

# CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE SEGUROS DE DESGRAVAMEN / CERTIFICADO COBERTURA



CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA

**POL 2 2013 0678**

Póliza Nro

**1012010**

CONTRATANTE (SI ES DISTINTO DEL ASEGURADO)

**HIPOTECARIA LA CONSTRUCCIÓN S.A.**

RUT

**96.546.470-0**

ASEGURADO

RUT

CORREDOR

**JLT ORBITAL CORREDORA DE SEGUROS LIMITADA**

RUT

**78.885.300-9**

### TIPO DE RIESGO ASEGURADO

- Póliza Seguro desgravamen simple.  
 Póliza Seguro desgravamen por muerte e invalidez asociada a créditos hipotecarios.

PÓLIZA

- Individual  
 Colectiva

VIGENCIA

**01/01/2018**

Inicio

**31/12/2018**

Término

RENOVACIÓN  
AUTOMÁTICA

- SI  
 NO

Prima Monto

MONEDA

- UF  
 Peso  
 Otra

PERIODO DE PAGO

- Anual  
 Mensual  
 Otra

CONDICIONES

- Fija  
 Ajustable según contrato

COMISION TOTAL CORREDORES

- 20% +IVA** Monto  
 No Hay comisión

### COBERTURAS

		MONTO Saldo Insoluto Deuda	ART.
<input checked="" type="checkbox"/>	Muerte		<b>3</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Invalidez		<b>3</b>
<input type="checkbox"/>	Otro		

### CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD

- Si  
 No

ART.

PERIODO DE CARENENCIA

No tiene

ART.

**12**

Exclusiones

- Si  
 No

ART.

**7**

### 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

**Av. Nueva Providencia 1901 Piso 2, Providencia, Santiago**

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

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 la forma que determina la normativa vigente. La infracción a esta obligación puede acarrear la terminación del contrato o que no sea pagado el siniestro.

**Nota 2:** (Para Seguros Colectivos) Importante. “Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por PENTA VIDA S.A. directamente con la compañía de seguros.”

#### **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.

**PÓLIZA:** Documento justificativo del seguro.

**CERTIFICADO DE COBERTURA:** Documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo.

**CONTRATANTE:** La persona que contrata 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:** La persona a quien afecta el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora.

**BENEFICIARIO:** La persona que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro.

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

Es seguros desgravamen simple cuando se cubre el saldo insoluto de la deuda por muerte del deudor asegurado.

Es seguros desgravamen por muerte e invalidez asociado a créditos Hipotecarios, aquel exigido por las entidades crediticias, que cubre el saldo insoluto de la deuda por muerte del deudor asegurado. Se puede contratar la cobertura adicional de invalidez 2/3 que cubrirá el mismo saldo.

**VIGENCIA:** Tiempo durante el cual se extiende 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 renueva.

Es automática cuando se entiende renovada si el cliente o la compañía no deciden terminarla, conforme a la póliza.

Es sin renovación, cuando la póliza se extingue al vencimiento de su vigencia.

**PRIMA:** El precio que se cobra por el seguro. Éste incluye los adicionales, en su caso.

**CONDICIONES DE PRIMA:** La prima puede ser fija, si 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.

**COMISIÓN CORREDOR:** Es la Parte de prima que recibe 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.

**COBERTURA:** El tipo de riesgo cubierto por la póliza.

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

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

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

**SISTEMA DE NOTIFICACIÓN:** 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 exista un cambio en ellos.

**POLIZA N° 1012010****POLIZA DE SEGUROS DESGRAVAMEN COLECTIVO**

Penta Vida, Compañía de Seguros de Vida S.A., considerando los antecedentes entregados por la Empresa Contratante emite la siguiente póliza de seguros, que establece las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales contenida en el POL 220130678 Póliza Colectiva de Desgravamen y CAD 220131429 de Cláusula adicional de pago anticipado de capital asegurado en caso de Invalidez Permanente 2/3, del Depósito de pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros, se consideran parte integrante del presente contrato.

## Datos Generales de la Póliza

<b>Contratante</b>	Hipotecaria La Construcción S.A.
<b>Rut</b>	96.546.470-0
<b>Vigencia</b>	00:00 hrs del 01 de enero de 2018 a 24:00 hrs del 31 de diciembre de 2018.
<b>Dirección Contratante</b>	Av. Nueva Providencia 1901 Piso 2, Providencia, Santiago
<b>Modalidad de pago de prima</b>	Mensual
<b>Tipo de Cobranza</b>	Cheque
<b>Intermediario</b>	JLT Orbital Corredora de Seguros Limitada
<b>Rut Intermediario</b>	78.885.300-9
<b>Comisión</b>	20% +IVA
<b>Dirección de la Compañía Aseguradora</b>	El Bosque Norte N°500 Piso 3, Las Condes, Santiago

<b>Cobertura</b>	<b>Condiciones Generales</b>
Fallecimiento	POL 220130678
Invalidez total y permanente 2/3	CAD 220131429

## **CONDICIONES PARTICULARES**

Penta Vida Compañía de Seguros de Vida S. A., considerando los antecedentes entregados por la Empresa Contratante emite la siguiente póliza de seguros, que establece las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales contenida en el POL 220130678 Póliza Colectiva de Desgravamen y CAD 220131429, del Depósito de pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros, se consideran parte integrante del presente contrato.

## **ARTICULO N° 1 CONTRATANTE**

Empresa : Hipotecaria La Construcción S.A.  
RUT : 96.546.470-0  
Dirección : Av. Nueva Providencia 1901 Piso 2

## **ARTICULO N°2 ASEGURADOS**

Las personas naturales deudoras, en su calidad de titulares y/o fiadores o codeudores solidarios de Contratos de Mutuos Hipotecarios Endosables originados o administrados por la Entidad Crediticia, contratados actualmente o que se contraten en el futuro, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad, incorporados en las nóminas de asegurados enviados a la Compañía de Seguros. Se deja establecido que caso de existir fiadores o codeudores del titular (deudor principal), el seguro se extiende a sus codeudores. Se entenderá como fecha de incorporación al seguro la fecha de firma del Contrato de Mutuo Hipotecario o en su defecto la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

## **ARTICULO N°3 COBERTURAS**

<b>Coberturas</b>	<b>SVS</b>
Fallecimiento	POL 220130678
Invalidez total y permanente 2/3	CAD 220131429

#### **ARTICULO N° 4 CAPITAL ASEGURADO.**

Corresponderá al saldo insoluto de la deuda, calculado a la fecha del fallecimiento del Asegurado o al último día del mes inmediatamente anterior a dicha fecha, de acuerdo a lo establecido en el artículo cuarto de la póliza colectiva de desgravamen inscrita en el registro de pólizas de la SVS bajo el código POL 220130678.

#### **ARTÍCULO N°5 BENEFICIARIOS**

Hipotecaria La Construcción S.A. o sus cesionarios.

#### **ARTICULO N° 6 VIGENCIA**

La póliza colectiva tendrá una vigencia de 12 meses comenzando a las 00:00 horas del día 01 de enero de 2018, por lo que su terminación natural será a las 24:00 horas del día 31 de diciembre de 2018.- Dentro de este plazo, no se admitirán modificaciones a las condiciones pactadas en el contrato y ninguna de las partes podrá ponerle término en forma anticipada. No obstante lo anterior, la Entidad Crediticia podrá poner término anticipado al contrato en caso de incumplimiento grave o reiterado de las obligaciones, quiebra, insolvencia u otros hechos sobrevinientes que afecten a la Compañía Adjudicataria y pongan en riesgo los intereses de los deudores asegurados o de la Entidad Crediticia. El aviso de término anticipado se dará mediante carta certificada enviada al domicilio registrado en el contrato y producirá efectos a partir de la fecha señalada en dicho aviso, sin perjuicio de otros derechos y de las indemnizaciones que puedan emanar del incumplimiento o término del contrato. No es renovable de manera automática.

#### **ARTICULO N°7 EXCLUSIONES**

Quedarán excluidos de cobertura si el asegurado falleciere por cualquiera de las causales establecidas en el artículo sexto de la póliza inscrita en el Registro de la SVS bajo el código POL 220130678.

#### **ARTICULO N°8 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA**

La edad máxima de ingreso y la edad máxima de permanencia del Asegurado se encuentran estipuladas en el cuadro que a continuación se presenta.

Cobertura	Ingreso (edad mínima)	Ingreso (edad máxima)	Permanencia
Fallecimiento	18 años	64 años 364 días	Al cumplir 79 años 364 días
Invalidez total y permanente 2/3	18 años	64 años 364 días	Al cumplir 79 años 364 días

**ARTICULO N°9 REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

Los requisitos de asegurabilidad correspondientes a la presente póliza son los siguientes:

Crédito (UF)	Edad desde 18 a 55 años
0 - 1.500	Declaración simple
1.501 - 4.500	Declaración Personal de Salud
4501 - 7.000	Declaración Personal de Salud Cuestionario de Examen Médico
7.000-9.000	Declaración Personal de Salud Cuestionario de Examen Médico Análisis Químico y Microscópico de orina
9.000-12.000	Declaración Personal de Salud Cuestionario de Examen Médico Análisis Químico y Microscópico de orina Electrocardiograma en Reposo Exámenes de Laboratorio
12.001 o más	Declaración Personal de Salud Cuestionario de Examen Médico Análisis Químico y Microscópico de orina Electrocardiograma en Reposo Exámenes de Laboratorio Evaluación reaseguro

<b>Crédito (UF)</b>	<b>Edad desde 56 a 64 años y 364 días</b>
0 - 500	Declaración Personal de Salud
501 - 3.000	Declaración Personal de Salud Cuestionario de Examen Médico
3.001- 5.000	Declaración Personal de Salud Cuestionario de Examen Médico Análisis Químico y Microscópico de orina Electrocardiograma en Reposo Radiografía de Tórax o Esperimetría
5.001 o más	Declaración Personal de Salud Cuestionario de Examen Médico Análisis Químico y Microscópico de orina Electrocardiograma en Reposo Radiografía de Tórax o Esperimetría Exámenes de laboratorio

Nota: Laboratorio:

- Hemograma
- Perfil Bioquímico
- Perfil Lipídico
- Antígeno

Una vez que la Compañía acepte el riesgo, el deudor se entenderá cubierto con la misma fecha de la respectiva escritura pública, bajo el supuesto que la escritura pública fue firmada por todas las partes y llegó a ser tal. En consecuencia, la cobertura de desgravamen no nace si es que el deudor no firmó la correspondiente escritura pública. Se considerará como documento válido para realizar la evaluación de un deudor asegurable, la D.P.S (Declaración Personal de Salud), que sea recibida en la Compañía de Seguros dentro de los 30 días siguientes a la fecha que fue completada.

## **ARTICULO N°10 DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD Y EXÁMENES MEDICOS**

- Declaración Personal de Salud

Las DPS no podrán tener antigüedad superior a 30 días desde la fecha en que fue completada y firmada por el cliente, hasta su recepción por la Compañía, cumplido este plazo el cliente debe completar una nueva DPS.

- Especificaciones de la DPS

La fecha de validez de los exámenes rige a contar de la fecha de realización de éstos:

- Exámenes de laboratorio (sangre y orina) 180 días
- Electrocardiograma e imágenes 360 días

Una vez aceptado el riesgo por la compañía, el plazo para que la institución financiera coloque el crédito no debe superar los 90 días.

- Reticencias

Ante cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, ocupación, actividades y/o deportes riesgosos del asegurado, que pudiera influir en la apreciación del riesgo o de cualquiera circunstancia que, conocida por el asegurador, pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta al asegurador para demandar la rescisión del contrato de conformidad con el artículo 525 del Código de Comercio. Asimismo, el asegurado deberá cumplir con las declaraciones contempladas en el artículo 8 de la POL220130678. Lo anterior, sin perjuicio de la cláusula de indisputabilidad de cobertura.

## **ARTICULO N°11 CONTINUIDAD DE COBERTURA**

Esta póliza contempla la continuidad de cobertura para el seguro de desgravamen y para la cobertura adicional de invalidez, lo que significa el aseguramiento de la cartera de deudores asegurados y las respectivas materias aseguradas, en la póliza colectiva anterior, sin realizar una nueva suscripción.

Vigencia de la cobertura Individual:



La presente póliza entrará en vigencia, para cada asegurado individual, a partir de la fecha de la firma del contrato de crédito hipotecario, o su efecto, la fecha de inicio de vigencia de la póliza, salvo que ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- A. El Asegurado deje de ser deudor asegurado del acreedor.
- B. Cuando el deudor asegurado presente una póliza contratada en forma directa e individual que se ajuste a los modelos de pólizas asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L N°251 de 1931, depositados en la Superintendencia de Valores y Seguros, y que sea aceptada por la entidad crediticia.
- C. Por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia indicada en la póliza.

### **ARTICULO N°12 DEDUCIBLES Y CARENCIAS**

La presente póliza no contempla deducibles ni carencias.

### **ARTICULO N°13 TASAS NETAS MENSUALES**

<b>Cobertura</b>	<b>Tasa %</b>	<b>Afecta / Exenta</b>
Fallecimiento	0,01328	Exenta
Invalidez total y permanente 2/3	0,00791	Afecta (Incluye IVA)
Tasa Total (1+2)	0,02119	

### **ARTICULO N°14 PAGO PRIMAS**

Las primas de las coberturas de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente 2/3 se pagarán mensualmente dentro del mes siguiente a la cobertura que se otorgó en el mes inmediatamente anterior, en conjunto con las respectivas cuotas del contrato de arrendamiento con promesa de compraventa. La prima resulta de aplicar la tasa mensual sobre el monto asegurado.

Plazo de Gracia: Se establece un periodo de gracia de treinta (30) días contados desde el primer vencimiento no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida.

### **ARTÍCULO N° 15 DERECHO A RETRACTO**

La contratación de este seguro es voluntaria y no es condición para el otorgamiento de un crédito. El asegurado puede retractarse de su contratación dentro de un plazo de 5 días corridos, contados desde la fecha de su suscripción, sin expresión de causa. El ejercicio del derecho de retracto implicará para el asegurado el derecho a la devolución de hasta el segundo cobro mensual de las primas, reteniendo el asegurador las primas correspondientes al riesgo transcurrido y cubierto. Sin perjuicio de ello, también puede renunciarlo en cualquier momento posterior, manifestándolo por escrito a la compañía aseguradora.

### **ARTICULO N°16 REQUISITOS DE INFORMACIÓN SOLICITADOS PARA LA INCORPORACION, EXCLUSIÓN Y MODIFICACIÓN DE ASEGURADOS.**

La información requerida por la Compañía tanto para realizar la carga inicial de la nómina de asegurados como para futuras incorporaciones debe ser enviada por el contratante, el día 15 calendario de cada mes, con los siguientes datos:

- Número de operación crediticia
- R.U.T (sin dígito verificador y sin separador de miles)
- Dígito verificador R.U.T
- Nombres
- Apellido Paterno
- Apellido Materno
- Sexo
- Fecha de Nacimiento asegurado
- Fecha otorgamiento Crédito
- Plazo del crédito, en meses
- Monto Inicial del contrato (UF)
- Saldo insoluto a la fecha del informe en UF. Si existe más de un deudor asociado al mismo crédito se informará el saldo insoluto de cada uno.
- Plazo remanente del contrato.
- Tasa Interés crédito – contrato

- Prima Pagada (UF)
- Rut entidad crediticia
- Razón Social de la entidad crediticia

#### **ARTÍCULO N° 17 RECAUDACION DE PRIMA, PERIODICIDAD DE PAGO Y PLAZO GRACIA.**

Hipotecaria La Construcción S.A. se hará cargo de cobrar y recaudar las primas de los seguros, correspondientes a su cartera, mensualmente junto a las respectivas cuotas del contrato mutuos hipotecarios endosables, sin costo alguno para Penta Vida, Compañía de Seguros de Vida S.A. El plazo del traspaso de la prima pagada a la Compañía Aseguradora, será de 30 días contados desde la fecha de devengamiento. La entrega de los fondos se realizará mediante cheque nominativo a nombre de Penta Vida, Compañía de Seguros de Vida S.A., quien generará previa cuadratura de información del periodo de recaudación, en forma separada para ambas entidades.

Es obligación del contratante mantener actualizada la nómina de asegurados, esta información deberá ser entregada en la Compañía aseguradora a más tardar el día 15 calendario de cada mes o en su defecto el día hábil anterior indicando a los asegurados a ser incluidos, excluidos o modificaciones que corresponda de acuerdo a las normas de suscripción de la póliza. El no cumplimiento de lo estipulado revoca de toda obligación a la Compañía aseguradora en relación a las coberturas ofrecidas.

La Compañía aseguradora por su parte, dentro de los 15 días siguientes de recibida esa información sobre eventuales observaciones o reparos a objeto de realizar cualquier corrección que sea necesaria; de lo contrario se entenderá que la Compañía aseguradora acepta conforme el pago de las primas respectivas.

La prima mensual del seguro se cancelará en forma anticipada, contra factura anticipada, desde el día 15 calendario o hábil siguiente al primer mes de cobertura, responsabilidad que corresponde al contratante

Conforme a lo señalado se otorga un plazo de gracia de 30 días, contados desde la fecha en que debió pagarse la respectiva prima por el deudor asegurado.

El no pago de la prima por parte del contratante en un plazo superior al estipulado, faculta a Penta Vida Compañía de Seguros de Vida S.A. a caducar esta póliza, por tanto, la póliza y por ende las coberturas de cada asegurado finalizarán automáticamente, siendo notificado mediante carta certificada de cancelación de la póliza al domicilio del contratante. Pasado dicho plazo, la Compañía no responderá por siniestros que ocurran estando impaga la prima.

### **ARTICULO N°18 PAGO DE BENEFICIOS / PROCEDIMIENTOS DE SINIESTROS**

Al fallecimiento de uno de los Asegurados en esta póliza, el Beneficiario podrá exigir el pago del Monto Asegurado, presentando los siguientes antecedentes:

- Certificado de Defunción del Asegurado
- Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado
- Otros antecedentes destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora
- Certificado de liquidación de la deuda o de saldo adeudado emitido por el acreedor.

La denuncia del siniestro deberá realizarse a la compañía tan pronto sea posible, una vez tomado conocimiento del hecho, salvo caso fortuito o fuerza mayor. Se deberá entregar la documentación requerida a la Compañía Aseguradora. Estos plazos serán exigibles sólo si la compañía tiene habilitados los medios para recibir el denuncia. No obstante lo anterior, la Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía, hasta 30 días después desde que fue posible su notificación una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento del asegurado.

No obstará a la denuncia de siniestro la omisión de uno o más de los antecedentes requeridos por la compañía de seguros para estos efectos, sin perjuicio que puedan ser solicitados con posterioridad.

c. La Compañía Aseguradora deberá emitir un informe de liquidación en un plazo máximo de 10 días hábiles desde la fecha de entrega de los documentos requeridos en la Compañía Aseguradora. Tratándose de siniestro de invalidez, dicho plazo no podrá ser inferior a 20 días hábiles ni superior a 30 días hábiles, contados desde la recepción en la compañía de seguros de la documentación correspondiente para la correcta evaluación del siniestro. En todo caso, la Compañía pagará la indemnización en un plazo máximo de 6 días hábiles contados desde la notificación de la compañía de la procedencia de pago de la indemnización.

Para exigir el pago del Monto Asegurado, de la cobertura de Desgravamen por Invalidez Total y Permanente 2/3, el asegurado deberá presentar los siguientes antecedentes:

- Formulario de denuncia de siniestros.
- Informe médico Tratante con diagnóstico que causó invalidez.
- Fotocopia de la cédula de identidad del asegurado o certificado de nacimiento del asegurado por ambos lados.
- Certificado de liquidación de la deuda o de saldo adeudado a la fecha del fallecimiento, emitido por el acreedor.

Dependiendo de la causa de incapacidad, la Compañía podrá solicitar antecedentes adicionales para resolver el pago del siniestro, de acuerdo a las normas de evaluación y calificación del grado de invalidez del sistema establecido por el D.L.35200 de 1980. No obstante, la Compañía podrá determinar el pago de la cobertura basándose en otros antecedentes médicos antes de contar con el dictamen. En caso de que el asegurado no esté afiliado al sistema de seguridad social, el asegurado deberá proporcionar los antecedentes médicos que permitan evaluar su condición de invalidez total permanente 2/3 por accidente por parte de la Compañía. Sin embargo, se establece que la Entidad Crediticia podría no contar con todas las declaraciones de salud originales del grupo de asegurados con continuidad de cobertura.

#### **ARTICULO N°19 RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE**

Sin perjuicio de las obligaciones del asegurador, el contratante del seguro colectivo deberá informar al asegurado que forme parte de la póliza, a cerca de todas las circunstancias, modalidades, términos y condiciones del seguro, haciendo especial mención de las condiciones de asegurabilidad y exclusiones de cobertura.

#### **ARTICULO N°20 COMUNICACIÓN**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuarse con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a través del Corredor, quien deberá remitirla al Contratante.

La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza, en caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las condiciones particulares de la póliza o en las solicitud de seguro respectiva, las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado estas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo, la aseguradora deberá facilitar mecanismo para que se le realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitio web , centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su individualización mediante códigos de verificación u otros. Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de esta póliza o en la Solicitud de Seguro respectiva.

### **ARTICULO N°21 ARBITRAJE**

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, se regirá por lo estipulado en el artículo n° 543 del Código del Comercio.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, podrá, por si solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sean superior a 120 unidades de fomento (U.F.) de conformidad a lo dispuesto en la letra I) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley n° 251, de Hacienda, de 1931.

### **ARTICULO N°22 DOMICILIO**

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

## ANEXO 1

### INFORMACION SOBRE PRESTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS.

En virtud de la circular N° 2131 del 28 de noviembre del 2013 y sus modificaciones posteriores, las compañías de seguros 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, como aquellos que la Superintendencia de Valores y Seguros les derive.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en la casa matriz y en todas las agencias, oficinas o sucursales de la compañía en que se atienda público, personalmente, por correo postal, e-mail o fax, 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 por la compañía de seguros, o bien cuando exista demora injustificada en su respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, División de Atención y Educación al Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1. O a partir del 01 de marzo del 2014, en el Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Avda. Libertador Bernardo O'Higgins N1449, Piso 1, Santiago, o a través del sitio web [www.svs.cl](http://www.svs.cl)

### CANALES PARA CONSULTAS Y RECLAMOS

Las consultas y reclamos pueden ser formulados o presentados a través de las vías mencionadas a continuación:

En forma presencial, a través de las oficinas de atención a clientes ubicadas en:

- El Bosque Norte N° 500, piso 3, Las Condes, Santiago
- o Avda. Libertad 1405, Of: 1206, Viña del Mar
- o Avda. O'Higgins 300, oficina 61 y 62, piso 6, Concepción

- A través de la página web [www.pentavida.cl](http://www.pentavida.cl)
- A través del teléfono de atención a clientes 600 510 1100.

### **DEFENSOR DEL ASEGURADO**

Penta Vida Compañía de Seguros de Vida 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 Penta Vida Compañía de Seguros de Vida S.A. o a través de la página web [www.aach.cl](http://www.aach.cl).



## **ANEXO 2**

### **PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS**

(Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

#### **1) OBJETO DE LA LIQUIDACION**

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 la 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, 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 o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente 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 100UF: 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) 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 n° 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 dispondrá 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.

**ANEXO 3****INFORMACIÓN RELATIVA A LA LEY DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.**

Conforme a lo dispuesto en el artículo 17 letra B de la ley 19.496 sobre protección de los derechos de los consumidores se señala lo siguiente:

1. Información sobre los cargos, comisiones, costos y tarifas de los servicios prestados: Conforme lo establece el numeral a) del artículo 17 letra B de la ley 19.496 se informa que los costos de cada cobertura se especifican en el Condicionado Particular de esta Póliza de Seguro.
2. Información sobre las causales que darán lugar al término anticipado del contrato por parte del Prestador o Asegurador: Conforme lo establece el numeral b) del artículo 17 de la ley 19.496 se informa que las causales que darán lugar al término anticipado del contrato se encuentran establecidas en el Condicionado General identificado en el Condicionado Particular de esta póliza bajo el cual, se encuentra regida esta Póliza de Seguro.
3. Información sobre la duración del contrato: Conforme lo establece el numeral c) del artículo 17 de la ley 19.496 se informa que la duración del contrato se encuentra establecida en el Condicionado Particular de esta Póliza de Seguro. En este sentido, se hace presente que conforme al Código de Comercio usted podrá poner término en cualquier momento a la Póliza de Seguro.
4. Información relativa a este contrato sobre el Servicio al Cliente: Conforme lo establece el numeral e) del artículo 17 letra B de la ley 19.496 se informa que PENTA VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. cuenta con un Servicio al Cliente. Para hacer uso de estos servicios el Asegurado deberá contactarse con el Servicio de Atención al Cliente, contactando a su ejecutivo, ingresando a nuestra página web [www.pentavida.cl](http://www.pentavida.cl), o llamando a nuestro callcenter 600 510 1100.
5. Información relativa a este contrato sobre el sello SERNAC: Conforme lo establece el numeral f) del artículo 17 letra B de la ley 19.496 se informa que este contrato de Seguro no se encuentra adherido al Sello SERNAC.

6. Información relativa a este contrato sobre los mandatos: Conforme a lo establece el numeral g) del artículo 17 letra B de la ley 19.496 se informa que esta Póliza de Seguro no contiene mandatos, con excepción de aquellos mandatos que decida el usar el cliente destinados a la recaudación de primas: pago automático de cuentas (PAC) o pago automático de cuentas con cargo a tarjeta de créditos (PAT).

## **CONDICIONES GENERALES**

**Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 2 2013 0678**

### **ARTÍCULO 1º: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO**

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario

Este seguro se contrata conforme al Saldo Insoluto de la deuda que mantenga el Asegurado al momento del siniestro o la proporción de éste que le corresponda en caso de existir más de un deudor Asegurado.

El presente seguro es aplicable solamente a aquellos seguros de desgravamen asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931, en que la prima o una parte de ella es de cargo del deudor asegurado, persona natural o jurídica, y en las que el beneficiario del seguro es total o parcialmente la entidad crediticia.

### **ARTÍCULO 2º: FORMA DE CONTRATACIÓN**

Esta póliza sólo puede ser contratada en forma colectiva.

En la contratación colectiva de aquellos seguros de desgravamen asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931, el Contratante o entidad crediticia, adjudica en licitación a una Aseguradora conforme a los términos y condiciones licitados y a los establecidos en estas Condiciones Generales, el seguro para cubrir bajo una misma póliza, los riesgos de un grupo de personas que se denominan Asegurados, sobre sus respectivos montos asegurados.

Todo lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 517 del Código de Comercio, sobre contratación colectiva de seguros.

### **ARTÍCULO 3º: COBERTURA**

La Compañía asegura el riesgo de Muerte del o de los Deudores Asegurados que estén indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso que exista más de un deudor Asegurado para una misma deuda hipotecaria, debidamente señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, la indemnización correspondiente al Monto Asegurado, será pagada por la Compañía Aseguradora en la proporción señalada en las Condiciones Particulares de la póliza que a cada uno le corresponda.

#### **ARTÍCULO 4º: MONTO ASEGURADO**

El Monto Asegurado corresponderá al saldo insoluto de la deuda que mantenga el Asegurado o la proporción de éste que corresponda en caso de existir más de un deudor calculada en la forma que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, a la fecha de fallecimiento del Asegurado o al último día del mes inmediatamente anterior a dicha fecha.

El Acreedor Hipotecario podrá modificar el Monto Asegurado o el plan de amortización, durante la vigencia de ésta y con el debido consentimiento del o los Asegurados que financian toda o parte de la prima, a través de una solicitud por escrito a la Compañía Aseguradora. La Compañía Aseguradora evaluará las nuevas condiciones determinando el nuevo riesgo del Asegurado e indicará el monto de la nueva prima si procediere.

#### **ARTÍCULO 5º: DEFINICIONES**

Para los efectos de la presente póliza se entenderá por:

- 1. Asegurado o deudor asegurado:** La persona natural deudora del Acreedor Hipotecario, que es el propietario del inmueble hipotecado o el arrendatario en los contratos de arrendamiento de vivienda con promesa de compraventa de la Ley 19.281. El Asegurado debe estar expresamente individualizado en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 2. Beneficiario:** Es el acreedor hipotecario o entidad crediticia, que podrá ser al mismo tiempo el contratante del seguro, a cuyo favor se ha estipulado el pago de la indemnización en caso de siniestro y que estará indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. El beneficiario tendrá derecho a ser

indemnizado hasta la suma de su interés asegurable, en el saldo será indemnizado el asegurado también hasta el valor de su interés.

**3. Compañía Aseguradora o Compañía o Aseguradora:** La persona jurídica, autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros para suscribir los riesgos sobre la vida de una persona y los adicionales correspondientes, de acuerdo al DFL 251 y sus modificaciones posteriores, en la República de Chile, y quién asume y suscribe, por el pago de la prima correspondiente, los riesgos cubiertos por esta póliza.

**4. Contratante:** Es quien celebra el contrato por el grupo asegurado. El contratante es la entidad crediticia del asegurado.

**5. Entidad Crediticia:** Son los bancos, cooperativas, agentes administradores de mutuos hipotecarios endosables, cajas de compensación de asignación familiar y cualquier otra entidad que tenga dentro de su giro otorgar créditos hipotecarios. También lo serán las sociedades inmobiliarias, respecto de los seguros que deban contratar en virtud de contratos de arrendamiento de vivienda con promesa de compraventa, celebrados en conformidad a lo dispuesto en la ley 19.281.

**6. Saldo Insoluto:** Es el monto de la deuda del Asegurado a favor del Acreedor Hipotecario, de acuerdo al plan de amortización acordado con la entidad crediticia, indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

**7. Situación o Enfermedad Preexistente:** Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

## ARTÍCULO 6º: EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Asegurado fuere causado por:

1. Suicidio, automutilación, o autolesión. No obstante, la Compañía Aseguradora pagará el Monto Asegurado al Beneficiario, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido el plazo de dos años de la celebración del contrato, o de haber estado vigente el seguro por igual plazo en virtud de sucesivas renovaciones.

2. Pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo.



3. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por quien pudiere verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada.
4. Participación activa del Asegurado en guerra internacional, sea que Chile tenga o no intervención en ella; en guerra civil, dentro o fuera de Chile; o en motín o conmoción contra el orden público dentro o fuera del país; o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
5. 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.
6. 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.
7. 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 modo 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.
8. Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 5°, letra g) de estas Condiciones Generales. 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.
9. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
10. Una infección oportunista, 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:

a.- 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.

b.- Infección Oportunista incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Microbacteriana Diseminada.

c.- 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.

#### **.ARTÍCULO 7º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO**

El asegurado estará obligado a cumplir con lo estipulado en el Artículo 524 del Código de Comercio

#### **ARTÍCULO 8º: DECLARACION DEL ASEGURADO**

El Asegurado deberá realizar las siguientes declaraciones:

1. Las estipuladas en el Artículo 524, N°1) del Código de Comercio
2. Las estipuladas en el artículo 525 del Código de Comercio.

Cualquiera sea la declaración que haga el deudor asegurado en virtud de esta póliza deberá ser hecha de buena fe y respecto de las circunstancias por él conocidas y solicitadas por el asegurador.

La aseguradora deberá proporcionar los medios apropiados para que las declaraciones contenidas en este artículo, se realicen en forma expedita y eficiente, ya sea en la propuesta de seguro o en la solicitud de incorporación, o por las formas establecidas en el artículo 16, o en otras formas convenidas y expresadas así en las bases de licitación y condiciones particulares de esta póliza.

## ARTÍCULO 9º: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos años de cobertura continua, contado desde la incorporación del Asegurado, o desde que se produjere el aumento del Monto Asegurado, según corresponda, el Asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiesen sido dolosas.

Para efectos del plazo antes mencionado, se considerará la permanencia continua e ininterrumpida en uno o más seguros licitados sucesivos, aunque sean de distintas aseguradoras.

## ARTÍCULO 10º: PRIMA, FORMA DE PAGO Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima es el precio del seguro. Se establecerá como un porcentaje del saldo insoluto de la deuda, incluida la comisión del corredor de seguros, si la hubiese.

Cada vez que se modifique el Monto Asegurado en las Condiciones Particulares, con motivo de las actualizaciones, se deberá ajustar la prima, procediendo inmediatamente a su aumento o disminución, según corresponda.

**Pago de la Prima.** La prima será pagada mensualmente en forma anticipada en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca una modalidad diferente, conforme a las bases de licitación. El pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la Compañía Aseguradora pueda identificar a aquellos Asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su o sus coberturas contratadas.

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los pagos de las primas se entenderán realizados cuando hayan sido percibidos en forma efectiva por la Compañía Aseguradora.

Salvo los casos en que la prima sea cobrada directamente por la Compañía Aseguradora, ésta no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

**Plazo de Gracia.** Para el pago de la prima se podrá conceder un plazo de gracia, que será el señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si alguno de los Asegurados fallece durante dicho plazo de gracia, se deducirá de la indemnización a pagar la prima vencida y no pagada correspondiente al asegurado fallecido.

**Efecto del no pago de la prima.** La Compañía podrá, en el evento de mora o simple retardo en el pago de todo o parte de la prima, reajustes o intereses, una vez expirado el plazo de gracia señalado en las condiciones particulares, si lo hubiere, dar por terminado el contrato e informar por cualquier medio establecido en el artículo 16 o en las bases de licitación, a la entidad crediticia y al asegurado.

El término del contrato operará al vencimiento del plazo de 30 días corridos, contados desde la fecha del envío de la comunicación, de acuerdo a lo establecido en el artículo 16, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo sea pagada toda la parte de la prima, reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de 30 días recién señalado, recayere en día sábado, domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

Dicha terminación no aplicará en caso que se pague la prima antes del plazo señalado previamente.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, y de sus reajustes o intereses, o de haber desistido de la resolución, no significará que la compañía aseguradora renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

Cuando en las condiciones particulares de la póliza se haya pactado la devolución de primas por mejor siniestralidad, volumen de primas, número de Asegurados u otros conceptos análogos, corresponderá al deudor Asegurado, en la parte que hubiere sido de su cargo, cualquier suma que devuelva o reembolse el Asegurador, por estos conceptos.

## **ARTÍCULO 11º: DENUNCIA DE SINIESTROS**

Al fallecimiento de uno de los Asegurados en esta póliza, el Beneficiario podrá exigir el pago del Monto Asegurado, presentando los siguientes antecedentes:

- a) Certificado de Defunción del Asegurado,
- b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado,
- c) Otros antecedentes destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, y
- d) Certificado de liquidación de la deuda o de saldo adeudado emitido por el acreedor.

La denuncia del siniestro deberá realizarse a la compañía tan pronto sea posible, una vez tomado conocimiento del hecho, salvo caso fortuito o fuerza mayor. Se deberá entregar la documentación requerida a la Compañía Aseguradora. Estos plazos serán exigibles sólo si la compañía tiene habilitados los medios para recibir el denuncia.

No obstante lo anterior, la Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía, hasta 30 días después desde que fue posible su notificación una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento del asegurado.

La Compañía Aseguradora deberá emitir un informe de liquidación en un plazo máximo de 10 días hábiles desde la fecha de entrega de los documentos requeridos en la Compañía Aseguradora. En todo caso, la Compañía pagará la indemnización en un plazo máximo de 6 días hábiles luego de establecida su procedencia en el informe final de liquidación.

Si al momento de incorporarse a la póliza el Asegurado hubiere tenido una edad mayor que la edad máxima de ingreso, señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado la prima recibida, sin intereses...

Si a consecuencia de la evaluación del siniestro, la prima que se hubiere estado pagando por ese Asegurado correspondiera a un monto superior al Monto Asegurado, la Compañía Aseguradora pagará dicho Monto Asegurado y devolverá al Asegurado el exceso de primas pagadas, sin intereses. Por el contrario, si el Monto Asegurado efectivo fuese mayor al Monto Asegurado por el cual se ha pagado la prima, la Compañía Aseguradora sólo pagará el Monto Asegurado por el cual se pagó la prima.

## **ARTÍCULO 12º: PAGO DEL MONTO ASEGURADO**

La obligación de pagar el Monto Asegurado deberá ser cumplida por la Compañía Aseguradora en su valor total y en dinero.

El Monto Asegurado a que haya lugar en virtud de la póliza se pagará al Acreedor Hipotecario.

En todo caso, de la liquidación del siniestro será deducida cualquier prima adeudada que con la Compañía Aseguradora tuviere el Acreedor Hipotecario respecto del Asegurado siniestrado.

### **ARTÍCULO 13º: CLAUSULAS ADICIONALES**

Las Cláusulas Adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de esta cobertura para un Asegurado en particular o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

### **ARTÍCULO 14º: TERMINACIÓN**

**Termino de la póliza.** La cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales si las hubiere, terminará al cumplimiento del plazo de vigencia del contrato.

**Termino anticipado de la póliza.** La cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales si las hubiere, terminarán anticipadamente para un asegurado en particular cuando:

1. El asegurado deje de ser deudor asegurado del Acreedor Hipotecario,
2. De ocurrir el fallecimiento del Asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias señaladas en las letras a) a la j) del artículo 6. Se entenderá, además, en este caso, que no existe obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía Aseguradora.
3. Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo 10 de las presentes Condiciones Generales.
4. Cuando el Asegurado hubiere omitido o falseado información sustancial y relevante de acuerdo a lo establecido en el Artículo 8 de esta póliza.

5. Cuando el deudor asegurado que presente una póliza contratada en forma directa e individual que se ajuste a los modelos de pólizas asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931, depositados en la Superintendencia de Valores y Seguros, y que sea aceptada por la entidad crediticia. En este caso el asegurador tendrá derecho a la prima hasta la fecha en que se inicie la vigencia de la póliza individual, fecha hasta la cual deberá mantener cubierto el riesgo asegurado.

6. En caso que la moneda de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la compañía aseguradora, según lo establecido en el Artículo 20 siguiente.

En caso de término anticipado del seguro, por alguna de las razones antes indicadas, la Compañía Aseguradora hará devolución de la prima pagada no devengada al Asegurado. En caso de quiebra del asegurador, el asegurado podrá exigir alternativamente la devolución de la prima o que el concurso le afiance el cumplimiento de las obligaciones del fallido.

La terminación anticipada del contrato por alguna de estas causas señaladas en los puntos 1 al 6 anteriores, se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

A su turno, el asegurado podrá poner término anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador o a través del tomador en la forma establecida en el artículo 16.

## **ARTÍCULO 15º: REHABILITACION**

Producida la terminación anticipada de la cobertura para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Acreedor Hipotecario solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, deberá acreditar que todos los Asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía Aseguradora y pagar los gastos que originen la rehabilitación.

No se producirá el efecto de rehabilitar las coberturas de cada Asegurado o de la póliza, en su caso, si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía Aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el Acreedor Hipotecario. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

En ningún caso habrá cobertura para el período que mediere entre la terminación y la rehabilitación, por lo que no podrá haber cobro ni pago de prima por dicho lapso.

## **ARTÍCULO 16º: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se le realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su individualización mediante códigos de verificación, u otros. Estos mecanismos serán individualizados en la Condiciones Particulares de esta póliza o en la solicitud de seguro respectiva.



#### **ARTÍCULO 17º: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS**

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, se regirá por lo estipulado en el Artículo 543 del Código de Comercio.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931

#### **ARTÍCULO 18º: VIGENCIA DE LA POLIZA Y DE LA COBERTURA**

La duración de esta póliza será el plazo señalado en las Condiciones Particulares, de acuerdo a lo establecido en las bases de licitación, no debiendo ser inferior a 12 meses de vigencia ni superior a 24 meses.

En el caso que al término del contrato colectivo no se hubiese iniciado la cobertura del contrato siguiente, la Compañía aseguradora deberá dar continuidad de cobertura por un plazo máximo de 60 días, manteniéndose las condiciones pactadas.

## **ARTÍCULO 19º: DEBER DE INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

Sin perjuicio de las obligaciones del asegurador, el contratante del seguro colectivo deberá informar al asegurado que forme parte de la póliza, acerca de todas las circunstancias, modalidades, términos y condiciones del seguro, haciendo especial mención de las condiciones de asegurabilidad y exclusiones de cobertura.

## **ARTÍCULO 20º: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO**

El Monto Asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato se expresarán en cualquier moneda o unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

El valor de la moneda o unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de prima y beneficios, será el vigente al momento de su pago efectivo. La misma regla será aplicable a la devolución de prima, cuando correspondiere.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Acreedor Hipotecario no aceptare la nueva unidad y lo comunicase así a la Compañía Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

En el caso en que hubiese un cambio de moneda, la Compañía Aseguradora deberá informar de esto al Asegurado y al Contratante, dentro de los 15 días hábiles siguientes a su ocurrencia.

## **ARTÍCULO 21º: DOMICILIO**

Para todos los efectos del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que se menciona en las Condiciones Particulares de la póliza.

## **CLAUSULA ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS**

**Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD220131429**

### **ARTÍCULO 1°: INTRODUCCIÓN**

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesorio de la Póliza Principal. En consecuencia, se registrará por las Condiciones Generales de dicha póliza y por lo dispuesto en los siguientes artículos.

### **ARTÍCULO 2°: COBERTURA**

La Compañía pagará anticipadamente al Beneficiario la indemnización establecida en la Póliza Principal en caso de verificarse la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, siempre que se cumplan las siguientes condiciones copulativas:

- 1.- Que la Póliza Principal se encuentre vigente;
- 2.- Que la Invalidez Total y Permanente se produzca antes que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de esta Cláusula Adicional; y,
- 3.- Que la Invalidez Total y Permanente se produzca durante la vigencia de esta Cláusula Adicional.

Se deja expresa constancia que la cantidad a pagar por esta Cláusula Adicional será siempre igual al monto que habría que pagar por la cobertura contratada en la Póliza Principal al momento de declararse la invalidez por parte de la compañía.

Por consiguiente, el pago al Beneficiario por concepto de la presente Cláusula Adicional producirá el término inmediato de la cobertura otorgada por la Póliza Principal y de todas las demás cláusulas adicionales para el Asegurado. En consecuencia, se extinguirá el derecho al cobro de otras indemnizaciones para dicho Asegurado.

### **ARTÍCULO 3°: DEFINICIONES**

Para los efectos de la presente Cláusula Adicional se entenderá por:

1.- Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un Accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. No se consideran como Accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas que sufra el Asegurado, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

2.- Invalidez Total y Permanente: Es la pérdida irreversible y definitiva a consecuencia de una enfermedad, accidente o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales del Asegurado, que implique la pérdida de dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluada conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones, regulado por el D.L. Nº 3.500 de 1980.

En todo caso, para efectos de esta Cláusula Adicional, siempre se considerará como Invalidez Total y Permanente los siguientes casos:

La Pérdida Total de:

- la visión de ambos ojos, o
- ambos brazos, o
- ambas manos, o
- ambas piernas, o
- ambos pies, o
- una mano y un pie.

3.- Médico: Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de Médico Cirujano otorgado o validado por una Universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario.

4.- Miembros: Se entiende por tales, los largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.

5.-Órgano: Es la entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

6.-Pérdida Funcional Absoluta: Es la ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiología del o los Órganos o Miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

7.-Pérdida Total: Es la separación completa, en forma definitiva y permanente, de un Miembro u Órgano respecto del organismo al cual pertenece o también su Pérdida Funcional Absoluta.

8.-Situación o Enfermedad Preexistente: Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

#### **ARTÍCULO 4°: EXCLUSIONES**

La presente cláusula adicional no cubre el riesgo de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, si ésta fuere causada a consecuencia de:

1.- Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento;

2.- La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento o estudio clínico, exhibición, desafío o actividad objetivamente peligrosos, entendiéndose por tales aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas;

3.-La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta cláusula adicional o durante su vigencia;

4.-La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio objetivamente riesgoso que no haya sido declarado por el Asegurado al momento de contratar la presente cláusula o durante su vigencia;

5.- Situaciones de salud o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 3°, letra h) anterior. 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 las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurado, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza;

6.-Manejar bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad o encontrarse el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas o alucinógenos, de acuerdo a la legislación vigente; o,

7.- Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase como pasajero o piloto, 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.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional todas las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza principal.

#### **ARTÍCULO 5: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA**

La compañía cubrirá la Invalidez Total y Permanente que afecte al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes objetivamente riesgosos excluidos en el Artículo 4 letras (c), (d) y (g), cuando éstos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la compañía, dejándose constancia de ello en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

#### **ARTÍCULO 6°: VIGENCIA DE LA COBERTURA**

Esta Cláusula Adicional sólo será válida y regirá mientras la Póliza Principal esté vigente, no obstante, quedará sin efecto en los siguientes casos:

- 1.- Por término anticipado de la póliza principal o de la cobertura para algún Asegurado. En este caso, esto es válido sólo para dicho Asegurado;
- 2.- Por efectuarse el pago al beneficiario de la indemnización contemplada en esta cláusula adicional; o,
- 3.- A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional, rebajándose desde entonces la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.

En caso de quedar sin efecto esta cláusula adicional, el eventual pago de la prima correspondiente, no dará derecho en ningún caso a la indemnización por una Invalidez Total y Permanente del Asegurado a causa de un Accidente o Enfermedad que se produzca con posterioridad a la fecha de término de la cobertura. En tal caso, la prima será devuelta en los términos establecidos en las Condiciones Generales.

## **ARTÍCULO 7°: PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTROS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO**

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la Póliza Principal, producida la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, cualquier persona deberá comunicarlo por escrito a la Compañía y deberán presentarse todos los antecedentes relativos al siniestro.

Todo lo anterior, tan pronto sea posible una vez una vez tomado conocimiento de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, salvo en caso fortuito o de fuerza mayor. Este plazo será exigible sólo si la compañía tiene habilitados los medios para recibir el denuncia.

No obstante lo anterior, la Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda serle notificado, hasta 30 días después de que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro

Será obligación del Asegurado cumplir con lo dispuesto en el Artículo 524, N°8 del Código de Comercio, para lo cual deberá proporcionar a la Compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, como también aquellos documentos legales y autorizarla para requerir de sus Médicos tratantes y/o instituciones de salud, incluido el Instituto de Salud Pública (ISP), todos los antecedentes

que ellos posean, como también someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la Invalidez Total y Permanente. El costo de estos últimos será de cargo de la Compañía.



## ARTÍCULO 8º: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía determinará en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de entrega de los documentos requeridos en la Compañía Aseguradora, si se ha producido la Invalidez Total y Permanente de un Asegurado, conforme a los antecedentes presentados y los exámenes requeridos, en su caso, y le comunicará al Asegurado su aprobación o rechazo a la solicitud presentada, por carta certificada u otro medio fehaciente dispuesto por ella y dirigida al último domicilio que el contratante tenga registrado en la Compañía.

El Asegurado, dentro de los quince (15) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía podrá requerir que la Invalidez Total y Permanente sea evaluada por una Junta compuesta por tres Médicos Cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la Invalidez Total y Permanente del asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Cláusula Adicional y a las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980, pudiendo si corresponde, someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía Aseguradora.

Durante el período de Evaluación, y hasta que proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía, se deberá continuar con el pago regular de la prima. Si procede el pago de la indemnización, se devolverá la prima pagada por esta Cláusula Adicional desde el mes siguiente a la fecha en que de acuerdo con el artículo anterior se notifique la Invalidez Total y Permanente a la Compañía.

