

CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE SEGUROS DE DESGRAVAMEN / CERTIFICADO COBERTURA
CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA

PÓLIZA N°

CERTIFICADO N°

CONTRATANTE

RUT

OPERACIÓN N°

ASEGURADO

RUT

PRIMA ANUAL

CORREDOR

RUT

BENEFICIARIO

RUT

TIPO DE RIESGO ASEGURADO

- Póliza Seguro Desgravamen simple.
 Póliza Seguro Desgravamen por muerte e invalidez asociada a Créditos Hipotecarios.

PÓLIZA

- Individual
 Colectiva

VIGENCIA

Inicio
 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

- Monto
 No hay comisión

COBERTURAS

- Muerte
 Invalidez
 Otro

MONTO Saldo Insoluto Deuda

ART.

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD

- Si
 No

ART.

PERIODO DE CARENANCIA

ART.

Exclusiones

- Si
 No

ART.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

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

- Email al correo electrónico
 Carta a la siguiente dirección
 Otro

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

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: Importante. “Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por BANCO CONSORCIO directamente con la compañía de seguros.”

DEFINICIONES

CÓDIGO CMF DE LA PÓLIZA: Es el Código con que la póliza fue depositada en la Comisión para el Mercado Financiero, 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 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, del Depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero y a las Bases de Licitación Pública de la Póliza Colectiva de Desgravamen asociada a la cartera de deudores hipotecarios de Banco Consorcio, se consideran parte integrante del presente contrato.

Datos Generales de la Póliza

Contratante	Banco Consorcio
Rut	99.500.410-0
Vigencia	A contar las 00:00 horas del día 01 de julio de 2022, expirando a las 23:59 horas del día 30 de junio de 2023.
Dirección Contratante	Av. El Bosque Sur 130 Piso 7, Las Condes, Santiago
Modalidad de pago de prima	Mensual
Intermediario	Marsh S.A. Corredores de Seguros
Rut Intermediario	81.554.700-4
Comisión	3% más IVA
Dirección de la Compañía Aseguradora	Hendaya 60 Piso 7, Las Condes, Santiago

Cobertura	Condiciones Generales
Fallecimiento (Muerte)	POL 2 2013 0678

CONDICIONES PARTICULARES

ARTICULO N°1 CONTRATANTE

Empresa : Banco Consorcio
RUT : 99.500.410-0
Dirección : Av. El Bosque Sur 130 Piso 7, Las Condes, Santiago

ARTICULO N°2 COBERTURAS

La cobertura asegurada será el fallecimiento por muerte de deudores asegurados, la que se llevará a cabo bajo las condiciones generales establecidas en la póliza depositada en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL220130678

Cobertura	Condiciones Generales
Fallecimiento (Muerte)	POL 2 2013 0678 ¹

Tasa de la cobertura

Cobertura	Tasa %	Afecta / Exenta
Fallecimiento (Muerte)	0,002889	Exenta
Tasa Total	0,002889	

Edad mínima y máxima de ingreso y permanencia

Cobertura	Ingreso (edad mínima)	Ingreso (edad máxima)	Permanencia
Fallecimiento (Muerte)	18 años	64 años 364 días	75 años 364 días

ARTICULO N°3 PRIMAS

Para determinar la prima a pagar mensualmente en la cobertura de vida, por Fallecimiento, se multiplicará la tasa porcentual por el monto Asegurado en dicha cobertura. La tasa mensual indicada en el número anterior para la cobertura de Vida, por Fallecimiento, está exenta del Impuesto al Valor Agregado.

1

https://www.cmfchile.cl/sitio/seil/pagina/rgpol/muestra_documento.php?ABH89548=37G70IE7IX106634ABC14ABCIV864AJ35MNS8IYMV864AEHITB6BERY64IBM

ARTICULO N°4 ASEGURADOS

Son Asegurados: Toda persona natural, deudora de créditos hipotecarios otorgados y/o administrados por Banco Consorcio y sobre cuya vida la compañía de seguros asume el riesgo de fallecimiento.

ARTICULO N°5 MONTO ASEGURADO

Corresponderá al Saldo Insoluto de la deuda del Asegurado o la proporción de éste que corresponda en caso de existir más de un deudor, calculado a la fecha del fallecimiento, de acuerdo a lo establecido en la Póliza Colectiva de Desgravamen asociada a Créditos Hipotecarios, inscrita en el registro de pólizas de la CMF, bajo el código POL220130678.

ARTÍCULO N° 6 PLAZO DEL SEGURO CONTRATADO

Se establece como fecha de inicio de vigencia de la póliza, las 00:00 horas del día 1 de julio del 2022, expirando a las 23:59 horas del día 30 de junio del 2023. La responsabilidad que la Compañía asumirá por el contrato respectivo solo comenzará en la fecha de vigencia señalada anteriormente.

ARTÍCULO N° 7 VIGENCIA DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La cobertura de asegurados, respecto a la cobertura de vida, por Fallecimiento, regirá desde la fecha de su incorporación en la nómina de asegurados y materias aseguradas, previo cumplimiento de la edad mínima y máxima de ingreso, así como de las Condiciones de Asegurabilidad indicadas en el Numero 10 de estas Condiciones Particulares, y cuya incorporación como asegurados haya sido aceptada por la Compañía, hasta la fecha de término de la vigencia de la póliza o hasta su exclusión de la nómina o hasta el cumplimiento de la edad máxima de permanencia. Para estos efectos se entenderá que la fecha de incorporación a la nómina será la fecha de la escritura pública del crédito hipotecario. La cobertura de la presente póliza terminará en cualquier momento respecto del deudor asegurado que presente una póliza contratada en forma directa e individual que se ajuste a los modelos de pólizas depositados en la Comisión para el Mercado Financiero y que sea aceptada por el Contratante. En este caso la Compañía 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.

ARTICULO N°8 EXCLUSIONES

Para la cobertura de Vida, por Fallecimiento, serán aplicables todas las exclusiones establecidas en el Artículo 6°: EXCLUSIONES, de la Póliza Colectiva de Desgravamen asociada a Créditos Hipotecarios, incorporada al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL220130678.

ARTÍCULO N° 9 BENEFICIARIOS

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.

ARTICULO N°10 LÍMITES DE EDAD Y CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

De acuerdo a lo establecido en las respectivas Bases de Licitación, la edad mínima y máxima de ingreso y la edad máxima de permanencia del Asegurado son:

Cobertura	Ingreso (edad mínima)	Ingreso (edad máxima)	Permanencia
Fallecimiento (Muerte)	18 años	64 años 364 días	75 años 364 días

Requisitos de Asegurabilidad Exigibles	Rango de capitales/Cúmulo (en UF)			
	0 a 8.500	8.501 a 20.000	20.001 a 30.000	Sobre 30.000
	A	B	C	D

A: Declaración Personal de Salud Completa (DPS)

B: Declaración Personal de Salud Completa (DPS)+ Perfil Bioquímico + Orina Completa + Perfil lipídico

C: Declaración Personal de Salud Completa (DPS)+ Perfil Bioquímico + Orina Completa + Perfil lipídico + ECG Reposo

D: Declaración Personal de Salud Completa (DPS)+ Perfil Bioquímico + Orina Completa + Perfil Lipídico + ECG Reposo + Facultativo Reaseguro

Definición de Cúmulo: Sumatoria de los montos asegurados de cada deudor, derivados de los diferentes créditos hipotecarios contratados con Banco Consorcio.

ARTÍCULO N°11 FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Banco Consorcio será la entidad encargada de la recaudación de las primas de los seguros, la que se realizará conjuntamente con el Dividendo mensual. Al efecto, el plazo en virtud del cual se realizará el traspaso de la prima pagada a la compañía de seguros, será de 45 días contados desde la fecha de devengamiento. La entrega de los fondos se realizará mediante depósito de dicho monto en la cuenta corriente de la Compañía, N° 80995-00 del Banco de Chile.

Las primas de los seguros objeto de la presente Licitación serán pagadas mensualmente conjuntamente con el Dividendo. Banco Consorcio será la entidad encargada de la recaudación de las primas.

ARTICULO N° 12 NOMINA DE ASEGURADOS

Banco Consorcio enviara mensualmente a la Compañía una nómina con información relativa a cada uno de los nuevos deudores que deben asegurarse de acuerdo a las Bases. La referida nómina será enviada electrónicamente, durante los 15 primeros días del mes y contendrá la información establecida en la sección VI. Número 1 de la Norma de Carácter General 330 y la Circular 3.530 ambas de la Comisión para el Mercado Financiero.

Del mismo modo Banco Consorcio durante la vigencia del contrato, mensualmente enviará a la Compañía una nómina con la siguiente información de cada uno de los asegurados:

- a. Número de operación crediticia
- b. RUT
- c. Nombre
- d. Fecha de Nacimiento
- e. Sexo
- f. Fecha de otorgamiento del crédito

- g. Monto inicial del crédito (UF)
- h. Saldo insoluto a la fecha del informe en unidades de fomento. Si existe más de un deudor asociado al mismo crédito se informará el saldo insoluto de cada uno.
- i. Plazo remanente del crédito
- j. Tasa de interés crédito
- k. Prima pagada (UF).

Conformidad: Penta Vida Compañía de Seguros de Vida S.A enviará a Banco Consorcio una nota de conformidad respecto a la información mensual recibida. Todo lo anterior sin perjuicio de que el Contratante deberá dar acceso a la Aseguradora a los antecedentes necesarios para suscribir los riesgos de los asegurados que se incorporen a la póliza colectiva y para liquidar adecuadamente los siniestros.

ARTICULO N°13 CERTIFICADO DE COBERTURA

La emisión y el envío de los informes o resúmenes de la cobertura para el stock de asegurados vigentes se realizara por Penta Vida Compañía de Seguros de Vida S.A conforme a lo estipulado en la NCG 330, al inicio del nuevo contrato. Para el caso de los asegurados (flujo), los certificados de cobertura se emitirán y entregaran mensualmente a los respectivos clientes, en los términos que señala el artículo 527 del Código de Comercio y la Circular 2123 de la CMF. Para tal efecto, la Compañía deberá emitir y enviar al Banco los respectivos certificados de cobertura dentro del plazo máximo de cinco días hábiles de recibida la nómina de asegurados. Del mismo modo, dichos certificados de cobertura podrán estar disponibles en la página web de la Compañía, mediante un acceso exclusivo para el Banco y para el Corredor de Seguros. Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de la Compañía de informar al Asegurado lo establecido en el Título V de la Norma de Carácter General 330 de la Comisión para el Mercado Financiero.

ARTICULO N°14 PROCEDIMIENTOS DE SINIESTROS

1) Aviso de siniestros

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.

El denuncia del siniestro debe ser realizado a la Compañía por el Corredor o por el Contratante a través de la plataforma dispuesta para esto en <https://colectivos.pentavida.cl> ingresando el usuario con el mail y clave de acceso.

Si es una persona natural quien denuncia el siniestro en la Compañía, puede hacerlo a través de la página web en: <https://www.pentavida.cl>

2) Documentos necesarios para efectuar la denuncia de siniestro

Deberán remitirse como mínimo, los siguientes documentos a la Compañía aseguradora:

- 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.
- Cualquier otra información que la Compañía aseguradora precise para liquidar adecuadamente el siniestro que se esté reclamando.
- Formulario de reclamo de siniestros emitido por la Compañía.

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.

3) Plazo para la liquidación y pago de indemnización:

El plazo para la emisión del Informe de liquidación, en caso de fallecimiento, no podrá ser inferior a cinco días hábiles ni superior a diez días hábiles contados desde la recepción en la compañía aseguradora de la documentación correspondiente para la correcta evaluación del siniestro.

El plazo para el pago de la indemnización no podrá ser inferior a tres días hábiles ni superior a seis días hábiles, contados desde la notificación de aceptación de la Penta Vida Compañía de Seguros de Vida de la procedencia del pago de la indemnización.

ARTICULO N°15 DEFINICION DE ACUMULACION

Se entenderá por acumulación la suma de todos los créditos hipotecarios que una persona mantenga con el contratante, en un momento determinado del tiempo, incluyendo aquel que es sujeto de análisis y aprobación por parte de la Compañía aseguradora. Será responsabilidad de esta última detectar estos casos e informar al Banco cuando esto signifique cambios en las exigencias médicas a aplicar al cliente.

ARTICULO N°16 INTERMEDIACION

Nombre del Intermediario: Marsh S.A. Corredores de Seguros

RUT: 81.554.700-4

ARTICULO N°17 COMISION

La comisión del intermediario será del 3% más el impuesto al valor agregado de la prima neta recaudada.

ARTICULO N°18 SOLUCION 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 Comisión para el Mercado Financiero 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 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ANEXO N° 1**Procedimiento de Liquidación de Siniestros**

(Circular N° 2.106 del 31.05.2013 de C. M.F.)

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.

ANEXO N° 2

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.cmfchile.cl



Compañía de Seguros de Vida S.A.

