formulario de Incorporación.
- b) La edad mínima de ingreso al seguro será de 18 años cumplidos.
- c) La edad máxima de ingreso al seguro será de 64 años y 364 días para el titular y los beneficiarios.
- d) La edad máxima de cobertura será cumpliendo 69 años y 364 días, tanto para el titular como para los beneficiarios de la póliza.

V. PRIMA

- Prima pactada:
- Periodicidad de pago: Mensual
- Forma de pago: El pago de la prima se efectuara únicamente mediante la modalidad PAC (autorización de descuento en Cuenta Corriente Bancaria) mediante un mandato que autoriza esta modalidad de pago o mediante la modalidad PAT (autorización de descuento en Tarjeta de Crédito) mediante un mandato que autoriza esta modalidad de pago.

CONDICIONADO PARTICULAR SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD AMBULATORIO

VI. REQUISITOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS

Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto derivados de prestaciones de servicios de Exámenes de Laboratorio e Imagenología por parte de la Compañía:

- a) La entrega oportuna por el asegurado a la Compañía del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique, dentro de un plazo máximo de 30 días corridos contados desde la ocurrencia del siniestro, y sin perjuicio de la información adicional que pueda solicitar la Compañía.
- b) Que la prestación correspondiente se encuentre incluido en el Anexo I de las presentes Condiciones Particulares;
- c) Que la prestación sea requerida y realizada en el Establecimiento de Salud indicado en estas Condiciones Particulares;
- d) Que la prima se encuentre debidamente pagada por los asegurados;
- e) Que el asegurado haya pagado el respectivo copago de las prestaciones realizadas, y obtenido el beneficio o cobertura del sistema de salud previsional o seguro adicional vigente.

VII. EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre los gastos que provengan de:

1. Prestaciones clasificadas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud bajo el código 305048 relativas a Reacción cutánea 16 alérgenos por escarificación (incluye el valor de los antígenos), y 307005 relativas Reacción cutánea de parche cada uno.
2. Prestaciones clasificadas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud bajo el código 404013 relativas a Eco tomografía ocular bidimensional, uno o ambos ojos.
3. Prestaciones clasificadas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud bajo el código bajo el GRUPO 04 subgrupos 02, 03 y 05.
4. Prestaciones de servicios médicos no incluidas en las Condiciones Particulares de la presente póliza.
5. Rehabilitación, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
6. Enfermedades, dolencias o situación de salud diagnosticada o conocida por el asegurado o por quien contrate a su favor.

VIII. VIGENCIA

La vigencia del presente contrato se extenderá por 12 meses:

Si el Asegurable suscribe el formulario que contiene la Solicitud de Incorporación, y éste haya sido aceptado por la Compañía, dentro de los primeros quince días del mes, la fecha de vigencia comenzará el primer día hábil del mes siguiente.

Si el Asegurable suscribe el formulario que contiene la Solicitud de Incorporación, y éste haya sido aceptado por la Compañía, dentro de los segundos quince días del mes, la fecha de vigencia comenzará el primer día hábil del mes subsiguiente.

- Inicio de vigencia :
- Término de vigencia :

El asegurado podrá poner término al seguro en cualquier momento mediante una comunicación escrita enviada por correo certificado al domicilio del asegurador.

IX. MONEDA

La prima, tope anual por asegurado, prestación y especialidad se expresarán en Unidad de Fomento (UF). La valorización de dicha unidad se realizará al momento del pago. La misma regla será aplicable a la devolución de primas que correspondiese.

**CONDICIONADO PARTICULAR
SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD AMBULATORIO****X. MANDATO**

El Asegurado declara que acepta y autoriza a la Compañía de Seguros o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N°19.628 sobre Protección de Datos de Carácter Personal, Ley N°20.584 sobre Confidencialidad y Secreto Médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y otras.

Adicionalmente, conforme a lo señalado en la ley N° 19.628, por este acto vengo en facultar expresamente a la Compañía de Seguros con la que estoy contratando el (los) presente (s) seguro (s), o quien sus derechos represente, o su reasegurador con quien tenga convenio, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la Aseguradora, reaseguradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para que la compañía aseguradora, reaseguradora tenga 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.

Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la Compañía Aseguradora o reaseguradora en el análisis de otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la asegurada, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismo fines.

XI. CONDICIONES GENERALES

Las presentes Condiciones Particulares se rigen por lo dispuesto en las Condiciones Generales inscritas en el Registro de Pólizas bajo el código POL 3 2015 0835, las que se entienden formar parte integrante de las mismas para todos los efectos legales.



Felipe Reyes Urrutia
Gerente Comercial.
Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A.

**CONDICIONADO PARTICULAR
SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD AMBULATORIO**

**ANEXO N°1
SERVICIOS**

El presente seguro cubre los gastos médicos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante en cualquier centro médico de Integramédica del país y que se detallan expresamente a continuación:

a) Consultas Médicas General y de Especialidad (excepto psiquiatría).

b) Exámenes de Laboratorio Clínico.

c) Imagenología, Rayos, Mamografía, Ecografía, Scanner.

d) Resonancia Magnética Fonoaudiología

Cuyo plan de beneficios es el siguiente:

Prestaciones ambulatorias	% de bonificación Sobre copago	TOPE DE BONIFICACIÓN	Tope máximo año contrato por Benef. (UF)
Consultas médicas general y de especialidad (excepto psiquiatría)	50 %	SIN TOPE	25 UF
Exámenes laboratorio clínico			
Imagenología: rayos, mamografía, eco tomografía, scanner.			
Resonancia magnética fonoaudiología			

ANEXO N°2

Anexo 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 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.

CONDICIONADO PARTICULAR SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD AMBULATORIO

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 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 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 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.

Anexo Información Sobre Atención De Clientes y Presentación De Consultas y Reclamos

En virtud de la Circular N°2131 de la Superintendencia de Valores y Seguros 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, 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, 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 en 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.