

## 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°** : 2301179 / 0

**Ramo** : Desgravamen Colectivo

**Moneda** : Unidad De Fomento

### CONTRATANTE

**R.U.T.** : 99.500.410-0

**Nombre** : Banco Consorcio

**Dirección** : Ahumada 370

**Comuna** : Santiago

**Ciudad** : Santiago

**Teléfono** : 0

### VIGENCIA DEL SEGURO

**Desde las 00 hrs. del:** 01/10/2020

**Hasta las 24 hrs. del:** 30/09/2022

### DATOS DE COBRANZA

**Periodicidad de Pago** : Mensual

**Forma de Pago** : Dividendo

**Día de pago** : 9

**Tipo de Cobranza** : Vencida


### CORREDOR

**R.U.T.** : 96.573.600-K

**Nombre** : Bci Seguros Vida Sa

**Comisión del Corredor** : 0,00% de la Prima Neta

**Ejecutivo Comercial Cia.:** Ignacio Olave



**BCI SEGUROS VIDA S.A.**

Fecha emisión : 07/05/2021

**CONDICIONES PARTICULARES**

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:

Banco Consorcio  
R.U.T: 99.500.410-0

Artículo N°2. Asegurador:

BCI Seguros Vida S.A.  
R.U.T: 96.573.600-K

Artículo N°3. Corredor:

Sin Corredor.

Artículo N°4. Beneficiarios:

El beneficiario es Banco Consorcio.

Artículo N°5. Asegurados:

Toda persona natural o jurídica deudora de créditos hipotecarios otorgados y/o administrados por Banco Consorcio.

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. Requisitos de Asegurabilidad:

Desgravamen  
Edad mínima de ingreso: 18 años.  
Edad máxima de ingreso: 54 años y 364 días.  
Edad máxima de permanencia: 75 años y 364 días.

Invalidez 2/3

Edad mínima de ingreso: 18 años.  
Edad máxima de ingreso: 54 años y 364 días.  
Edad máxima de permanencia: 64 años y 364 días.

Artículo N°8. Condiciones de Suscripción:  
Capital Hasta 55 años  
0 a UF 2.200 Declaración de Salud Simple

Artículo N°9. Materia y Monto Asegurado:  
Corresponderá al saldo insoluto de la deuda, calculado al último día del mes inmediatamente anterior a la fecha de fallecimiento o de la declaración de invalidez del asegurado. Este concepto se aplicará para los efectos de determinar el monto de la prima mensual a pagar por cada asegurado.

Artículo N°10. Saldo Insoluto:  
Monto de la deuda del Asegurado a favor de Banco Consorcio, de acuerdo al plan de amortización acordado por el deudor con Banco Consorcio. La forma de cálculo del saldo insoluto, de acuerdo al artículo 5 de la POL220130678, se realizará al último día del mes inmediatamente anterior a la fecha de fallecimiento del asegurado; y de acuerdo a la Cláusula Adicional inscrita en el registro de pólizas de la CMF bajo el código CAD220131429, se realizará al último día del mes inmediatamente anterior a la fecha de la declaración de invalidez del asegurado.

Artículo N°11. Coberturas:  
Cobertura de Desgravamen (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.

Cobertura Invalidez Total y Permanente 2/3 (CAD 2 2013 1429, Artículo 2)  
Bci Seguros Vida S.A., pagará anticipadamente al Beneficiario la indemnización en caso de verificarse la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, siempre que se cumplan las siguientes condiciones copulativas:

- (a) Que la Póliza Principal se encuentre vigente;
  - (b) Que la Invalidez Total y Permanente se produzca antes que el Asegurado cumpla setenta y nueve años y treientos sesenta y cuatro días de edad;
  - (c) 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.

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.

Artículo N°12. Exclusiones:

Cobertura de Desgravamen (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 pudiese 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 5º, 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 oportunística, 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 Oportunística 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.

**Cobertura Invalidez Total y Permanente 2/3 (CAD 2 2013 1429, Artículo 4)**

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

(a) 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;

(b) 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;

(c) 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;

(d) 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;

(e) 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;

(f) 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,

(g) 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 N°13. Prima del Seguro:**

- 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, será de 45 días contados desde la fecha de devengamiento.

- 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	0,005815%	Excenta de IVA
Invalidez Permanente Dos Tercios	0,002966%	Iva Incluido
Desgravamen e ITP 2/3	0,008781%	Iva Incluido

Artículo N°14. Vigencia de la Cobertura Individual:

La cobertura individual de cada asegurado entrará a regir en la fecha de firma de la escritura pública de mutuo o préstamo hipotecario por parte del deudor, y se mantendrá hasta el vencimiento de la póliza colectiva.

Artículo N°15. Vigencia de la Póliza Colectiva:

La póliza colectiva tendrá vigencia desde las 00:00 horas del día 01 de octubre de 2020 hasta las 24:00 horas del día 30 de septiembre del 2022.

Artículo N°16. Denuncia de Siniestros:

Cobertura de Desgravamen

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

1. Certificado de Defunción del Asegurado,
2. Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado,
3. Otros antecedentes destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, y
4. 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.

**Cobertura Invalidez Total y Permanente 2/3**

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 N°17. 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 Comisión para el Mercado Financiero, 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](http://www.cmfchile.cl)

**ANEXO N° 2**

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.