

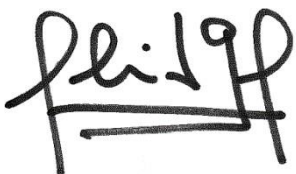
**PÓLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS
DESGRAVAMEN CON ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y
PERMANENTE 2/3 ASOCIADO A CREDITO HIPOTECARIO**

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de Póliza : 23812
Nombre Contratante : Banco del Estado de Chile
RUT Contratante : 97.030.000-7
Vigencia : Desde las 00:00 horas del 01 de enero de 2025
hasta las 24:00 horas del 31 de diciembre de 2026

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.



Gerente de Operaciones Seguros Colectivos
**Compañía de Seguros de Vida Consorcio
Nacional de Seguros S.A.**

Firma Contratante
Banco del Estado de Chile.



Santiago, 02 de Diciembre de 2024

PÓLIZA N°23812

PÓLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS CONDICIONES PARTICULARES

Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., considerando los antecedentes entregados por el 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 del Estado de Chile |
| Rut | : 97.030.000-7 |
| Dirección Contratante | : Avenida Libertador Bernardo O'Higgins 1111, Santiago |
| Grupo Empresarial | : Banco del Estado de Chile |
| Vigencia | : Desde las 00:00 horas del 01 de enero de 2025 hasta las 24:00 horas del 31 de diciembre de 2026 |
| Modalidad pago de prima | : Mensual |
| Tipo de Facturación | : Anticipada |
| Tipo de Cobranza | : Vencida |
| Ámbito Territorial | : República de Chile |
| Intermediario | : Banco Estado Corredores de Seguros S.A. |
| Rut Intermediario | : 77.330.030-5 |
| Comisión | : 0,50% + IVA |
| Dirección de la Compañía | : Amunátegui 232, piso6, Santiago |
| Financiamiento de la Prima | : 100% Asegurado |

Cobertura(s) Contratada(s) por Asegurado:

| Cobertura | Condiciones Generales que Rigen la Cobertura | Asegurados con Cobertura |
|----------------------------------|---|---------------------------------|
| Desgravamen Crédito Hipotecario | : POL 2 2013 0678 | Deudor |
| Invalidez Total y Permanente 2/3 | : CAD 2 2013 1429 | Deudor |

CONDICIONES DEL PLAN SEGURO DESGRAVAMEN INCLUIDO EN ESTA PÓLIZA.

La Compañía, considerando los antecedentes entregados por el Contratante emite las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales y Bases de Licitación se consideran parte integrante del presente contrato.

ARTÍCULO 1: COBERTURA

A. DESGRAVAMEN POL220130678

La Compañía asegura el riesgo de Muerte del o de los Deudores Asegurados que estén indicados en estas Condiciones Particulares.

En caso de que exista más de un deudor Asegurado para una misma deuda hipotecaria, debidamente señalados estas Condiciones Particulares de la póliza, la indemnización correspondiente al Monto Asegurado será pagada por la Compañía Aseguradora en la proporción que a cada uno le corresponda.

B. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS CAD220131429

La Compañía pagará anticipadamente al Beneficiario la indemnización establecida en la Póliza Principal en caso de verificarse la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, siempre que se cumpla 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 la edad máxima de permanencia indicada en el número 4 de este certificado; y,
- 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 coberturas para el Asegurado. En consecuencia, se extinguirá el derecho al cobro de otras indemnizaciones para dicho Asegurado.



Certificados de Asegurabilidad (Norma de Carácter General N°469 CMF)

De acuerdo con lo establecido en el artículo 517 del Código de Comercio, a través del tomador, el asegurador deberá entregar a cada uno de los asegurados que se incorporen al contrato de seguro colectivo, una copia de la póliza, o, al menos, un certificado que acredite la cobertura. En el último caso, tanto el asegurador como el tomador y el corredor del seguro deberán mantener a disposición de los interesados una copia de la póliza.

Por su parte, el artículo 519 del señalado Código establece que el asegurador deberá entregar la póliza, o el certificado de cobertura, en su caso, al contratante del seguro o al corredor que la hubiera intermediado, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la perfección del contrato. El corredor deberá entregar la póliza al asegurado dentro de los cinco días hábiles siguientes a su recepción.

Banco del Estado de Chile, en su calidad de tomador de las pólizas colectivas, será el responsable de enviar al deudor asegurado el certificado de cobertura descrito en el Anexo N° 2 de la NCG N°469, previa recepción de éstos por parte de la Compañía de Seguros.

La información mencionada podrá ser enviada por medios electrónicos siempre que el Asegurado haya consentido en ello. Para lo anterior se considerará la dirección de correo electrónico indicada por los Asegurados o Asegurables en la respectiva Propuesta de Seguros firmada por éstos o la dirección de correo electrónico registrada en la Base de datos del Banco para el envío del dividendo hipotecario. En caso contrario, deberá ser enviado por carta cuyo despacho sea debidamente certificado u otro medio de contacto fehaciente.

ARTÍCULO 2: MONTO ASEGURADO

El monto asegurado corresponde al saldo insoluto de la deuda de crédito hipotecario del Asegurado o proporción de éste que corresponda en caso de existir más de un deudor, calculado al último día del mes inmediatamente anterior al del fallecimiento, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 4° de la póliza colectiva de desgravamen asociada a créditos hipotecarios, incorporada en el Depósito de Pólizas de la CMF bajo el código POL220130678.

El saldo insoluto se establece como monto de la deuda del Asegurado a favor Banco del Estado de Chile, contratante de la póliza o del Acreedor Hipotecario, de acuerdo con el plan de amortización acordado por el deudor con Banco del Estado de Chile, incluyendo las reprogramaciones y postergaciones vigentes y las que se acuerden en el futuro, o la proporción de ésta que corresponda en caso de existir más de un deudor y hubiesen contratado el seguro en dicha proporción. En los casos de préstamos hipotecarios otorgados a dos o más personas naturales, se aplicará individualmente a cada uno de los codeudores la tasa de prima respectiva, en función de las modalidades de aseguramiento pactadas. Si ocurriere el fallecimiento de uno o cualquiera de los codeudores asegurados, la Compañía indemnizará la

proporción o el monto que corresponda, según las condiciones de aseguramiento y el monto de la deuda hipotecaria vigente.

Para los efectos de determinar el monto a indemnizar en caso de fallecimiento del Asegurado, y con el objetivo de equiparar la cobertura establecida para los asegurados correspondientes a los créditos otorgados bajo el amparo del Decreto Supremo N°1, del Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU), publicado en el Diario Oficial el 06 de junio de 2011 y modificado por el Decreto Supremo N°19, del Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU), publicado en el Diario Oficial el 14 de julio de 2016, se considerará el monto indicado en el párrafo anterior, adicionando el pago de un máximo de 3 cuotas morosas, si las hubiere, e intereses normales, comisión e intereses por mora de los dividendos impagos a la fecha de fallecimiento.

El monto asegurado se expresará en UF.

Cláusula de errores u omisiones

Mediante la presente cláusula, queda convenido que en caso de producirse cualquier variación o modificación de los registros o archivos relacionados con los asegurados que cumplan los requisitos de asegurabilidad cuya información, para su inclusión en la póliza, hubiera sido omitida o proporcionada erróneamente por el Banco del Estado de Chile, o el Corredor, sea en forma total o parcial y sin que importe la causa o motivo, tal variación o modificación será admitida para todos los efectos de cobertura, tanto si es posteriormente descubierta y comunicada por el mismo Banco del Estado de Chile o el Corredor, como si se comprueba con ocasión de un siniestro. En cualquier caso, dicha situación dará a lugar, si fuere procedente, al correspondiente pago o ajuste de prima con efecto retroactivo a la fecha en que se debió informar correcta o completamente la materia asegurada, siempre y cuando no se enmarque dentro de los riesgos señalados como excluidos o no asegurables.

Asimismo, en los casos de invalidez declarada progresivamente, se considerará como fecha de siniestro, la fecha del dictamen en que se acredite el porcentaje cubierto por la póliza, es decir, los 2/3.

Cobertura Especial

Sólo tratándose de Mutuos con Recursos Propios, el cliente podrá optar a períodos de gracia de hasta 6 meses, únicamente al inicio del crédito. A su vez, tendrá derecho a elegir por cada año calendario, a contar del segundo año del plazo del crédito, hasta 2 meses sabáticos no consecutivos, sin perjuicio de lo cual, la Compañía Aseguradora deberá mantener de igual forma la cobertura del seguro. La prima del seguro por todo el período de

gracia o meses sabáticos que correspondan será pagada por el asegurado en la primera cuota del dividendo que se deba pagar inmediatamente después de finalizado dicho período, remitiéndose esas primas a la compañía aseguradora que otorgó la cobertura efectiva a ese asegurado, independiente de la vigencia de la póliza colectiva.”

Tasa

La póliza tiene una tasa porcentaje mensual bruta distribuida de la siguiente manera:

| | |
|---------------------|------------|
| Desgravamen | 0,011040 % |
| ITP 2/3 | 0,002429 % |
| IVA | 0,000461 % |
| Total Bruta Mensual | 0,013930 % |

ARTÍCULO 3: DEFINICIONES

- a) Contratante: El Contratante del Seguro de Desgravamen asociado a los créditos hipotecarios corresponde a Banco del Estado de Chile, en adelante también Banco Estado.
- b) Asegurado: Serán Asegurados los deudores directos e indirectos de créditos hipotecarios otorgados por Banco Estado que sean personas naturales, cuyas obligaciones crediticias a la fecha de inicio de vigencia de los seguros adjudicados mediante las Bases de Licitación se encuentren pendientes, así como los nuevos deudores que contraten dichos créditos.
- c) Saldo Insoluto: Es el monto de la deuda del Asegurado a favor del Acreedor Hipotecario, de acuerdo con el plan de amortización acordado con la entidad crediticia, incluyendo las reprogramaciones y postergaciones vigentes y las que se acuerden en el futuro, o la proporción de ésta que corresponda en caso de existir más de un deudor y hubiesen contratado el seguro dicha proporción.
- d) Beneficiario: Corresponde a Banco Estado o al acreedor del mutuo hipotecario endosable cuando corresponda.



ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES

EXCLUSIONES DESGRAVAMEN POL220130678

Este seguro no cubrirá únicamente los riesgos indicados en las letras a), b), c), d) y h) del artículo 6 de la POL 2 2013 0678. Entendiéndose por lo tanto, que si cubrirá aquellos riesgos indicados en las letras e);f);g);i) y j) del citado artículo.

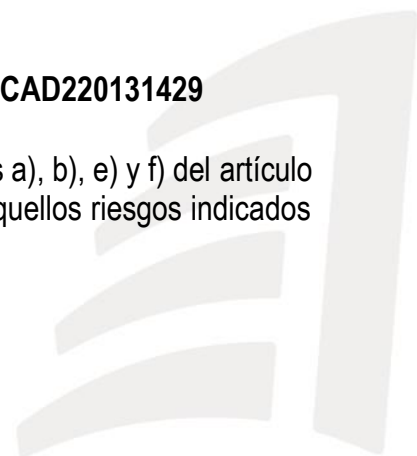
En consecuencia, se entenderá que las únicas exclusiones del seguro de Desgravamen son

- a) Suicidio, automutilación, o autolesión. No obstante, la Compañía Aseguradora pagará el Monto Asegurado al Beneficiario, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido el plazo de dos años de la celebración del contrato, o de haber estado vigente el seguro por igual plazo en virtud de sucesivas renovaciones.
- b) Pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo.
- c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por quien pudiere verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada.
- d) Participación activa del Asegurado en guerra internacional, sea que Chile tenga o no intervención en ella; en guerra civil, dentro o fuera de Chile; o en motín o conmoción contra el orden público dentro o fuera del país; o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- h) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 5°, letra g) de las Condiciones Generales (POL 2 20130678). 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.

Se deja constancia que no aplicarán las exclusiones señaladas en la(s) letra(s) e), f), g), i) y j) del Artículo 6 de las Condiciones Generales de la póliza.

EXCLUSIONES INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE TRES CUARTOS CAD220131429

Este seguro no cubrirá únicamente los riesgos indicados en las letras a), b), e) y f) del artículo 4 de la CAD 2 2013 1429. Entendiéndose por tanto que sí cubrirá aquellos riesgos indicados en las letras c), d), y g) del citado artículo.



En consecuencia, se entenderá que las únicas exclusiones del seguro de Invalidez Total y Permanente 2/3 del Asegurado, son las siguientes:

- 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;
- 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,

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional todas las exclusiones para cobertura de fallecimiento establecidas anteriormente.

ARTÍCULO 5: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

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:

| Capital | Hasta 45 años y 364 días | Hasta 55 años y 364 días | Desde los 56 años |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 0.001 a 5.000 UF | DA | DA | DA |
| 5.001 a 9.000 UF | DA | DA+ A | DA+ B + E |
| 9.001 a 12.000 UF | DA+ A | DA+ B | DA+ C + E |
| 12.001 a 15.000 UF | DA+ C | DA+ D | DA+ D + E |
| > 15.000 UF | DA+ D | DA+ D | DA+ D + E |

| |
|---|
| DA: "Declaración del Asegurado" contenida en la Propuesta de Seguro o Solicitud de Incorporación. |
| A: Examen Médico + Perfil Bioquímico + HIV. |
| B: Examen Médico + Perfil Bioquímico + HIV + Test Urinario Completo. |
| C: Examen Médico + Perfil Bioquímico + HIV + Test Urinario Completo + Perfil Lipídico + ECG |
| D: Examen Médico + Perfil Bioquímico + HIV + Test Urinario Completo + Perfil Lipídico + ECG Esfuerzo. |
| E: Antígeno Prostático (PSA). |

Nota: El examen de HIV es voluntario

a. Declaración Personal de Salud, Exámenes Médicos

La DPS (Declaración Personal de Salud), cuando corresponda, no podrá tener antigüedad superior a 60 días desde la fecha en que fue completada y firmada por el cliente, hasta su recepción por la Compañía, cumplido este plazo el cliente debe completar una nueva DPS. Una vez aprobada la DPS por la Compañía de Seguros, esta tendrá un plazo de 180 días para que la entidad financiera curse el crédito, cumplido este plazo el cliente debe completar una nueva DPS.

Se deja establecido que una vez que la Compañía acepte el riesgo, el deudor se entenderá cubierto con la misma fecha de la respectiva escritura pública, bajo el supuesto que la escritura pública fue firmada por todas las partes y llegó a ser tal. En consecuencia, la cobertura de desgravamen no nace si es que el deudor no firmó la correspondiente escritura pública

b. Especificaciones de la DPS

La fecha de validez de los exámenes rige a contar de la fecha de realización de éstos.

-Exámenes de laboratorio (sangre y orina) 60 días.

-Electrocardiograma e imágenes 120 días.

c. Reticencias

Ante cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, ocupación, actividades y/o deportes riesgosos del Asegurado, que pudiera influir en la apreciación del riesgo o de cualquiera circunstancia que, conocida por el Asegurador, pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta al Asegurador para demandar la rescisión del contrato de conformidad con el artículo 525 del Código de Comercio. Asimismo, el Asegurado deberá cumplir con las declaraciones contempladas en el Artículo 8° del POL220130678. Lo anterior, sin perjuicio de la cláusula de indisputabilidad de cobertura.

Condiciones de Asegurabilidad:

| Cobertura | Capital (UF) | Requisito de Asegurabilidad | | |
|----------------------------------|----------------|-----------------------------|---------------|--------------------|
| | | Ingreso Mín | Ingreso Máx | Permanencia Máx |
| Fallecimiento | Saldo Insoluto | 18 años | 72 y 364 días | 81 años y 364 días |
| Invalidez total y permanente 2/3 | Saldo Insoluto | 18 años | 72 y 364 días | 81 años y 364 días |

Será requisito para la incorporación de un Asegurado a la presente póliza el otorgamiento de un crédito hipotecario por el Contratante dentro del plazo de vigencia de la póliza.

ARTÍCULO 6: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos años de cobertura continua contado desde la incorporación del Asegurado, o desde que se produjere el aumento del monto asegurado, según corresponda, el Asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiesen sido dolosas. Para efectos del plazo antes mencionado, se considerará la permanencia continua e ininterrumpida en uno o más seguros licitados sucesivos, aunque sean de distintas Aseguradoras.

ARTÍCULO 7: PRIMA, FORMA DE PAGO Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La recaudación de las primas será realizada por Banco Estado directamente y las primas se pagarán según la misma periodicidad del pago del dividendo del crédito, aplicando la tasa por el saldo insoluto de cada deudor.

La periodicidad del pago del dividendo será por meses vencidos, a más tardar el décimo día hábil del mes calendario inmediatamente siguiente a la fecha del desembolso para el caso de mutuos no endosables, y para los mutuos endosables el décimo día hábil del mes calendario subsiguiente a la fecha del desembolso, por lo anterior, la generación y pago del primer dividendo estará condicionada al desembolso del crédito, salvo para la cartera con letras hipotecarias para la vivienda, caso en el cual los dividendos se pagan mensualmente en forma anticipada, a más tardar el décimo día hábil del mismo mes calendario a aquel en que ella se devenga.

En el evento que los deudores asegurados no paguen la prima dentro del plazo establecido para ello en estas Bases de Licitación, Banco Estado procederá a pagar la prima por cuenta del Deudor Asegurado en virtud de lo dispuesto en la respectiva escritura pública en que consta la operación hipotecaria del Deudor Asegurado. Las primas se pagarán a la Compañía

Aseguradora adjudicataria el día 18 del mes siguiente al devengo de las mismas. Se deja constancia que, junto al pago de la prima, Banco Estado enviará a la Compañía Aseguradora una nómina que contenga la información señalada en el título VII de la NCG N° 469.

Datos de Contacto Operacional:

| | |
|-----------------------|--|
| Empresa | : Banco Estado de Chile |
| Dirección | : Huérfanos 1202, piso 4, Santiago |
| Teléfono | : |
| Envío nómina en Excel | : 1 día hábil de cada mes |
| Plazo de gracia | : 30 días |
| Nombre | : Alex Beyer Burgos |
| Cargo | : Jefe de Sección Procesos Sistemas y Tecnología B |
| Correo | : abeyer@bancoestado.cl |

Para el pago de la prima se concede al Deudor Asegurado un plazo de gracia de un mes, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado. Durante el plazo de gracia la cobertura se mantendrá vigente. Si el Deudor Asegurado paga las primas vencidas dentro del plazo de gracia indicado precedentemente, la cobertura individual del Asegurado se mantendrá vigente en forma automática, sin necesidad de declaración ni trámite alguno.

Según lo indicado en el artículo 10° del POL220130678, en caso de no pago de prima la Compañía Aseguradora dará cobertura hasta un plazo de un mes contado desde el último día con cobertura. En caso de caducar una cobertura individual de la póliza colectiva por falta de pago de la prima, se aplicará lo dispuesto en los Artículos 14° y 15° del POL220130678.

Sólo tratándose de Mutuos con Recursos Propios, el Deudor Asegurado podrá optar a períodos de gracia de hasta 6 meses, únicamente al inicio del crédito. A su vez, tendrá derecho a elegir por cada año calendario, a contar del segundo año del plazo del crédito, hasta 2 meses sabáticos no consecutivos, sin perjuicio de lo cual, la Compañía Aseguradora deberá mantener de igual forma la cobertura del seguro. La prima del seguro por todo el período de gracia o meses sabáticos que correspondan será pagada por el Asegurado en la primera cuota del dividendo que se deba pagar inmediatamente después de finalizado dicho período, remitiéndose esas primas a la Compañía Aseguradora que otorgó la cobertura efectiva a ese Asegurado, independiente de la vigencia de la póliza colectiva.



ARTÍCULO 8: DENUNCIA DE SINIESTROS

Liquidación de Siniestros.

La liquidación del Siniestro se realizará de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza de seguros incorporada al Depósito de Pólizas de la CMF bajo el Código POL220130678 en su artículo 11°, CAD220131429 en su artículo 7° y las presentes Condiciones Particulares:

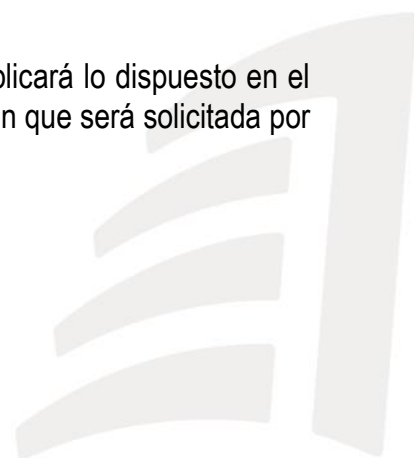
El denuncia del siniestro debe realizarse tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento del hecho. No obstante, y sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 11° de la POL220130678 del Seguro de Desgravamen se establecerá un período máximo de 240 días corridos, contados desde tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento del siniestro, para entregar el aviso de este ante Banco Estado, la Compañía Aseguradora y/o el Corredor de Seguros. Para los efectos de la póliza, se entenderá que cumple con la carga de denunciar el siniestro en tiempo y forma al hacerlo ante el Banco Estado, la Compañía Aseguradora y/o el Corredor de Seguros dentro del plazo precedentemente señalado.

Se deja constancia que Banco Estado, la Compañía Aseguradora y el Corredor de Seguros no asumen responsabilidad alguna respecto al eventual rechazo de un siniestro por falta de aviso oportuno, si hubieren tomado conocimiento del hecho con posterioridad al plazo máximo de denuncia.

La Compañía Aseguradora o el liquidador de seguros, por ella designado, tendrán un plazo máximo, para la emisión del informe de liquidación, entre 5 y 10 días hábiles contados desde la recepción en la Compañía de Seguros de toda la documentación correspondiente para la correcta evaluación del siniestro. Por su parte, la Compañía Aseguradora tendrá un plazo máximo de entre 3 y 6 días hábiles, contados desde la notificación de la aceptación de la Compañía de la procedencia del pago de la indemnización, para realizar el pago de la misma.

Tratándose de siniestros de invalidez, dicho plazo no podrá ser inferior a 20 ni superior a 30 días hábiles. La exigencia respecto del plazo para el pago de la indemnización no podrá ser inferior a 3 ni superior a 6 días hábiles, contados desde la notificación de la aceptación de la compañía de la procedencia del pago de la indemnización

Para la determinación de la Invalidez Total y Permanente 2/3, se aplicará lo dispuesto en el artículo N° 8 de la CAD 2 2013 1429, bajo la siguiente documentación que será solicitada por la compañía de seguros.



1. Primer Dictamen ejecutado por la Superintendencia de Pensiones, donde se indican Enfermedades Invalidantes y Porcentaje de Menoscabo, Ejecutoriado
2. Acta de la Comisión Médica que evaluó la Invalidez, completa;
3. Copia de los exámenes presentados ante la comisión que evaluó la invalidez;
4. Cartola de prestaciones médicas emitidas por Institución de Salud en la cual está o estuvo afiliado el asegurado, ya sea Isapre o Fonasa.
5. Declaración de Salud y carta de aprobación compañía que aprobó la incorporación del asegurado.
6. Certificado de deuda

Sin perjuicio de lo anterior, los plazos totales de liquidación nunca podrán exceder los señalados en el Decreto Supremo N° 1055 de 2012.

ARTÍCULO 9: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Las comunicaciones entre Banco Estado, Compañía Aseguradora y el Corredor de Seguros, si correspondiere, se realizarán de forma escrita, mediante el envío de correos electrónicos a las direcciones de las personas identificadas en el Contrato de Seguros, o bien aquellas que en el futuro lo reemplacen y sean debidamente comunicadas a las demás partes de la póliza.

ARTÍCULO 10: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y el Asegurador, se regirá por lo estipulado en el Artículo 543 del Código de Comercio. No obstante, lo estipulado precedentemente, el Asegurado, el Contratante o Beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la Compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 11: VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DE LA COBERTURA

La vigencia de la póliza comienza desde las 00:00 horas del 01 de enero 2025 hasta las 24:00 horas del 31 de Diciembre de 2026.

La cobertura individual de cada asegurado entrará a regir una vez que, dentro del plazo máximo de dos días hábiles, contados desde la recepción en la Compañía de Seguros de toda la documentación correspondiente para la correcta evaluación del riesgo, se haya aceptado el mismo o bien se haya establecido por parte de Compañía Aseguradora alguna limitación de cobertura, debiendo el Asegurado aceptar formalmente las limitaciones de cobertura para ser

incorporado a la póliza colectiva. En el caso que, no exista un pronunciamiento sobre la aceptación del riesgo o las limitaciones de cobertura por parte de la Compañía Aseguradora, dentro del plazo establecido, se entenderá que ésta acepta los riesgos propuestos.

La aceptación del riesgo o la interposición de limitaciones de cobertura y la correspondiente autorización por el Asegurado, deberán ser efectuadas en una fecha anterior a la fecha de firma de la escritura pública de mutuo o préstamo hipotecario, manteniéndose la vigencia individual hasta el vencimiento de la póliza colectiva, sin perjuicio de lo señalado en el artículo 14° del POL220130678

El Asegurado podrá poner fin a su cobertura individual bajo la póliza colectiva en cualquier momento durante su vigencia, siempre que cumpla con lo dispuesto en el Capítulo II de la NCG N°469.

ARTÍCULO 12: DEBER DE INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Sin perjuicio de las obligaciones del Asegurador, el Contratante colectivo deberá informar al Asegurado que forme parte de la póliza, acerca de todas las circunstancias, modalidades, términos y condiciones del seguro, haciendo especial mención de las condiciones de asegurabilidad y exclusiones de cobertura.

ARTÍCULO 13: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

Los montos asegurados y primas serán expresados en Unidades de Fomento (UF).

ARTÍCULO 14: DOMICILIO

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



**PÓLIZA COLECTIVA DE DESGRAVAMEN ASOCIADA A CREDITOS HIPOTECARIOS
DEL ARTÍCULO 40 DEL D.F.L. N° 251 DE 1931**

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL220130678

TABLA DE CONTENIDO

ARTÍCULO 1º: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

ARTÍCULO 2º: FORMA DE CONTRATACIÓN

ARTÍCULO 3º: COBERTURA

ARTÍCULO 4º: MONTO ASEGURADO

ARTÍCULO 5º: DEFINICIONES

ARTÍCULO 6º: EXCLUSIONES

ARTÍCULO 7º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

ARTÍCULO 8º: DECLARACION DEL ASEGURADO

ARTÍCULO 9º: INDISPUTABILIDAD

ARTÍCULO 10º: PRIMA, FORMA DE PAGO Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

ARTÍCULO 11º: DENUNCIA DE SINIESTROS

ARTÍCULO 12º: PAGO DEL MONTO ASEGURADO

ARTÍCULO 13º: CLAUSULAS ADICIONALES

ARTÍCULO 14º: TERMINACIÓN

ARTÍCULO 15º: REHABILITACION

ARTÍCULO 16º: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

ARTÍCULO 17º: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

ARTÍCULO 18º: VIGENCIA DE LA POLIZA Y DE LA COBERTURA

ARTÍCULO 19º: DEBER DE INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

ARTÍCULO 20º: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

ARTÍCULO 21º: DOMICILIO



ARTÍCULO 1º: 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 el beneficiario.

Este seguro se contrata conforme al Saldo Insoluto de la deuda que mantenga el Asegurado al momento del siniestro o la proporción de éste que le corresponda en caso de existir más de un deudor Asegurado.

El presente seguro es aplicable solamente a aquellos seguros de desgravamen asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931, en que la prima o una parte de ella es de cargo del deudor asegurado, persona natural o jurídica, y en las que el beneficiario del seguro es total o parcialmente la entidad crediticia.

ARTÍCULO 2º: FORMA DE CONTRATACIÓN

Esta póliza sólo puede ser contratada en forma colectiva.

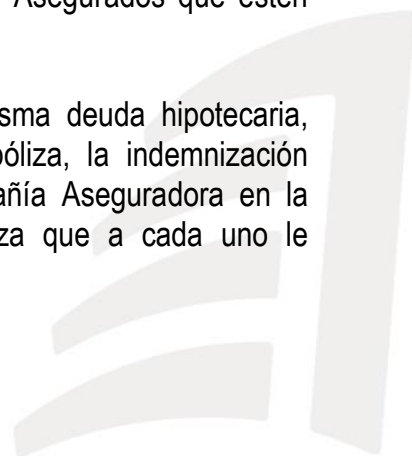
En la contratación colectiva de aquellos seguros de desgravamen asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931, el Contratante o entidad crediticia, adjudica en licitación a una Aseguradora conforme a los términos y condiciones licitados y a los establecidos en estas Condiciones Generales, el seguro para cubrir bajo una misma póliza, los riesgos de un grupo de personas que se denominan Asegurados, sobre sus respectivos montos asegurados.

Todo lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 517 del Código de Comercio, sobre contratación colectiva de seguros.

ARTÍCULO 3º: COBERTURA

La Compañía asegura el riesgo de Muerte del o de los Deudores Asegurados que estén indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso que exista más de un deudor Asegurado para una misma deuda hipotecaria, debidamente señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, la indemnización correspondiente al Monto Asegurado, será pagada por la Compañía Aseguradora en la proporción señalada en las Condiciones Particulares de la póliza que a cada uno le corresponda.



ARTÍCULO 4º: MONTO ASEGURADO

El Monto Asegurado corresponderá al saldo insoluto de la deuda que mantenga el Asegurado o la proporción de éste que corresponda en caso de existir más de un deudor, calculada en la forma que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, a la fecha de fallecimiento del Asegurado o al último día del mes inmediatamente anterior a dicha fecha.

El Acreedor Hipotecario podrá modificar el Monto Asegurado o el plan de amortización, durante la vigencia de ésta y con el debido consentimiento del o los Asegurados que financian toda o parte de la prima, 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.

ARTÍCULO 5º: DEFINICIONES

Para los efectos de la presente póliza se entenderá por:

a) Asegurado o deudor asegurado: La persona natural deudora del Acreedor Hipotecario, que es el propietario del inmueble hipotecado o el arrendatario en los contratos de arrendamiento de vivienda con promesa de compraventa de la Ley 19.281. El Asegurado debe estar expresamente individualizado en las Condiciones Particulares de la póliza.

b) Beneficiario: Es el acreedor hipotecario o entidad crediticia, que podrá ser al mismo tiempo el contratante del seguro, a cuyo favor se ha estipulado el pago de la indemnización en caso de siniestro y que estará indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. El beneficiario tendrá derecho a ser indemnizado hasta la suma de su interés asegurable, en el saldo será indemnizado el asegurado también hasta el valor de su interés.

c) Compañía Aseguradora o Compañía o Aseguradora: La persona jurídica, autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros para suscribir los riesgos sobre la vida de una persona y los adicionales correspondientes, de acuerdo al DFL 251 y sus modificaciones posteriores, en la República de Chile, y quién asume y suscribe, por el pago de la prima correspondiente, los riesgos cubiertos por esta póliza.

d) Contratante: Es quien celebra el contrato por el grupo asegurado. El contratante es la entidad crediticia del asegurado.

e) Entidad Crediticia: Son los bancos, cooperativas, agentes administradores de mutuos hipotecarios endosables, cajas de compensación de asignación familiar y cualquier otra entidad que tenga dentro de su giro otorgar créditos hipotecarios. También lo serán las sociedades inmobiliarias, respecto de los seguros que deban contratar en virtud de contratos

de arrendamiento de vivienda con promesa de compraventa, celebrados en conformidad a lo dispuesto en la ley 19.281.

f) Saldo Insoluto: Es el monto de la deuda del Asegurado a favor del Acreedor Hipotecario, de acuerdo al plan de amortización acordado con la entidad crediticia, indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

g) Situación o Enfermedad Preexistente: Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

ARTÍCULO 6º: EXCLUSIONES

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

a) Suicidio, automutilación, o autolesión. No obstante, la Compañía Aseguradora pagará el Monto Asegurado al Beneficiario, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido el plazo de dos años de la celebración del contrato, o de haber estado vigente el seguro por igual plazo en virtud de sucesivas renovaciones.

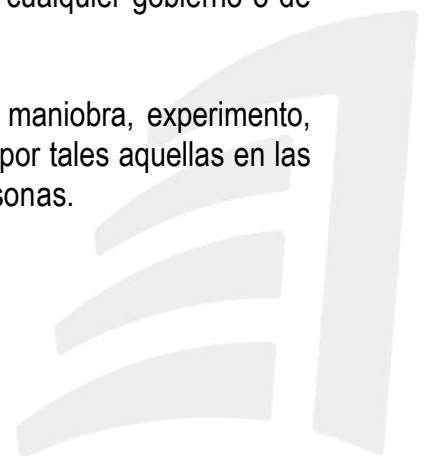
b) Pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo.

c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por quien pudiere verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada.

d) Participación activa del Asegurado en guerra internacional, sea que Chile tenga o no intervención en ella; en guerra civil, dentro o fuera de Chile; o en motín o conmoción contra el orden público dentro o fuera del país; o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.

e) Participación activa del Asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

f) Participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.



g) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A modo de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva, sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.

h) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 5°, letra g) de estas Condiciones Generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura.

i) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

j) Una infección 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.

ARTÍCULO 7º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado estará obligado a cumplir con lo estipulado en el Artículo 524 del Código de Comercio

ARTÍCULO 8º: DECLARACION DEL ASEGURADO

El Asegurado deberá realizar las siguientes declaraciones:

- 1) Las estipuladas en el Artículo 524, N°1) del Código de Comercio
- 2) Las estipuladas en el artículo 525 del Código de Comercio.



Cualquiera sea la declaración que haga el deudor asegurado en virtud de esta póliza deberá ser hecha de buena fe y respecto de las circunstancias por él conocidas y solicitadas por el asegurador.

La aseguradora deberá proporcionar los medios apropiados para que las declaraciones contenidas en este artículo se realicen en forma expedita y eficiente, ya sea en la propuesta de seguro o en la solicitud de incorporación, o por las formas establecidas en el artículo 16, o en otras formas convenidas y expresadas así en las bases de licitación y condiciones particulares de esta póliza.

ARTÍCULO 9º: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos años de cobertura continua, contado desde la incorporación del Asegurado, o desde que se produjere el aumento del Monto Asegurado, según corresponda, el Asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiesen sido dolosas.

Para efectos del plazo antes mencionado, se considerará la permanencia continua e ininterrumpida en uno o más seguros licitados sucesivos, aunque sean de distintas aseguradoras.

ARTÍCULO 10º: PRIMA, FORMA DE PAGO Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

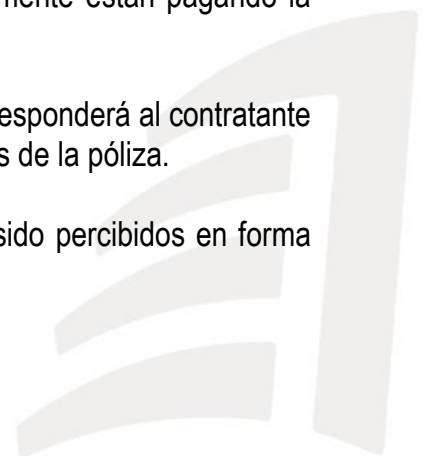
La prima es el precio del seguro. Se establecerá como un porcentaje del saldo insoluto de la deuda, incluida la comisión del corredor de seguros, si la hubiese.

Cada vez que se modifique el Monto Asegurado en las Condiciones Particulares, con motivo de las actualizaciones, se deberá ajustar la prima, procediendo inmediatamente a su aumento o disminución, según corresponda.

Pago de la Prima. La prima será pagada mensualmente en forma anticipada en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca una modalidad diferente, conforme a las bases de licitación. 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 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.

Los pagos de las primas se entenderán realizados cuando hayan sido percibidos en forma efectiva por la Compañía Aseguradora.



Salvo los casos en que la prima sea cobrada directamente por la Compañía Aseguradora, ésta 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.

Plazo de Gracia. Para el pago de la prima se podrá conceder 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 de la indemnización a pagar la prima vencida y no pagada correspondiente al asegurado fallecido.

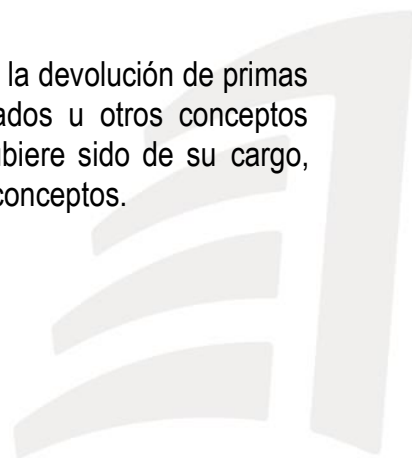
Efecto del no pago de la prima. La Compañía podrá, en el evento de mora o simple retardo en el pago de todo o parte de la prima, reajustes o intereses, una vez expirado el plazo de gracia señalado en las condiciones particulares, si lo hubiere, dar por terminado el contrato e informar por cualquier medio establecido en el artículo 16 o en las bases de licitación, a la entidad crediticia y al asegurado.

El término del contrato operará al vencimiento del plazo de 30 días corridos, contados desde la fecha del envío de la comunicación, de acuerdo a los establecido en el artículo 16, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo sea pagada toda la parte de la prima, reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de 30 días recién señalado, recayere en día sábado, domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

Dicha terminación no aplicará en caso que se pague la prima antes del plazo señalado previamente.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, y de sus reajustes o intereses, o de haber desistido de la resolución, no significará 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.

Cuando en las condiciones particulares de la póliza se haya pactado la devolución de primas por mejor siniestralidad, volumen de primas, número de Asegurados u otros conceptos análogos, corresponderá al deudor Asegurado, en la parte que hubiere sido de su cargo, cualquier suma que devuelva o reembolse el Asegurador, por estos conceptos.



ARTÍCULO 11º: DENUNCIA DE SINIESTROS

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.

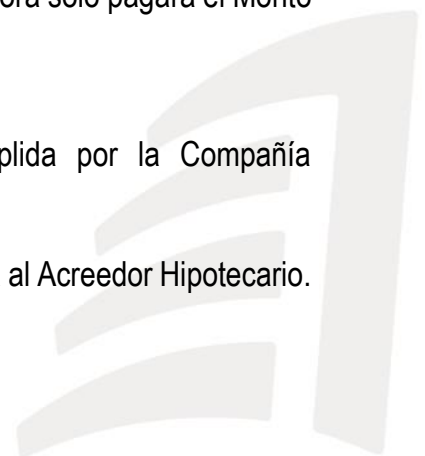
Si al momento de incorporarse a la póliza el Asegurado hubiere tenido una edad mayor que la edad máxima de ingreso, señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado la prima recibida, sin intereses.

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

ARTÍCULO 12º: PAGO DEL MONTO ASEGURADO

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

El Monto Asegurado a que haya lugar en virtud de la póliza se pagará al Acreedor Hipotecario.



En todo caso, de la liquidación del siniestro será deducida cualquier prima adeudada que con la Compañía Aseguradora tuviere el Acreedor Hipotecario respecto del Asegurado siniestrado.

ARTÍCULO 13º: CLAUSULAS ADICIONALES

Las Cláusulas Adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de esta cobertura para un Asegurado en particular o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

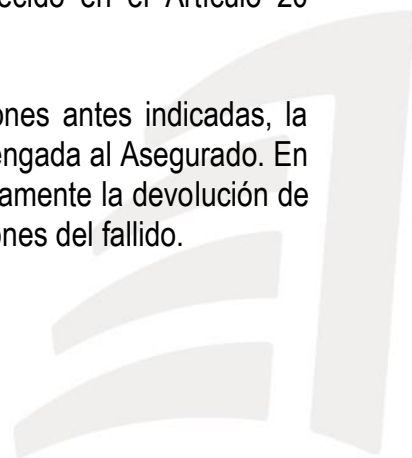
ARTÍCULO 14º: TERMINACIÓN

Término de la póliza. La cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales si las hubiere, terminará al cumplimiento del plazo de vigencia del contrato.

Término anticipado de la póliza. La cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales si las hubiere, terminarán anticipadamente para un asegurado en particular cuando:

1. El asegurado deje de ser deudor asegurado del Acreedor Hipotecario,
2. De ocurrir el fallecimiento del Asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias señaladas en las letras a) a la j) del artículo 6. Se entenderá, además, en este caso, que no existe obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía Aseguradora.
3. Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo 10 de las presentes Condiciones Generales.
4. Cuando el Asegurado hubiere omitido o falseado información sustancial y relevante de acuerdo a lo establecido en el Artículo 8 de esta póliza.
5. Cuando el deudor asegurado que presente una póliza contratada en forma directa e individual que se ajuste a los modelos de pólizas asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931, depositados en la Superintendencia de Valores y Seguros, y que sea aceptada por la entidad crediticia. En este caso el asegurador tendrá derecho a la prima hasta la fecha en que se inicie la vigencia de la póliza individual, fecha hasta la cual deberá mantener cubierto el riesgo asegurado.
6. En caso que la moneda de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la compañía aseguradora, según lo establecido en el Artículo 20 siguiente.

En caso de término anticipado del seguro, por alguna de las razones antes indicadas, la Compañía Aseguradora hará devolución de la prima pagada no devengada al Asegurado. En caso de quiebra del asegurador, el asegurado podrá exigir alternativamente la devolución de la prima o que el concurso le afiance el cumplimiento de las obligaciones del fallido.



La terminación anticipada del contrato por alguna de estas causas señaladas en los puntos 1 al 6 anteriores, se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

A su turno, el asegurado podrá poner término anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador o a través del tomador en la forma establecida en el artículo 16.

ARTÍCULO 15º: REHABILITACION

Producida la terminación anticipada de la cobertura para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Acreedor Hipotecario 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 y pagar los gastos que originen la rehabilitación.

No se 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 Acreedor Hipotecario. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

En ningún caso habrá cobertura para el período que mediere entre la terminación y la rehabilitación, por lo que no podrá haber cobro ni pago de prima por dicho lapso.

ARTÍCULO 16º: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta

certificada, 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 aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se le realicen 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. Estos mecanismos serán individualizados en la Condiciones Particulares de esta póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 17º: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, se regirá por lo estipulado en el Artículo 543 del Código de Comercio. No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931

ARTÍCULO 18º: VIGENCIA DE LA POLIZA Y DE LA COBERTURA

La duración de esta póliza será el plazo señalado en las Condiciones Particulares, de acuerdo a lo establecido en las bases de licitación, no debiendo ser inferior a 12 meses de vigencia ni superior a 24 meses.

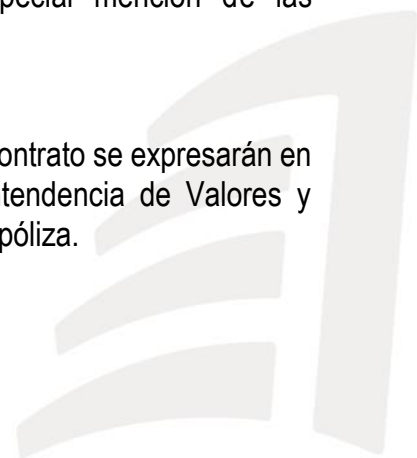
En el caso que al término del contrato colectivo no se hubiese iniciado la cobertura del contrato siguiente, la Compañía aseguradora deberá dar continuidad de cobertura por un plazo máximo de 60 días, manteniéndose las condiciones pactadas.

ARTÍCULO 19º: DEBER DE INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Sin perjuicio de las obligaciones del asegurador, el contratante del seguro colectivo deberá informar al asegurado que forme parte de la póliza, acerca de todas las circunstancias, modalidades, términos y condiciones del seguro, haciendo especial mención de las condiciones de asegurabilidad y exclusiones de cobertura.

ARTÍCULO 20º: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El Monto 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 Acreedor Hipotecario no aceptare la nueva unidad y lo comunicase así a la Compañía Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

En el caso en que hubiese un cambio de moneda, la Compañía Aseguradora deberá informar de esto al Asegurado y al Contratante, dentro de los 15 días hábiles siguientes a su ocurrencia.

ARTÍCULO 21º: 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.



**CLAUSULA ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN
CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS**

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD220131429

ARTÍCULO 1º: INTRODUCCIÓN

ARTÍCULO 2º: COBERTURA

ARTÍCULO 3º: DEFINICIONES

ARTÍCULO 4º: EXCLUSIONES

**ARTÍCULO 5: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA ARTÍCULO 6º:
VIGENCIA DE LA COBERTURA**

**ARTÍCULO 7º: PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTROS Y OBLIGACIONES DEL
ASEGURADO**

ARTÍCULO 8º: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE



ARTÍCULO 1º: INTRODUCCIÓN

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria de la Póliza Principal. En consecuencia, se registrará por las Condiciones Generales de dicha póliza y por lo dispuesto en los siguientes artículos.

ARTÍCULO 2º: COBERTURA

La Compañía pagará anticipadamente al Beneficiario la indemnización establecida en la Póliza Principal 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 sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de esta Cláusula Adicional; y,
- (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.

ARTÍCULO 3º: DEFINICIONES

Para los efectos de la presente Cláusula Adicional se entenderá por:

- a) **Accidente:** Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un Accidente las consecuencias que puedan resultar al

tratar de salvar vidas humanas. No se consideran como Accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas que sufra el Asegurado, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

b) Invalidez Total y Permanente: Es la pérdida irreversible y definitiva a consecuencia de una enfermedad, accidente o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales del Asegurado, que implique la pérdida de dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluada conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones, regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980."

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.

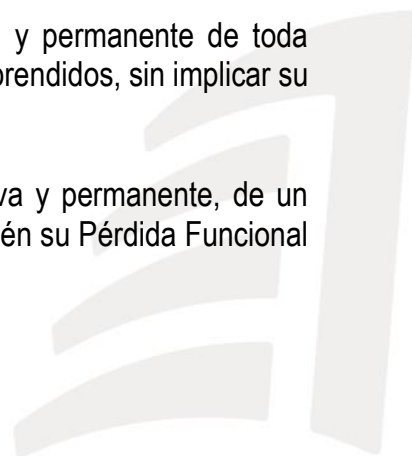
c) Médico: Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de Médico Cirujano otorgado o validado por una Universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario.

d) Miembros: Se entiende por tales, los largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.

e) Órgano: Es la entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

f) Pérdida Funcional Absoluta: Es la ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiología del o los Órganos o Miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

g) Pérdida Total: Es la separación completa, en forma definitiva y permanente, de un Miembro u Órgano respecto del organismo al cual pertenece o también su Pérdida Funcional Absoluta.



h) Situación o Enfermedad Preexistente: Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

ARTÍCULO 4º: EXCLUSIONES

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 3º, 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 5: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

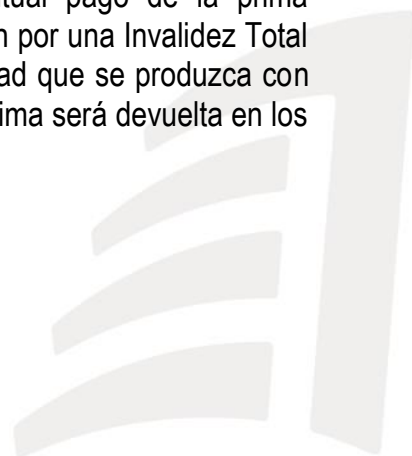
La compañía cubrirá la Invalidez Total y Permanente que afecte al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes objetivamente riesgosos excluidos en el Artículo 4 letras (c), (d) y (g), cuando éstos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la compañía, dejándose constancia de ello en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 6º: VIGENCIA DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional sólo será válida y regirá mientras la Póliza Principal esté vigente, no obstante, quedará sin efecto en los siguientes casos:

- (a) Por término anticipado de la póliza principal o de la cobertura para algún Asegurado. En este caso, esto es válido sólo para dicho Asegurado;
- (b) Por efectuarse el pago al beneficiario de la indemnización contemplada en esta cláusula adicional; o,
- (c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional, rebajándose desde entonces la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.

En caso de quedar sin efecto esta cláusula adicional, el eventual pago de la prima correspondiente, no dará derecho en ningún caso a la indemnización por una Invalidez Total y Permanente del Asegurado a causa de un Accidente o Enfermedad que se produzca con posterioridad a la fecha de término de la cobertura. En tal caso, la prima será devuelta en los términos establecidos en las Condiciones Generales.



ARTÍCULO 7º: PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTROS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la Póliza Principal, 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 8º: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía determinará en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de entrega de los documentos requeridos en la Compañía Aseguradora, si se ha producido la Invalidez Total y Permanente de un Asegurado, conforme a los antecedentes presentados y los exámenes requeridos, en su caso, y le comunicará al Asegurado su aprobación o rechazo a la solicitud presentada, por carta certificada u otro medio fehaciente dispuesto por ella y dirigida al último domicilio que el contratante tenga registrado en la Compañía.

El Asegurado, dentro de los quince (15) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía podrá requerir que la Invalidez Total y Permanente sea evaluada por una Junta compuesta por tres Médicos Cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares de las

Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la Invalidez Total y Permanente del asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Cláusula Adicional y a las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980, pudiendo si corresponde, someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía Aseguradora.

Durante el período de Evaluación, y hasta que proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía, se deberá continuar con el pago regular de la prima. Si procede el pago de la indemnización, se devolverá la prima pagada por esta Cláusula Adicional desde el mes siguiente a la fecha en que de acuerdo con el artículo anterior se notifique la Invalidez Total y Permanente a la Compañía.



ANEXO 1
(Circular N° 2106 Comisión del Mercado Financiero)
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) 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 del 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 del 29 de diciembre del 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 impugnación.



ANEXO 2 INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de noviembre de 2013, las Compañías de Seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, Asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la 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.

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.

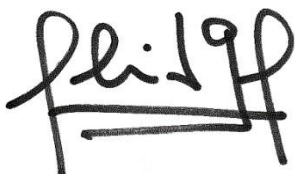
Consorcio pone a su disposición los siguientes Canales de Contacto:

1. Página web www.consorcio.cl. Usted puede contactarse con Consorcio a través de la sección Contáctanos, en nuestra página web.
2. Usted puede escribirnos a la siguiente casilla de mail, postventa.colectivos@consorcio.cl, especialmente asignada para atender requerimientos que le surjan.
3. Servicios Financieros y de Seguros S.A., es el encargado de recibir, registrar y responder todas las consultas y/o reclamos que a usted se le generen al fono xxxxxxxxxx.



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).



Esteban Fuenzalida
Gerente de Operaciones Vida
**Compañía de Seguros de Vida Consorcio
Nacional de Seguros S.A.**

