

POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS SEGURO DESGRAVAMEN

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de Póliza : **11477855**
RUT Contratante : 99.500.410-0
Nombre Contratante : Banco Consorcio
Fecha de Vigencia : Desde 01 de Enero de 2018 Hasta el 31 de Diciembre de 2018

En consideración a las Condiciones Generales que se indican en este contrato y las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, todo lo cual se considera parte integrante de este contrato y es aceptado por ambas partes, se extiende la presente póliza.

En caso de no existir reparo alguno a los términos contenidos dentro de los 30 días hábiles siguientes a la fecha de recibido, queda entendido que su contenido es aceptado y conocido por ambas partes.



Rodrigo Farías Muñoz
Gerente Operaciones
Compañía de Seguros de Vida
Consorcio Nacional de Seguros S.A.

Banco Consorcio
(Firma Contratante)

Santiago, 03 de enero de 2018

POLIZA N°: 11477855

POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS CONDICIONES PARTICULARES

Compañía de Seguros Vida Consorcio Nacional De Seguros, 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.

Datos generales de la Póliza:

Contratante	: Banco Consorcio
Rut	: 99.500.410-0
Dirección Contratante	: Av. El Bosque Sur N° 180, Piso 7, Las Condes.
Grupo Empresarial	: Banco Consorcio Desgravamen
Vigencia	: Desde 01 de Enero de 2018 Hasta el 31 de Diciembre de 2018
Modalidad pago de prima	: Mensual
Tipo de Facturación	: Factura por cobrar
Tipo de Cobranza	: Vencida
Ámbito Territorial	: República de Chile
Intermediario	: Global Corp Corredores de seguros limitada
Rut Intermediario	: 76.300.540-2
Comisión	: 0.1% sobre prima neta.
Dirección de la Compañía	: El Bosque Sur N° 180, Las Condes, Santiago.

Cobertura(s) Contratada(s) por Asegurado:

Cobertura	Condiciones Generales que Rigen la Cobertura	Asegurados con Cobertura
Fallecimiento	: POL220140173	Titular

I.CONDICIONES ESPECIALES CONTEMPLADAS EN LA POLIZA

Descripciones

- La presente póliza considera las siguientes modalidades de comisión además de la de intermediación:
Comisión Recaudación: 0.27% sobre la prima neta recaudada
Comisión Uso de Canal: 0.99% sobre prima neta recaudada
- No se cubren Preexistencias relacionadas, consecuencias y/o derivaciones de las mismas por enfermedades conocidas con anterioridad a la vigencia del asegurado en el seguro, se cubren entonces, patologías desarrolladas durante la permanencia del asegurado en el seguro
- Cualquier modificación al presente contrato de seguro y/o a las condiciones en que se encuentre amparado algún asegurado, requerirá siempre la autorización previa y expresa de BANCO CONSORCIO S.A., en cuanto sea el contratante.
- Cualquier cambio en la actividad de los asegurados, capitales o condiciones vigentes, se evaluará nuevamente el riesgo.
- El cumulo máximo de capital para un mismo asegurado no podrá superar los 400 UF.

CONDICIONES DEL PLAN SEGURO DESGRAVAMEN INCLUIDO EN ESTA POLIZA.

Cía. Seg. Vida Consorcio Nacional De Seguros, 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 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

Por estas coberturas la compañía pagará el monto asegurado que corresponda, según se define en estas condiciones particulares y las respectivas condiciones generales de cada una de las coberturas aseguradas.

Capital Asegurado

Saldo insoluto de la deuda, donde el capital máximo a asegurar equivale a UF 400.

Tasa

La póliza tiene una tasa anual de 15.00 0/00 sobre el saldo insoluto al cierre de cada mes.

Beneficiarios

Banco Consorcio S.A.

Primas

Las primas serán de cargo de Banco Consorcio S.A.

Créditos

Tipo : Consumo Pensionados Prima Única
Amortización : Mensual regular
Plazo Deuda : Hasta la extinción de los créditos, máximo 72 Meses.

Requisitos de Asegurabilidad

		Requisito de Asegurabilidad Edades máxima	
Coberturas Vida	Capital	Ingreso	Permanencia
Fallecimiento	(*)	79 años y 364 días	Al cumplir 85 años

Las edades máximas de ingreso y permanencia de los asegurados en la póliza para estar protegidos por esta (s) cobertura (s)

La siguiente tabla indica las exigencias médicas que deben ser presentadas al momento de la incorporación de un asegurable o al solicitar aumento de capital. Las exigencias médicas serán solicitadas según edad del asegurable y capital solicitado:

Rango de Capital	Rango de Edad
	18-80
Hasta UF 400	Sin requisitos

DS: Declaración de Salud

(*)Para seguros de Desgravamen

ARTICULO 5: EXCLUSIONES

Se modifica letra a) Suicidio o muerte producida a consecuencia de lesiones auto inferidas. No obstante, respecto de la cobertura que otorga este contrato de seguro, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido un (1) años completos e ininterrumpidos desde: la fecha de incorporación del asegurado a este contrato de seguro o de haber estado vigente este contrato de seguro producto de sucesivas renovaciones, desde su rehabilitación, o desde el aumento del capital asegurado. En este último caso si ya se ha

cumplido el plazo antes referido, el plazo volverá a computarse pero sólo respecto del incremento del capital asegurado.

ARTÍCULO 6: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La Compañía Consorcio Nacional de Seguro no otorgará cobertura al riesgo de muerte por fallecimiento del asegurado que se produzca a consecuencia de las exclusiones indicadas en el Artículo 7, letras h) e i) del presente contrato de seguro, con un pago de prima adicional.

ARTÍCULO 10: DENUNCIA DE SINIESTROS:

Las denuncias de Siniestros deberán realizarse a través de las oficinas que dispones en todo territorio nacional Consorcio Nacional de Seguros o sitio Web de la Compañía.

Para obtener información sobre las condiciones del seguro y procedimiento de liquidación de siniestros, dirijase a su Intermediario o Ejecutivo Consorcio de Seguros Colectivos.

Procedimiento de Pago de Siniestros

El asegurado deberá presentar el Denuncio de Siniestro al contratante de la póliza. La documentación mínima que se debe entregar al momento del denuncio:

Fallecimiento

Certificado de Defunción en original o legalizado ante notario público, con causa de muerte, Certificado de las acciones al momento del fallecimiento del asegurado.

Una vez que la Compañía cuente con todos los antecedentes requeridos, dispondrá de un plazo de 10 días hábiles para pronunciarse respecto al denuncio

ARTICULO 11: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

Periodicidad mensual, y forma de pago Anticipada, y el pago de la prima se debe realizar en las sucursales de la Compañía.

La prima será calculada como el resultado del capital asegurado por la tasa y redondeada a cuatro decimales.

El envío de cobranza y correspondencia de suscripción deberá realizarse a:

Nombre del contacto : José Oyarzun
Empresa : Banco Consorcio
Dirección : Mac-iver 225, 1er Piso, Santiago.
Envío nómina en Excel : 30 de cada mes
Correo electrónico : joyarzun@bancoconsorcio.cl

Esta Póliza tiene modalidad No Contributoria

Inclusión y exclusión de asegurados:

Podrán incorporarse a la póliza hasta el día 10 de cada mes, los nuevos trabajadores, durante la vigencia de la misma, con notificación expresa del contratante, en cuyo caso la vigencia corresponderá a la indicada por el Contratante siempre y cuando esta no sea superior a 60 días; en caso de que no se indique fecha inicio esta será la fecha de timbre de recepción en la Compañía

Podrán excluirse asegurados hasta el día 10 de cada mes, con notificación expresa del contratante (carta), en cuyo caso la vigencia corresponderá a la indicada por el Contratante siempre y cuando esta no sea superior a 60 días; en caso de que no se indique fecha inicio esta será la fecha de timbre de recepción en la Compañía.

Las incorporaciones y exclusiones informadas posteriores al día 10 de cada mes, serán efectivas en la siguiente cobranza.

Las Exclusiones y Actualizaciones de asegurados (capitales, etc.) enviarlos por correo electrónico al mail colectivos@consorcio.cl, los cuales serán procesados de acuerdo a lo indicado en los párrafos anteriores. Para las actualizaciones de capitales se solicita indicar en el asunto lo siguientes: "SOLICITA ACTUALIZACIÓN DE CAPITALS, "NOMBRE CONTRATANTE y N° de POLIZA".

ARTÍCULO 13: VIGENCIA DE LA POLIZA

Desde 01 de Enero 2018 y con una duración de un año.

ARTÍCULO N°16: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

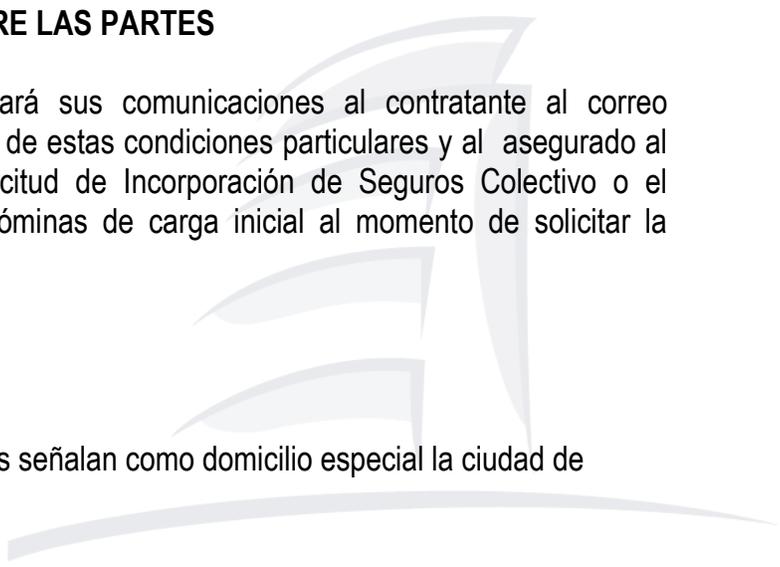
Tanto los montos asegurados como las primas, se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente la Unidad de Fomento.

ARTÍCULO 20: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Consorcio Nacional de Seguros enviará sus comunicaciones al contratante al correo electrónico indicado en el artículo N°12 de estas condiciones particulares y al asegurado al correo electrónico indicado en la Solicitud de Incorporación de Seguros Colectivo o el informado por el contratante en las nóminas de carga inicial al momento de solicitar la emisión de la Póliza.

ARTÍCULO 21: DOMICILIO

Para todos los efectos legales, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.



CONSORCIO

ANEXO
(Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO

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 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 a o la Compañía deberá informa 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 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 100 UF: 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) PRORROGA 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 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.

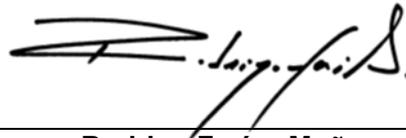
8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

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 del 29 de diciembre del 2012).

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

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 impugnación.



Rodrigo Farías Muñoz
Gerente Operaciones
Compañía de Seguros de Vida
Consorcio Nacional de Seguros S.A.

La Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros 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 la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. o a través de la página [web www.ddachile.cl](http://www.ddachile.cl).

SEGURO COLECTIVO DE DESGRAVAMEN

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL220140173

ARTICULO 1: 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 beneficiario.

ARTICULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

Bajo los términos del presente contrato de seguro, el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza será pagado por la Compañía Aseguradora al Beneficiario, una vez acreditado el fallecimiento del Asegurado si éste ocurre durante la vigencia del contrato de seguro y por causa no excluida en este contrato de seguro. Si el Asegurado sobrevive a la fecha de término de su cobertura individual en el contrato de seguro colectivo, no tendrá derecho a indemnización alguna.

La prima respecto de cada Asegurado se devengará hasta la fecha de término de su cobertura individual en el contrato de seguro colectivo, establecida en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, o hasta la fecha de fallecimiento del Asegurado, si esto ocurre antes.

ARTICULO 3: DEFINICIONES

Para los efectos de la presente póliza, se entenderá por:

1. Compañía Aseguradora: la persona jurídica, autorizada para asegurar riesgos por la Superintendencia de Valores y Seguros para suscribir, esto es, tomar por su cuenta los riesgos sobre la vida de una persona y los adicionales correspondientes, en su caso, de acuerdo a la legislación chilena, y que asume los riesgos sobre los Asegurados que le presenta el Contratante de esta póliza.
2. Contratante o Tomador: la persona que suscribe este contrato con la Compañía Aseguradora y asume las obligaciones y cargas que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado, conforme a los términos del presente contrato de seguro. Asimismo, podrá tomar otras obligaciones que acuerde con la Compañía Aseguradora, lo que deberá quedar estipulado expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. Asegurado: la persona natural deudora del Contratante sobre cuya vida la Compañía Aseguradora asume el riesgo de fallecimiento, que se individualiza expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza, y que está obligada a pagar la deuda que la vincula jurídicamente con el Contratante de la póliza.

4. Beneficiario: el Contratante de la póliza, el cual a su vez es el Acreedor de los Asegurados o quien tenga dicha calidad al momento de reclamar el pago de la indemnización.
5. Capital Asegurado: el saldo insoluto de la deuda especificada en las Condiciones Particulares de la Póliza, a la fecha del fallecimiento del Asegurado o al último día del mes inmediatamente anterior a dicha fecha, en ambos casos suponiendo un servicio regular de la deuda y según las condiciones descritas en las Condiciones Particulares. El Contratante podrá modificar el capital asegurado o el plan de amortización 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.
6. Acreedor: persona jurídica que otorga el crédito al Asegurado, y que en esta póliza también corresponde al Contratante y Beneficiario del seguro.
7. Situación o Enfermedad Preexistente: Cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado, con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.

ARTICULO 4: CARENIA

La cobertura de esta póliza tiene un período de carencia a partir del inicio de vigencia o de la rehabilitación de la póliza, el cual se determina en las Condiciones Particulares de ésta. En virtud de lo anterior, la cobertura contenida en la presente póliza comenzará sólo una vez que haya transcurrido dicho período.

Para efectos de las renovaciones, a partir del primer aniversario del contrato de seguro, dicho período de carencia se dará por satisfecho.

El período de carencia para los Asegurados que se incorporen con posterioridad a la vigencia inicial de esta póliza se contabilizará desde la fecha de su incorporación.

ARTICULO 5: EXCLUSIONES

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

- a) Suicidio, automutilación, o autolesión, a menos que de acuerdo al N° 8 del artículo 524 del Código de Comercio se acredite que el Asegurado actuó totalmente privado de la razón, correspondiendo, en todo caso, a la Compañía Aseguradora acreditar el hecho del suicidio. No obstante, la Compañía Aseguradora pagará el capital asegurado al Beneficiario, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido el plazo de dos (2) años, u otro menor señalado en las Condiciones Particulares de la póliza contado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del Asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, desde su rehabilitación, en su caso, o desde el aumento de capital asegurado. En este último caso, el plazo se

- considerará sólo para el pago de la indemnización correspondiente al incremento del capital asegurado.
- 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 vía 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 3 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, o a quien contrata en su favor, acerca de todas aquellas situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En el certificado de cobertura se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada conforme a lo señalado anteriormente.
 - 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 Pneumocystis Carinii, 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.

De ocurrir el fallecimiento del Asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura para el caso en particular, y producirá el término del seguro para dicho Asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía Aseguradora.

Conforme a lo anterior, y por su naturaleza, la póliza seguirá vigente para todos los efectos con respecto a los demás Asegurados.

ARTICULO 6: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La Compañía Aseguradora cubrirá la muerte que afecte al Asegurado como consecuencia directa de la realización o participación en actividades o deportes riesgosos, excluidos en el Artículo 5 letra g), cuando hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la Compañía Aseguradora con el pago de la sobreprima respectiva, si es del caso, dejándose constancia de ello en las Condiciones Particulares de la póliza y en el correspondiente Certificado de Cobertura, que se entiende formar parte integrante de la póliza.

ARTICULO 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado deberá dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el artículo 524 y 525 del Código de Comercio que le sean atinentes en consideración al tipo de seguro de que se trate. Por lo anterior, el asegurado estará obligado a:

- a) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
- b) Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;
- c) Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- d) Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
- e) No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que agraven sustancialmente el riesgo declarado;
- f) En caso de siniestro, tomar todas las providencias necesarias para salvar la cosa asegurada o para conservar sus restos;
- g) Notificar al asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
- h) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

ARTICULO 8: DECLARACION DE LOS ASEGURADOS

Corresponde al Asegurado o de quien contrate a su nombre declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar el estado de salud del Asegurado y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía Aseguradora para estos fines. Para estos fines la Compañía Aseguradora podrá solicitar la práctica de exámenes médicos de acuerdo a lo establecido en la ley.

La veracidad de las declaraciones hechas por los Asegurados o por el Contratante, según sea el caso, de acuerdo a lo que solicite la Compañía Aseguradora en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro.

Si el siniestro no se ha producido, y el Asegurado o quién contrate por el hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite la Compañía Aseguradora de acuerdo a lo señalado anteriormente, la Compañía Aseguradora podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no revisten alguna de dichas características, la Compañía Aseguradora podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el Asegurado rechaza la proposición de la Compañía Aseguradora o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, la Compañía Aseguradora quedará exonerada de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo a lo señalado el inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

ARTICULO 9: INDISPUTABILIDAD

Sin perjuicio de lo indicado en el artículo anterior, de conformidad a lo establecido en el artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la vigencia individual de la cobertura o desde su rehabilitación, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTICULO 10: DENUNCIA DE SINIESTROS

Al fallecimiento de uno de los Asegurados en esta póliza, el Beneficiario Acreedor podrá exigir el pago del capital asegurado en la forma y plazos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, 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.

Si la edad del Asegurado fuese mayor a la declarada o a la señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, la Compañía Aseguradora pagará el capital asegurado reducido en proporción al monto de la prima recibida respecto de la prima que debió haber pagado de acuerdo a la tarifa correspondiente a la edad real. Si, además, el Asegurado hubiere tenido más de la edad máxima de ingreso, señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, al momento de incorporarse a la póliza, la Compañía Aseguradora sólo devolverá al Contratante la prima recibida, sin intereses y descontando el valor de las comisiones y gastos. Para estos efectos, los gastos se fijan en un monto equivalente a la prima pagada por dicho Asegurado durante el primer año de vigencia de su cobertura de seguro, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se haya estipulado un monto distinto. Si la edad fuese menor que la declarada, se pagará el capital asegurado y se devolverá al Contratante el exceso de prima recibida, sin intereses.

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

Si la Compañía Aseguradora hubiere devuelto oportunamente algún exceso de primas al Contratante o no se hiciera la presentación oportuna de la denuncia de un siniestro de acuerdo a las Condiciones Particulares de la póliza, la Compañía Aseguradora quedará liberada de toda obligación para con el Asegurado, debiendo asumir el Beneficiario Acreedor su responsabilidad que emana de su condición de Contratante de la póliza, conforme a lo señalado en el artículo 3° de estas Condiciones Generales.

ARTICULO 11: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

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. La falta de pago de la prima conforme a lo estipulado en las Condiciones Particulares producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija la Compañía Aseguradora al Contratante y al Asegurado. Esta terminación dará derecho a la Compañía Aseguradora para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Si el vencimiento del plazo de 15 días ya señalado, recayere en día sábado o domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

Producida la terminación del seguro, la responsabilidad de la Compañía Aseguradora por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

La circunstancia de haber recibido pago de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significa 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.

El pago de las primas se hará en los lugares y formas señalados por la Compañía, dentro de los plazos estipulados para el efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza. 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 Compañía Aseguradora 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.

Para el pago de la prima se concede 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 del capital a pagar la prima vencida y no pagada correspondiente a la persona fallecida. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, se procederá conforme a lo indicado en el inciso primero del presente Artículo.

ARTICULO 12: PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO

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

En todo caso, de la liquidación del siniestro será deducida cualquier deuda que con la Compañía Aseguradora tuviere el Contratante respecto del Asegurado siniestrado.

ARTICULO 13: VIGENCIA DE LA POLIZA

La duración de ésta póliza colectiva será la estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza señalen un período diferente. Sin embargo, si alguna de las partes no manifestare su decisión en contrario antes de sesenta (60) días de la fecha de vencimiento, la póliza se renovará automáticamente por igual período y la Compañía Aseguradora establecerá las primas de acuerdo con los capitales asegurados señalados en las Condiciones Particulares de la póliza y las edades alcanzadas por cada uno de los Asegurados, conforme a las tarifas vigentes a la fecha de renovación, las que regirán hasta el vencimiento del nuevo período de vigencia y así sucesivamente.

Lo anterior será sin perjuicio de la vigencia de las coberturas individuales de cada Asegurado, conforme a lo que se expresará en el siguiente artículo. De tal manera, la terminación de la presente póliza tendrá el efecto de no poder seguir incorporándose nuevos Asegurados a ella, desde la fecha de terminación.

ARTICULO 14: VIGENCIA DE LAS COBERTURAS

La vigencia de la cobertura definida en el artículo 2 de estas Condiciones Generales será la que se especifique en el respectivo certificado de cobertura para cada uno de los Asegurados en particular. Si la vigencia contratada es superior a la vigencia final de la póliza, los Asegurados seguirán cubiertos hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente.

Por tanto, terminada la vigencia de la póliza, los Asegurados seguirán con sus coberturas individuales vigentes hasta el término de los respectivos plazos de vigencia originales de cada uno de ellos, en los mismos términos contratados, y siempre que se haya pagado o se permanezca pagando la prima correspondiente.

ARTICULO 15: TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura de esta póliza, terminará anticipadamente respecto de un Asegurado, en el instante en que éste deje de ser deudor del Acreedor.

Asimismo, la cobertura terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el Contratante no pague la prima respectiva, aplicándose al respecto el plazo de gracia señalado en las Condiciones Particulares de la póliza conforme a lo estipulado en el artículo 11.

En caso de término de la póliza, las coberturas contratadas para un Asegurado en particular permanecerán vigentes hasta el término de los respectivos plazos de vigencia originales de

cada uno de ellos, en los mismos términos contratados, y siempre que se haya pagado o se permanezca pagando la prima correspondiente.

Por último, la Compañía Aseguradora podrá poner término anticipado a la cobertura individual cuando el asegurable hubiese omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la Compañía Aseguradora, o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas. Todo lo que deberá ser debidamente acreditado por el asegurador en la oportunidad pertinente.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado, cuya cobertura ha terminado anticipadamente, a contar de la fecha de dicho término.

Para los efectos de los párrafos precedentes, la Compañía Aseguradora, deberá dar aviso al asegurado a la dirección de correo electrónico que haya señalado en las Condiciones particulares o certificado de cobertura o, a falta de éste, mediante carta certificada de correo público o privado dirigida al domicilio del Asegurado, informado en el respectivo certificado de cobertura.

En todo caso, la terminación del contrato por alguna causal señalada precedentemente en que la Compañía Aseguradora ponga término anticipado, distinta al no pago de la prima, se producirá a la expiración del plazo de 30 días corridos contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

ARTICULO 16: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital 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 Contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicase así a la Compañía Aseguradora dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTICULO 17: REHABILITACION

Producida la terminación anticipada de la póliza o la terminación de la cobertura para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Contratante 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. La sola entrega a la Compañía Aseguradora del valor de la prima vencida, no 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 Contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTICULO 18: MODIFICACIÓN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA

Las Condiciones Particulares del presente seguro, podrán ser modificadas, por acuerdo entre la Compañía Aseguradora y el Contratante, quien actuará por sí y en representación de cada uno de los Asegurados bajo esta póliza. Sin embargo y en virtud del artículo 517 del Código de Comercio, tal modificación regirá a partir de la siguiente renovación del contrato y no afectará en manera alguna a los siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha del cambio, ni a aquellos Asegurados que tengan la prima totalmente pagada. Para estos últimos, la modificación de las Condiciones Particulares de la póliza producirá efecto a partir de la fecha en que venza el periodo cubierto por la prima pagada.

Las modificaciones a las Condiciones Particulares de la póliza deberán constar en endoso u otro documento similar, el cual se entenderá forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza. Dichos documentos deberán ser firmados por el representante legal u otra persona autorizada de la Compañía Aseguradora.

El Contratante de la póliza deberá dar oportuno aviso a cada una de las personas aseguradas en la póliza y cuya variación de las Condiciones Particulares les afecte.

Las modificaciones no informadas serán inoponibles al asegurado y la Compañía Aseguradora estará obligada únicamente al seguro contratado en los términos convenidos entre Contratante y Asegurador. Asimismo, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación del cambio de condiciones.

ARTICULO 19: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 543 del Código de Comercio, cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

No obstante, en las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

ARTICULO 20: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Todas las comunicaciones que sean necesarias entre las partes contratantes podrán ser hechas mediante correo electrónico, siempre que los datos de ambas consten en la propuesta o en las condiciones particulares de la póliza. Si el Asegurado no posee un correo electrónico las comunicaciones que le dirija el asegurador serán a la dirección señalada en la propuesta o en las condiciones particulares de la póliza, mediante carta enviada por correo certificado privado o público a falta del anterior.

El Asegurado que no haya determinado un correo electrónico deberá enviar todas las comunicaciones por correo certificado privado o público al domicilio de la oficina o sucursal emisora de la póliza.

Los cambios de domicilio de cualquiera de las partes deberán ser puestos en conocimiento de la otra por el medio que se haya determinado en la póliza y, a falta de este, por carta certificada de correo privado o público.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por mediante carta enviada por correo certificado privado o público, 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 Compañía Aseguradora deberá facilitar mecanismos para realizar 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.

ARTICULO 21: 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.

