

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO

Bci Seguros Vida S.A., en consideración a la Propuesta de Seguro presentada por el contratante y asegurado, su Declaración de Salud, las Condiciones Generales respectivas y las Condiciones Particulares que a continuación se detallan, acepta por medio de la presente póliza en asegurar lo siguiente:

Sucursal : Otros Canales

Póliza N° : 1692325 / 0

Ramo : Desgravamen Colectivo

Moneda : Unidad De Fomento

CONTRATANTE

R.U.T. : 96.546.470-0

Nombre : Hipotecaria La Construccion S.A.

Dirección : Av. Once De Septiembre 1901 P 2

Comuna : Providencia

Ciudad : Santiago

Teléfono : 0

VIGENCIA DEL SEGURO

Desde las 00 hrs. del: 01/01/2018

Hasta las 24 hrs. del: 31/12/2018

DATOS DE COBRANZA

Periodicidad de Pago : Mensual

Forma de Pago : Directo

Día de pago : 9

Tipo de Cobranza : Vencida

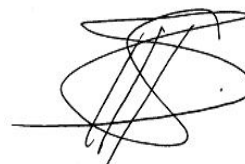
CORREDOR

R.U.T. : 78.885.300-9

Nombre : Orbital Jlt Corredores De Seguros Ltc

Comisión del Corredor : 20,00% de la Prima Neta

Ejecutivo Comercial Cia.: Dante Pasutti



Fecha emisión : 11/01/2018

BCI SEGUROS VIDA S.A.

CONDICIONES PARTICULARES

Nro. Póliza Colectiva: 1692325

Condiciones Particulares
Seguro Colectivo Fallecimiento

BCI Seguros Vida S.A., considerando los antecedentes entregados por la empresa Contratante, emite las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales, se consideran parte integrante del presente contrato.

Artículo N°1. Contratante:
Hipotecaria La Construcción S.A.
Domicilio: Avenida Nueva Providencia N° 1901, piso 2, Providencia, Santiago.
R.U.T: 96.546.470-0

Artículo N°2. Asegurador:
Bci Seguros Vida S.A.
Domicilio: Huérfanos 1189, Piso 3, Santiago Centro, Santiago.
R.U.T: 96.573.600-K

Artículo N°3. Intermediario:
JLT Orbital Corredores de Seguros Limitada.
Domicilio: Andrés Bello N°2730, piso 14, Torre B, Santiago.
R.U.T: 78.885.300-9

Artículo N°4. Beneficiarios:
Hipotecaria La Construcción S.A., o sus cesionarios.

Artículo N°5. 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.

Artículo N°6. Interés Asegurable:

El interés asegurable por parte del asegurado corresponde a su propia vida. Respecto del contratante y beneficiario tiene interés asegurable en tanto es acreedor.

Artículo N°7. Materia Asegurada:

Corresponderá al saldo insoluto del crédito, al último día del mes anterior al fallecimiento del Asegurado, sobre la base de un servicio regular de la deuda, entendiéndose como tal, el pago de la deuda conforme a la tabla de desarrollo de cada Mutuo Hipotecario que se haya otorgado. En caso de existir más de un deudor no existe proporción, el valor asegurable es el mismo para cada asegurado.

Artículo N°8. Monto 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-

Artículo N°9. Coberturas:

Cobertura de Fallecimiento (POL 2 2013 0678, Artículo N°3)

BCI Seguros Vida S.A., asegura el riesgo de Muerte del o de los Deudores Asegurados. En caso que exista más de un deudor Asegurado para una misma deuda hipotecaria, la indemnización correspondiente al Monto Asegurado, será pagada por BCI Seguros Vida S.A., en la proporción señalada en las Condiciones Particulares de la póliza que a cada uno le corresponda.

Artículo N°10. Exclusiones:

Cobertura de Fallecimiento (POL 2 2013 0678, Artículo 6)

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

- a) 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.
- b) Pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo.
- c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por quien pudiere verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada.
- d) 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.
- e) 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.

f) 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.

g) 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.

h) 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.

i) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

j) Una infección oportunistica, 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: i. 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. ii. Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por PneumocystisCarinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Microbacteriana Diseminada. iii. 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 N°11. Ámbito Territorial:
Chile.

Artículo N°12. Requisitos de Asegurabilidad:

Edad máxima de ingreso: La edad máxima de ingreso de los asegurados será hasta los 64 años y 364 días, para hombres y mujeres.

Edad máxima de cobertura: La edad máxima de cobertura de los asegurados será hasta los 79 años y 364 días para hombres y mujeres.

Por tanto, la edad del asegurado más el plazo del contrato debe ser como máximo 79 años y 364 días.

PÓLIZA No: 1692325

Artículo N°13. Condiciones de Suscripción Para Declaración Personal de Salud (DPS)

Crédito UF Edad desde 18 a 55 años

0 - 1.500 Declaración Simple

1501 - 4.500 Declaración Personal de Salud

4.501 - 7.000 Declaración Personal de Salud + Cuestionario de Examen Médico

7.001 - 9.000 Declaración Personal de Salud + Cuestionario de Examen Médico + Análisis Químico y Microscópico de Orina

9.001 - 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

Crédito UF Edad desde 56 a 64 años y 364 días

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 Espirometría

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 Espirometría + Exámenes de Laboratorio

Nota: Exámenes de laboratorios; Hemograma. Perfil Bioquímico. Perfil Lipídico. Antígeno Prostático (Sólo hombre mayores de 50 años).

Artículo N°14. Deducibles y Carencia:

La póliza de desgravamen no contempla deducibles ni carencias.

Artículo N°15. Prima del Seguro:

Prima del Seguro

- Las primas de los seguros objeto de la presente licitación serán pagadas mensualmente y por período vencido.

- El periodo de gracia en que se mantendrá la cobertura ante el no pago de la prima será de 30 días.

Coberturas Tasa Bruta Mensual (%Sobre Monto Asegurado) IVA

Desgravamen 0,01904% Exenta de IVA

Artículo N°16. Continuidad de Cobertura:

Se entenderá como continuidad de cobertura, al aseguramiento en la nueva póliza de la cartera de deudores asegurados en la póliza colectiva anterior, sin realizar una nueva suscripción, en tanto se cumplan las siguientes condiciones:

- a) El asegurado haya estado cubierto en la póliza colectiva anterior.
- b) Que el hecho esté cubierto también en el nuevo contrato de seguro;
- c) Que la causa del fallecimiento no haya sido excluida en la póliza colectiva anterior; y
- d) Que la causa del fallecimiento no haya sido objeto de una declaración falsa o reticente, exceptuada la indisputabilidad pactada.

Artículo N°17. Vigencia de la Póliza Individual:

La póliza colectiva tendrá vigencia desde las 00:00 horas del día 01 de enero de 2018 hasta las 24:00 horas del día 31 de diciembre del 2018.

Artículo N°18. Vigencia de la Póliza Colectiva:

Desde las 00:00 horas del día 01 de enero de 2018 hasta las 24:00 horas del día 31 de diciembre del 2018.

Artículo N°19. Denuncia de Siniestros:

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

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

b) 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.

PÓLIZA No: 1692325

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.

Artículo N°20. Comisiones:

Comisión de Intermediación

JLT Orbital Corredores de Seguros Limitada.

R.U.T: 78.885.300-9

Comisión: 20% sobre la prima neta + IVA.

Artículo N°21. Domicilio:

Para todos los efectos derivados de este contrato de seguro, las partes fijan como domicilio la ciudad y comuna de Santiago.

Notas:

- Se incluye Anexo relativo a Información sobre Atención de Clientes y presentación de consultas y reclamos.
- Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

ANEXO N° 1

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de Noviembre de 2013, las Compañías de Seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, 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 de la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1º, Santiago, o a través del sitio web www.svs.cl

ANEXO N° 2

Procedimiento de Liquidación de Siniestros
(Circular N° 2.106 del 31.05.2013 de S. V.S.)

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.

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:

Seguros en general: 45 días corridos desde la fecha de denuncia, a excepción de;

- a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia;
- b) Siniestros marítimos que 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 entrega 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 al 27 el 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 dispondrá de un plazo de cinco días hábiles para responder la impugnación.

PÓLIZA No: 1692325