

**PÓLIZA MADRE**  
**SEGURO CESANTÍA CONSUMO BANCO CONSORCIO**

Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A., considerando: A) La Propuesta de Seguro presentada por el proponente, B) El plan de pago acordado en ella, C) La Inspección, la Declaración de Objetos Especiales y los Antecedentes del Riesgo, D) Las Condiciones Generales y Particulares insertas en la presente póliza y aceptadas por ambas partes, todo lo cual se considera parte integrante del presente contrato, asegura a:

Contratante : Banco Consorcio. Rut : 99.500.410-0.  
Dirección : Av. El Bosque Sur 130, Piso 7.  
Comuna : Las Condes.  
Ciudad : Santiago Región : RM

---

Póliza colectiva : 22678  
Plan de Seguro : Cesantía Consumo Banco Consorcio.  
Vigencia : 00:01 horas del 01/01/2022 hasta las 23:59 horas del 31/12/2022

---

**MATERIA ASEGURADA**

SEGUN DETALLE EN CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

---

Domicilio Especial : Santiago  
Fecha Emisión : 01/01/2021  
  
Corredor : Consorcio Corredores de Seguros Limitada  
Rut Intermediario : 77.244.858-9.  
Comisión Intermediario : 13% sobre la Prima Neta + IVA



---

**Compañía de Seguros Generales**  
**Consorcio Nacional de Seguros S.A.**  
Rut 96.654.180-6

## CONDICIONES PARTICULARES SEGURO CESANTÍA CONSUMO BANCO CONSORCIO

Las presentes Condiciones Particulares en conjunto con las Condiciones Generales que se encuentran inscritas en el Registro de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código **POL1 2014 0025**, forman la póliza de Seguro Cesantía Consumo Banco Consorcio en virtud de la cual Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A., en adelante la Compañía, cubre el riesgo descrito en éstas y constituye la cobertura que se otorga en virtud de este plan.

El Contratante de este seguro es Banco Consorcio, en beneficio de sus clientes que se incorporen a la póliza colectiva del Seguro Cesantía Consumo Banco Consorcio, quienes serán considerados como Asegurados para los efectos de la presente póliza.

### RESUMEN DEL SEGURO

#### 1. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.

Las coberturas otorgadas en virtud de esta póliza son las siguientes:

- a) Desempleo involuntario del Asegurado (POL 1 2014 0025):** Según lo indicado en el Artículo 3, punto 3.2, letra (A) de las Condiciones Generales, esta póliza cubre los casos de cesantía involuntaria del trabajador, que es aquella que se produce por circunstancias no imputables al actuar del Asegurado y que implique la privación total de ingresos por conceptos laborales. En el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de cesantía involuntaria, la Compañía otorgará al beneficiario una indemnización de **máximo 3 cuotas** del crédito de consumo solicitado por cada mes de cesantía involuntaria, **comenzando dicha cobertura en el mes subsiguiente a la ocurrencia del siniestro. Lo anterior, debido a que el mes siguiente a ocurrido el siniestro corresponde al deducible de la póliza.**

Las cuotas se indemnizarán por cada mes de cesantía involuntaria, pagaderas al vencimiento de cada cuota, habiéndose acreditado el desempleo involuntario del Asegurado y con un **tope de UF 25** por cada una.

- b) Incapacidad temporal a consecuencia de enfermedad y/o accidente (POL 1 2014 0025):** Según lo indicado en el Artículo 3, punto 3.2, letra (B) de las Condiciones Generales de la póliza, en el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de incapacidad temporal la Compañía otorgará al beneficiario una indemnización de **máximo 3 cuotas** del crédito de consumo solicitado por cada mes de incapacidad temporal, **comenzando dicha cobertura en el mes subsiguiente a la ocurrencia del siniestro. Lo anterior, debido a que el mes siguiente a ocurrido el siniestro corresponde al deducible de la póliza.**

Las cuotas se indemnizarán por cada mes de incapacidad temporal, pagaderas al vencimiento de cada cuota, habiéndose acreditado la incapacidad temporal a consecuencia de enfermedad y/o accidente del Asegurado y con un **tope de UF 25** por cada una.

Se entiende por incapacidad temporal a consecuencia de enfermedad o accidente, todo evento en el cual al Asegurado se le haya otorgado una licencia médica por un período mínimo de 30 días de duración, considerando sus respectivas prórrogas, siempre y cuando éstas sean producto de la misma incapacidad original.

Se deja expresa constancia que el Asegurado **solamente podrá invocar una de las dos coberturas (Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal), de acuerdo al estado en que se encuentre al momento de presentar el siniestro (trabajador dependiente o independiente)**, siempre y cuando cumpla las condiciones de cobertura. Nunca se podrá solicitar indemnización por ambas coberturas al mismo tiempo.

**En caso de ocurrencia de un siniestro por Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal dentro de los 30 días siguientes a la contratación del seguro, sólo se pagará un 10% de la primera cuota indemnizable del Crédito de Consumo con tope UF 2,5. No se pagará indemnización por las siguientes cuotas.**

#### 2. DEFINICIONES.

Para los efectos de esta póliza se entenderá por:

- a) Beneficiario:** Banco Consorcio.

**b) Período Activo Mínimo:** Lapso de 365 días, durante los cuales el Asegurado que ya ha sido indemnizado en razón del seguro y que ya ha obtenido nuevamente empleo, debe mantenerse en éste para poder invocar el seguro si incurre nuevamente en cesantía involuntaria. En caso de incapacidad

temporal, este período corresponderá a los 365 días que deben transcurrir entre la fecha de expiración de la última licencia médica y el nuevo evento.

- c) **Franquicia:** Período de 30 días durante el cual el asegurado debe permanecer en situación de cesantía involuntaria o incapacidad temporal para poder reclamar la indemnización.
- d) **Antigüedad laboral:** Lapso de 365 días, durante los cuales, el Asegurado deberá depender de un mismo empleador para tener derecho a la cobertura de desempleo.
- e) **Deducible:** Una cuota del crédito de consumo solicitado, correspondiente a la cuota inmediatamente siguiente a la ocurrencia del siniestro.
- f) **Trabajador Independiente:** Persona que ejerce una actividad u oficio en forma independiente y obtiene de dicho ejercicio la totalidad o, a lo menos el importe mayoritario de sus ingresos.
- g) **Trabajador Dependiente:** Asegurados con calidad de empleados dependientes de acuerdo a la legislación laboral chilena quienes, en virtud de un contrato de trabajo indefinido prestan servicios o desempeñan funciones para un empleador, bajo vínculo de subordinación y dependencia, percibiendo por tales servicios una remuneración.
- h) **Pensionado y/o Jubilado:** Toda persona que recibe una pensión o jubilación y siempre que no desempeñen una actividad remunerada con vínculo de subordinación y dependencia en virtud de un contrato de trabajo indefinido.

### 3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD.

- Edad mínima de ingreso del Asegurado: 18 años cumplidos.
- Edad máxima de ingreso del Asegurado: 69 años y 364 días.
- Edad máxima de permanencia del Asegurado: 76 años y 364 días.
- Tener Continuidad Laboral de 1 año, entendiéndose como tal al período ininterrumpido en el cual el asegurado se ha encontrado en una relación de subordinación y dependencia, de 1 o más empleadores, y sin períodos de cesantía o desempleo de más de 2 días hábiles entre cada uno de ellos. Se solicitarán al asegurado las últimas 12 cotizaciones de AFP al momento de la contratación.

### 4. EXCLUSIONES.

Las coberturas otorgadas en virtud de esta póliza no serán exigibles a la compañía en los siguientes casos:

- a. Cuando la Incapacidad Temporal sea por reposo o licencia a causa de embarazo o cualquier enfermedad producida con motivo del embarazo.
- b. La Incapacidad Temporal cuando sea de origen nervioso o psíquico (incluyendo depresión) y enfermedades a la espalda.
- c. Participación del Asegurado en actos temerarios o deportes notoriamente peligrosos o riesgosos, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

### 5. PRIMA.

La prima es única y pagada por el Asegurado. Se calcula mediante una tasa que se aplica sobre el monto inicial líquido del crédito de consumo solicitado. La tasa bruta y prima correspondiente se encuentran señaladas en el presente Certificado de Cobertura.

### 6. DEVOLUCIÓN DE PRIMA.

En caso de extinción o disminución de la deuda por prepago del crédito, la Compañía aseguradora devolverá al deudor asegurado la prima no consumida.

### 7. VIGENCIA DE LA COBERTURA.

El inicio de vigencia será la fecha en que el Asegurado firme la Solicitud de Incorporación, la cual está señalada en el presente certificado de cobertura. La vigencia de la cobertura será igual a la vigencia del crédito de consumo solicitado, es decir, su vigencia comienza y termina en la misma fecha de inicio y término del crédito, respectivamente.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso de pago anticipado o extinción del crédito de consumo por otra causa antes de haberse cumplido el plazo del mismo, las coberturas cesarán en forma inmediata, en cuyo caso la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima efectivamente pagada correspondiente al tiempo que falta por transcurrir desde la fecha en que opera la terminación del contrato.

La cobertura cesará respecto de los Asegurados por cualquiera de las causas mencionadas en el Artículo 12 de las Condiciones Generales de la póliza. Se deja expresa constancia que el término de vigencia de la cobertura respecto de uno o todos los Asegurados no implicará el término de la vigencia de la póliza, la cual se regirá para todos los efectos por lo dispuesto en el numeral precedente.

El Asegurado podrá poner término a su cobertura en cualquier momento mediante comunicación escrita dirigida a la Compañía.

## **8. VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA.**

La póliza tendrá vigencia desde las 00:01 horas del 01/01/2022 hasta las 23:59 horas del 31/12/2022 y se renovará automáticamente por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno si ninguna de las partes informa a la otra su intención de no renovar la póliza, aviso que deberá ser enviado antes de 60 días del término de su vigencia.

## **9. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS.**

### **A. En caso de Desempleo:**

El Asegurado o quien lo represente, debe denunciar el siniestro tan pronto le sea posible, dentro de un plazo de 60 días corridos desde la fecha de ocurrencia del siniestro. Posteriormente, para cobrar las cuotas siguientes, el plazo es de 45 días corridos posteriores a la fecha de vencimiento de cada cuota reclamada.

Documentos requeridos para el pago de la primera cuota de Desempleo para trabajadores dependientes. (Esta cuota corresponde a la subsiguiente a la ocurrencia del siniestro):

1. Formulario de denuncia de siniestros firmado por el Asegurado.
2. Fotocopia de Cédula de Identidad del Asegurado por ambas caras.
3. Documento emitido por Banco Consorcio en el cual se identifique claramente al Asegurado y el monto de la cuota del Crédito de Consumo.
4. Copia del finiquito legalizado. En ausencia del finiquito del empleador, el Asegurado debe adjuntar copia de:
  - a. Acta de comparecencia emitida por la Inspección del Trabajo, donde se establezca la causal y fecha de despido.
  - b. Avenimiento celebrado y aprobado por el Juzgado Laboral correspondiente, donde se establezca la causal y fecha de despido.
  - c. Sentencia judicial ejecutoriada dictada por el Juzgado Laboral correspondiente donde se establezca la causal de despido.
  - d. Carta del Veedor (Ex Síndico de Quiebra) cuando corresponda.
  - e. Carta con la firma de la autoridad internacional correspondiente con indicación expresa de causal y fecha de despido (aplicable a trabajadores que mantengan un vínculo laboral con Embajadas o Consulados u otros organismos internacionales).
5. En el caso de empleados públicos, docentes y miembros de las Fuerzas Armadas y de Orden, copia legalizada del Decreto o Resolución del organismo que corresponda en el que se pone término a la relación laboral.
6. Certificado de las últimas 12 cotizaciones de AFP o Certificado del subsidio de cesantía (Caja de Compensación, A.F.C. o INP) con fecha de emisión posterior al mes cobrado. El período consultado en el certificado debe incluir las cotizaciones del mes de emisión hacia atrás, es decir, debe incluir los meses sin cotización.
7. Copia del presente certificado de cobertura.

Documentos requeridos para el pago de las siguientes cuotas de desempleo:

1. Formulario de denuncia de siniestros firmado por el Asegurado y representante de Banco Consorcio.
2. Fotocopia de Cédula de Identidad del Asegurado por ambas caras.
3. Certificado de las últimas 12 cotizaciones de AFP o Certificado del subsidio de cesantía (Caja de Compensación, A.F.C. o INP) con fecha de emisión posterior al mes cobrado. El período consultado en el certificado debe incluir las cotizaciones del mes de emisión hacia atrás, es decir, debe incluir los meses sin cotización.
4. Copia del presente certificado de cobertura.

### **B. En caso de Incapacidad Temporal:**

El Asegurado o quien lo represente, debe denunciar el siniestro tan pronto le sea posible, dentro de un plazo máximo de 60 días corridos desde la fecha de ocurrencia del siniestro para presentar los antecedentes por escrito a la Compañía. Posteriormente, para cobrar las cuotas siguientes, el plazo es de 45 días corridos posteriores a la fecha de vencimiento de cada cuota reclamada.

Documentos requeridos para el pago de la primera cuota de Incapacidad Temporal. (Esta cuota corresponde a la subsiguiente a la ocurrencia del siniestro):

1. Formulario de denuncia de siniestros firmado por el Asegurado.
2. Fotocopia de Cédula de Identidad del Asegurado por ambas caras.

3. Documento emitido por Banco Consorcio, en el cual se identifique claramente al Asegurado y el monto de la cuota del Crédito de Consumo.
4. Certificado o licencia médica que acredite la Incapacidad Temporal superior o igual a 30 días, indicando claramente el nombre de la dolencia y fecha en que fue diagnosticada.
5. Certificados de ingresos o comprobante de pago de impuesto a la renta (Declaración de Impuesto de los últimos 3 meses antes de caer en estado de incapacidad; Declaración de Impuesto a la Renta, adjuntando las últimas tres boletas de honorarios antes de caer en estado de incapacidad).

Documentos requeridos para el pago de las siguientes cuotas de Incapacidad Temporal:

1. Formulario de denuncia de siniestros firmado por el Asegurado.
2. Certificado médico (relacionado con el diagnóstico original) o continuación de licencia anterior.
3. Copia del presente certificado de cobertura.

Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar cualquier otro antecedente que estime necesario para realizar la liquidación de cualquiera de las coberturas, de conformidad a la normativa vigente.

#### **10. SELLO SERNAC.**

Este seguro no cuenta con Sello SERNAC.

#### **11. MANDATO DE CARGA DE PRIMA Y AUTORIZACIÓN.**

Autorizo expresamente a Banco Consorcio para descontar del crédito solicitado el importe correspondiente a la prima respectiva para este seguro.

#### **12. COMISIÓN DE INTERMEDIACIÓN.**

13% + IVA sobre la prima neta recaudada, descontadas las devoluciones y cancelaciones.

Pagado a: Consorcio Corredores de Seguros Limitada, Rut 77.244.858-9.

#### **13. COMISIÓN DE RECAUDACIÓN.**

15% + IVA sobre la prima neta recaudada, descontadas las devoluciones y cancelaciones.

Pagado a: Banco Consorcio, Rut 99.500.410-0

#### **14. DERECHO DE RETRACTO.**

El asegurado podrá, sin expresión de causa ni penalización alguna, retractarse del seguro contratado dentro del plazo de 10 días contados desde la contratación. Dicha retractación deberá comunicarse a la compañía aseguradora o al contratante por cualquier medio que permita la expresión fehaciente de dicha voluntad.

*(\*) Válido exclusivamente para seguros contratados a través del sitio web de Banco Consorcio.*

#### **15. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito, mediante correo electrónico, carta cuyo despacho sea debidamente certificado u otro medio de contacto fehaciente, dirigida al domicilio de Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A., Avda. El Bosque Sur 180, Las Condes, Santiago o al domicilio o dirección de correo electrónico que el Contratante, Asegurado o Beneficiario haya informado para estos efectos a la Compañía, en caso que corresponda, ya sea en la propuesta de seguro, en las Condiciones Particulares o en el denuncia de siniestro si procede.

La Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes." Copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de Consorcio y en [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 la Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A. o a través de la página web [www.ddachile.cl](http://www.ddachile.cl)

**COMUNICACIONES Y USO DE INFORMACIÓN PERSONAL:**

El Cliente otorga autorización a las compañías de seguros, corredora de bolsa, banco y demás empresas pertenecientes al grupo Consorcio Financiero S.A. (las Empresas) a que se recopile toda información, antecedentes y datos de carácter personal suministrados en este acto o durante la vigencia de cualquiera de los productos contratados con ellas, autorizando y aceptando expresamente la transmisión y almacenamiento de los mismos en Chile como en el extranjero, incluidos aquellos sujetos a secreto o reserva bancaria. Asimismo, autoriza a realizar todos los actos entre dichas compañías que sean necesarios para transmitir, comunicar, compartir, almacenar, conservar, procesar, modificar, actualizar, así como todo otro acto regulado en la Ley 19.628 y demás normativa vigente, para el adecuado cumplimiento de los siguientes propósitos:

Enviar a la dirección física, correo electrónico y/o número de telefonía móvil, todos aquellos antecedentes relacionados con los productos contratados y cualquier otro tipo de información comercial y/o promocional sobre cualquier producto o servicio ofrecido al público, sea con el propósito de informarlo, con el fin de poder conocerlos, acceder a sus condiciones objetivas, precios y tarifas, consultar sobre sus características relevantes, cotizarlos y/o contratarlos con cualquiera de las Empresas.

El Cliente se compromete a mantener los datos actualizados y exactos, como también a informar de modificaciones respecto a la información relativa a ella, tan pronto como sea posible.

El Cliente podrá revocar en cualquier tiempo la autorización precedentemente otorgada, en su sitio privado de internet o por los demás medios de atención a clientes dispuestos por las Empresas.

**NOTA: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros.****ANEXO****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 1°, Santiago, o a través del sitio web [www.cmfchile.cl](http://www.cmfchile.cl).

Consorcio cuenta con una Unidad de Servicio a Clientes orientada a atender todas las consultas, requerimientos y reclamos de los clientes, relacionados con su producto contratado, y en general, con todo lo regulado en el presente contrato.

Consorcio pone a su disposición los siguientes Canales de Contacto:

- i. Sucursales de Arica a Punta Arenas. El listado de todas las sucursales y sus horarios de atención se encuentran informados en la página web [www.consorcio.cl](http://www.consorcio.cl).
- ii. Contact Center, llamando al teléfono 600 221 3000.
- iii. Página web [www.consorcio.cl](http://www.consorcio.cl). Usted puede contactarse con Consorcio a través de la sección Contáctanos, en nuestra página web.

**ANEXO****(Circular N° 2106 Comisión para el Mercado Financiero)  
PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS****1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN**

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

## 2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

## 3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

## 4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

## 5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

## 6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncia, a excepción de:

- a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia;
- b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia;

## 7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión para el Mercado Financiero, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

## 8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012),

## 9) IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado. Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.