CONDICIONES PARTICULARES DE PÓLIZAS DE SEGURO

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

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

Plan de Seguro	: Seguro Desgravamen Consumo Pensionados Banco Consorcio.
Código Plan	: Desgravamen Consumo Pensionados.
Vigencia	: 00:01 horas del 01/01/2022 hasta las 23:59 horas del 31/12/2022
Vía de Pago	:

MATERIA ASEGURADA

1 ITEM (S) SEGUN DETALLE

TOTALES

Prima Afecta	0.00
IVA 19,00 %	0.00
Prima Exenta	0,00
Prima Total	0.00

Domicilio Especial	: SANTIAGO
Fecha Emisión	: 01/01/2021

Compañía de Seguros de Vida
Consorcio Nacional de Seguros S.A.
Rut 99.012.000-5

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DESGRAVAMEN CONSUMO PENSIONADOS

Las presentes Condiciones Particulares en conjunto con las Condiciones Generales que se encuentran incorporadas al Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código **POL 2 2014 0173**, forman la póliza de Seguro Desgravamen Consumo Pensionados de Banco Consorcio, en virtud de la cual Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., en adelante la Compañía, cubre el riesgo descrito en éstas y constituye la cobertura que se otorga en virtud de este plan.

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

RESUMEN DEL SEGURO

1. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.

DESGRAVAMEN POR FALLECIMIENTO, POL 2 2014 0173:

En caso de fallecimiento del asegurado, la Compañía cubrirá el capital asegurado, entendiéndose por tal, el saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento de éste, suponiendo un servicio regular de la deuda.

La indemnización correspondiente al capital asegurado que será pagado por la Compañía Aseguradora al Beneficiario de esta póliza, inmediatamente después de haberse comprobado que el fallecimiento del Asegurado ocurrió durante la vigencia de la cobertura y que no se produjo bajo algunas de las exclusiones señaladas en el Artículo 5° de las Condiciones Generales. Si el Asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de la cobertura otorgada por esta póliza, no habrá derecho a indemnización alguna

Como capital asegurado se considera el saldo insoluto de la deuda, con **tope UF 450**.

2. DEFINICIONES.

- **Contratante:** Banco Consorcio, Rut: 99.500.410-0.
- **Beneficiario:** Banco Consorcio, Rut: 99.500.410-0.
- **Asegurado:** La persona natural deudora del Contratante sobre cuya vida la Compañía Aseguradora asume el riesgo de fallecimiento.
- **Capital asegurado:** El saldo insoluto de la deuda 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.
- **Situación o Enfermedad Preexistente:** Cualquier 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.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD.

Los requisitos de asegurabilidad son los siguientes:

- Edad Mínima de Ingreso: 18 años.
- Edad Máxima de Ingreso: 79 años y 364 días.
- Edad máxima de Permanencia: 84 años y 364 días.

4. EXIGENCIAS MÉDICAS.

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, de acuerdo a lo indicado en la siguiente tabla:

Rango de Edad	Rango de Capital Asegurado: UF 0 a UF 450
20 – 60 años	Sin requisitos
61 – 80 años	Declaración de Salud Simple

5. EXCLUSIONES.

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

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) año completo e ininterrumpido 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.

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, entendiendo 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.
Las enfermedades preexistentes declaradas por el asegurado son las estipuladas en la respectiva Declaración de Salud, según el RUT y fecha de declaración realizada por el asegurado. Esta Declaración de Salud forma parte integrante del presente certificado de cobertura para todos los efectos legales.

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 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.

6. PRIMA.

La prima de la vigencia será calculada como el resultado de multiplicar la tasa bruta mensual (en miles) por el monto inicial bruto del crédito por el plazo del crédito en meses. La tasa bruta se detalla a continuación:

Cobertura	Capital asegurado	Tasa bruta mensual (por mil)
Desgravamen (POL220140173)	Saldo insoluto del crédito (tope UF 450)	1,37‰

7. DEVOLUCIÓN DE PRIMA.

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

8. VIGENCIA DE LA COBERTURA.

La cobertura individual de cada asegurado entrará en vigencia desde la fecha señalada en el presente certificado de cobertura. Su vigencia terminará al momento de finalizar el crédito o hasta la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.
La cobertura individual terminará anticipadamente respecto de un Asegurado, en el instante en que éste deje de ser deudor del Acreedor.

9. VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA.

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

10. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS.

Denuncia de Siniestros: Las denuncias de siniestros deberán realizarse a través de las oficinas Consorcio Nacional de Seguros disponibles en todo territorio nacional o en el sitio Web de la Compañía. Para obtener información sobre las condiciones del seguro y procedimiento de liquidación de siniestros, diríjase a su Ejecutivo Consorcio Seguros.

Procedimiento de Pago de Siniestros: El denuncio deberá ser presentado por cualquier persona o familiar del asegurado al contratante de la póliza presentado los siguientes documentos:

a) Certificado de Defunción del Asegurado con causa de muerte.
b) Certificado de liquidación de la deuda o de saldo adeudado emitido por el Acreedor.

El plazo para presentar los antecedentes es de 180 días desde el denuncio de siniestro.

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

11. SELLO SERNAC.

Este seguro no cuenta con Sello SERNAC.

12. MANDATO DE CARGA DE PRIMA Y AUTORIZACIÓN.

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

13. COMISIÓN DE INTERMEDIACIÓN.

1% + IVA sobre la prima neta recaudada, descontadas las devoluciones y cancelaciones.
Pagado a: Consorcio Corredores de Seguros Limitada, Rut 77.244.858-9.

14. COMISIÓN DE RECAUDACIÓN.

0,334% + IVA sobre la prima neta recaudada, descontadas las devoluciones y cancelaciones.
Pagado a: Banco Consorcio, Rut 99.500.410-0.

15. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito, mediante correo electrónico, carta cuyo despacho sea debidamente certificado u otro medio de contacto fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., Avda. El Bosque Sur 180, Piso 1, Las Condes, Santiago o al domicilio o dirección de correo electrónico que el Contratante, Asegurado o Beneficiario haya informado para estos efectos a la Compañía, en caso que corresponda, ya sea en la propuesta de seguro, en las Condiciones Particulares o en el denuncio de siniestro si procede.

COMUNICACIONES Y USO DE INFORMACIÓN PERSONAL:

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

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

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

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

"La Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes." Copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de Consorcio y en www.aach.cl.

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

NOTA: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

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

En virtud de la Circular Nº 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 atienda 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:

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

ANEXO
(Circular Nº 2106 Comisión para el Mercado Financiero)
PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

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

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

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

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

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

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

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

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

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

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

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de **45 días** corridos desde fecha denuncio, 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 denuncio;
b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde fecha denuncio;

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

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN
El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda Nº 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012),

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